



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PETRÓLEOS MEXICANOS  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS  
HOSPITAL CENTRAL NORTE**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL  
HOSPITAL CENTRAL NORTE 2010-2015  
TESIS DE GRADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA  
ENRIQUE ROMERO ALGARA**



Ciudad de México, Julio 2016



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.

## ASESORES

---

### TÉCNICOS:



**DR. CARLOS JAVIER MATA QUINTERO**

Jefe del servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte PEMEX

Profesor titular del curso de Cirugía Endoscópica Gastrointestinal



**DR. JORGE MONTALVO HERNÁNDEZ**

Especialista en Cirugía General y Cirugía Endocrina

Adscrito al servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte PEMEX

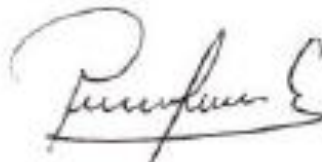
### METODOLÓGICO:



**DRA. SHEILA PATRICIA VÁZQUEZ ARTEAGA**

Especialista en Salud Pública

Adscrito al servicio de Medicina Preventiva del Hospital Central Norte PEMEX



**DR. ALFREDO PENICHE CANTÚ**

Residente de Cirugía General

Hospital Central Sur, PEMEX

## DEDICATORIA

---

A mi precioso hijo Aldito, por quien todo sacrificio valdrá la pena siempre, por ser mi inspiración y mi fortaleza en los momentos difíciles, porque con sus tiernas palabras me motiva e inspira diariamente.

A mi esposa Laura Neri, por caminar de mi mano durante todo este tiempo, por su comprensión, tolerancia y amor que es invaluable. Admiro su perseverancia, compromiso y trato tan humanista hacia sus pacientes, pero sobre todo, su entrega para con nuestro mayor tesoro.

A mis padres, Dalinda y Enrique, por su amor, porque jamás existirá una forma de agradecer toda una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, siendo estos mis ideales y la fuerza de mi voluntad.

A mis hermanos, Estrella y Emmanuel, por el cariño y el apoyo incondicional siempre, por todos los momentos de alegría que me han regalado.

A mis maestros, quienes desinteresadamente me han guiado durante mi formación académica, por compartirme sus conocimientos, vastas experiencias y por confiarme a sus pacientes. Los admiraré y recordaré con mucha estima hasta que la vida me lo permita.

A mis pacientes, que han dejado lo más valioso que tienen en mis manos, confiando en mis capacidades físicas e intelectuales.

A mis fraternales compañeros y compañeras de residencia, gracias por permitirme trabajar hombro a hombro con ustedes, por los momentos de grata convivencia, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y por mostrarme la calidad de personas que son.

A todas las personas que tuve la fortuna de encontrarme a lo largo de este camino y que me tendieron la mano, brindándome incondicionalmente su amistad, porque que ha sido un placer conocerlas.

El objetivo logrado también es suyo, siendo la fuerza que me ayudó a conseguirlo su incondicional apoyo.

A todos, gracias infinitas.

Enrique Romero Algara

## INDICE

<b>1. Marco teórico</b>	
1.1 Antecedentes históricos	6
1.2 Epidemiología de los estomas en América Latina y México	7
1.3 Impacto psicológico de los estomas	9
1.4 Clínica de estomas	11
1.5 Educación del paciente ostomizado	13
1.6 Concepto de calidad de vida	14
1.7 Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud	16
1.8 Cuestionario Short Form 36 (SF-36)	19
<b>2. Planteamiento y justificación del problema</b>	
2.1 Pregunta de investigación	22
2.2 Justificación	
2.2.1 Justificación epidemiológica	22
2.2.1 Justificación científica	23
2.2.1 Justificación académica	24
<b>3. Hipótesis</b>	24
<b>4. Objetivos</b>	
4.1 Objetivo General	24
4.2 Objetivos Específicos	25
<b>5. Aspectos Metodológicos</b>	
<b>5.1 Diseño del estudio</b>	26
5.1.1 Periodo de captación de la información	
5.1.2 Evolución del fenómeno de estudio	
5.1.3 Participación del investigador en el fenómeno analizado	
5.1.4 De acuerdo al estudio de poblaciones	
5.1.5 Tipo de Muestreo	
<b>5.2 Selección de la muestra</b>	
5.2.1 Universo de trabajo	26
5.2.2 Muestra	
5.2.2.1 Criterios de inclusión	27
5.2.2.2 Criterios de exclusión	27
5.2.2.3 Criterios de eliminación	27
5.2.2.4 Tamaño de la muestra	28

<b>5.3 Operacionalización de variables</b>	<b>28</b>
<b>5.4 Instrumentos de recolección de datos.</b>	<b>31</b>
<b>6. Aspectos éticos y de seguridad</b>	
6.1 Cobertura de aspectos éticos	32
6.2 Medidas de seguridad para los sujetos de estudio	32
<b>7. Proceso estadístico</b>	<b>32</b>
<b>8. Resultados</b>	
8.1 Tablas y gráficas	33
8.2 Análisis de resultados	51
<b>9. Discusión</b>	<b>57</b>
<b>10. Conclusiones</b>	<b>60</b>
<b>11. Recomendaciones</b>	<b>61</b>
<b>12. Anexos</b>	
12.1 Anexo 1: Plantilla de recolección de datos	63
12.2 Anexo 2. Cuestionario de salud SF – 36	64
<b>12. Referencias Bibliográficas</b>	<b>66</b>

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes Históricos

El término estoma proviene de la raíz griega otome, significa “boca”. Se define como estoma intestinal derivativo a la creación quirúrgica de una comunicación entre el intestino y la pared abdominal, con intención de eliminar las heces a través de la misma. Pueden ser de intestino delgado o colon, permanentes o temporales, por cirugías de urgencia o programadas, así como a causa de patologías benignas u oncológicas.

La primera colostomía que se notificó en la literatura médica es la realizada en el año 1776 por un cirujano francés llamado Pillore en un paciente con carcinoma obstructivo de recto. En 1793 Duret, un cirujano naval de Brent, fue el primero que realizó una colostomía para tratar el ano imperforado de un niño y en 1939, el cirujano francés Amusat informó de 29 casos de colostomías situadas en el área lumbar, casi todas ellas realizadas en niños con ano imperforado (14)

La técnica de la colostomía en asa sostenida con una varilla fue introducida por Maydl en 1884. En 1881 Schitininger describió la creación de una colostomía terminal de colon sigmoides, que fue la precursora del procedimiento que Hartmann publicó en 1923, el cuál consistió en realizar una resección del sigmoides, dejar una colostomía terminal y cerrar el muñón distal del recto. En 1908, Miles describió la resección abdominoperineal del rectosigmoides por carcinoma de recto, que remató dejando una colostomía terminal de sigmoides.

(14)

La realización de un estoma intestinal de eliminación es un procedimiento muy común en cirugía digestiva, aunque en la actualidad su uso tiende a disminuir en forma considerable debido al perfeccionamiento de las técnicas de anastomosis intestinales y al empleo de diversos dispositivos mecánicos en la realización de las mismas.

La estomaterapia se desarrolló en Francia a partir de 1976, gracias al impulso del profesor Georges Guillemin, en Lyon. Suzanne Montandon siguió la formación impartida en la Cleveland Clinic (Cleveland, Ohio, Estados Unidos) por el profesor Rupert Turnbull y Norma N. Gill, ya que ella misma estaba ileostomizada. La primera consulta de enfermería estomaterapeuta se creó en el Hôtel-Dieu de Lyon a su regreso y, después, la docencia se inició en 1978. (15)

### **1.2 Epidemiología de los estomas en América Latina y México**

En América Latina los datos que Argentina reporta son: que dos de cada mil de la población argentina convive con una estoma, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la estoma correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. (3,6)

En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos. (6)



El mayor estudio multicentrico sobre la epidemiología de los estomas de eliminación en nuestro país fue el realizado por Cruz Castañeda y colaboradores en el 2009, con una muestra constituida por 1688 pacientes, de los cuáles se desprenden los siguientes resultados: el servicio de cirugía general es el que realizó el mayor número de estomas con 871 pacientes (52%), seguido de oncología con 384 (23%), cirugía pediátrica con 288 (17%) y finalmente urología con 105 pacientes (6%). De acuerdo al tipo de estoma, las colostomías fueron más frecuentes con 1060 pacientes (63%) seguidos de las ileostomías con 392 (24%) y finalmente las urostomias con 236 (4%). (1)

Los diagnósticos oncológicos más frecuente fueron: cáncer de colon, cáncer de recto, vejiga y útero, que juntos constituyen 616 pacientes (35%), las enfermedades inflamatorias como pólipos, divertículos y colitis ulcerativa crónica, registran a 175 pacientes (11%); resaltando los traumatismos abdominales con 141pacientes (8%) y la apendicitis complicada con 121 pacientes (7%) .En el área pediátrica, las malformaciones ano rectales con 159 pacientes (9%) y la enfermedad de Hirschsprung con 5 pacientes (2%), son los diagnósticos mas frecuentes. (1)

Destaca el hallazgo del diagnóstico de apendicitis complicada, como etiología para una estonia en 121 pacientes; situación que puede ser atribuida a la automedicación, a la sobrecarga de trabajo de las salas de urgencias o bien a muchos otros factores que retrasan una cirugía de urgencia, incluidos los diagnósticos diferenciales y a los cuadros clínicos modificados en ancianos.

El grupo de edad en que más se realizaron estomas de eliminación fue de pacientes entre los 19 y 61 años de edad con todas las implicaciones, económicas, sociales y familiares, que esto tiene si no se brinda una atención planificada que lo reintegre lo más pronto posible a sus actividades. (1,6)

### 1.3 Impacto psicológico de los estomas

Desafortunadamente, la elaboración de un estoma es considerado por muchos cirujanos como un procedimiento menor y consecuentemente como la parte de la intervención quirúrgica menos importante. Por elaborarse como parte final de los procedimientos quirúrgicos, el cirujano suele estar cansado y deja su realización a otro de los miembros del equipo, que no siempre cuenta con la misma capacidad y experiencia. El tedio y la premura por terminar el procedimiento quirúrgico pueden llevarlo a no prestar la atención debida a detalles importantes, que hasta en el 30% de los pacientes representan morbilidad relacionada al procedimiento. Cualquier complicación que se presente determinará que el paciente tenga dificultad para reintegrarse de manera adecuada a su vida familiar, social y laboral.

La creación de una estoma digestivo de eliminación tiene como consecuencia la pérdida de control voluntario de la expulsión de heces. Es fácil comprender la angustia de una persona ostomizada, que se ve obligada a integrar una nueva imagen corporal y que trata de disimular esta «discapacidad» materializada en la presencia de una bolsa colectora (3)

Hay que intentar ponerse en el lugar de una persona ostomizada e integrar una nueva imagen corporal que disimule esta minusvalía que representa llevar una bolsa. Para poder ser consciente de la posibilidad de llevar una vida familiar y social lo más normal posible, la persona ostomizada necesita:

- Una buena relación con su cirujano, dispuesto a dar información clara, precisa y adecuada.
- Personal sanitario competente o personal de enfermería capacitado, con experiencia en el manejo de materiales y la educación de los ostomizados.
- La colaboración de los miembros de asociaciones de ostomizados, si lo desean. (3, 15)

La persona ostomizada debe recibir una ayuda adecuada a sus necesidades específicas. La creación de una derivación digestiva entraña repercusiones psicológicas variables según sea una estoma definitivo o temporal (4)

En caso de un estoma definitivo, se genera un duelo desde el momento de anunciar la necesidad de la cirugía; va ligado a las pérdidas que sufrirá la persona: pérdida de la salud, de la función de eliminación, modificación de la imagen corporal (cicatriz, estoma); a veces hay perturbaciones de otras funciones psíquicas como la nutrición “normal” y la sexualidad. También puede repercutir en la vida familiar y social. El paciente debe estar acompañado por sus cuidadores: médicos, cirujanos, personal de enfermería y, en ocasiones, otros especialistas (psicólogos, sexólogos). (3,1)

En caso de un estoma temporal, el paciente se encuentra en un paréntesis durante el período que convivirá con la derivación. No se llega a hablar de trabajo de duelo, ya que se recuperará una situación normal en poco tiempo. Sólo la gravedad del estado de salud puede provocar que se genere un duelo. Para educar al recién ostomizado, los cuidadores tienen que tener en cuenta el estado psicológico del enfermo, para adaptar mejor su actuación. (3,1)

El apoyo psicológico comienza antes de la intervención y se continúa el tiempo necesario para cada individuo.

### **1.4 Clínica de estomas**

La atención brindada por las clínicas de estomas permite encontrar una ayuda técnica, relacional y educativa adecuada a sus necesidades.

Después de la intervención, se debe adecuar el material que se va a utilizar según el tipo de estoma; según el momento del postoperatorio (precoz o tardío); según la naturaleza y el volumen de las heces (líquidas o sólidas). A estos criterios se añaden los deseos del paciente, que puede expresar su preferencia entre los distintos modelos y técnicas existentes. Se enseñan los cuidados necesarios al nuevo ostomizado, para que pueda recuperar su autonomía: cuidados y gestión del material; enemas cólicos en caso de sigmoidostomía; descartar complicaciones postoperatorias y problemas cutáneos. El personal enterostomaterapeuta (que asegura la calidad de los cuidados) y las asociaciones

de ostomizados (por su experiencia y sus vivencias) tienen un papel complementario que ayudará en la rehabilitación de los nuevos operados. (4)

Todos los cirujanos y médicos que se enfrentan con la necesidad de crear una estoma, todos los profesionales que tratan con los problemas técnicos y psicológicos de los pacientes ostomizados, están de acuerdo en la necesidad de ayuda que requieren estas personas y lo intentan con todos los recursos de su arte, sensibilidad y delicadeza, animándoles y ayudándoles a retomar una vida normal. En los Estados Unidos, el profesor Rupert Turnbull, de la Clínica Cleveland (Ohio) y una de sus pacientes ostomizadas, Norma Gill, han creado un curso destinado al personal de enfermería enterostomaterapeuta (ET), con formación para tratar la readaptación de los pacientes ostomizados. El certificado clínico en ostomaterapia permite al personal de enfermería aumentar sus competencias en cuidados puntuales. Se dirigen a enfermos con sufrimiento importante y necesidad de cuidados técnicos, relacionales y educativos de alto nivel. En estos cursos participan cirujanos, médicos, dietistas, trabajadores sociales, y psicólogos. Todo el personal de enfermería de los servicios quirúrgicos debería aprender las bases de estos cuidados. Las sesiones formativas y un trabajo en colaboración con el personal de enfermería ET garantizan la continuidad de la calidad de los cuidados. (6)

### 1.5 Educación del paciente ostomizado

La persona ostomizada adquiere el conocimiento del cuidado según su autonomía y su vuelta al domicilio. Si no es posible, lo adquirirá una persona de su entorno. El paciente ostomizado debe recibir una vigilancia para descartar posibles complicaciones precoces o tardías o una recidiva de la enfermedad inicial. Adquieren los conocimientos necesarios para reconocer las principales señales. (4,7)

Si es una cirugía electiva, la educación empieza desde la consulta preoperatoria, punto de anclaje del diálogo y la confianza que se elabora entre el cirujano y su paciente y, si es posible, con el personal de enfermería ET. La confección de una estoma no tiene que representar una enfermedad para el portador. Tiene que poder realizar rápidamente sus curaciones y manejar el material. Para ello, el personal de enfermería ET debe describir todas las prácticas y hacer que se realicen en su presencia y luego solo. Comprueba el resultado antes del alta. En caso de discapacidad asociada, el personal de enfermería capacita al futuro cuidador; bañarse, vestirse, salir o el ocio no quedan comprometidos. (7,15)

Si se trata de una cirugía de urgencia o en la que no se tenía contemplada de manera inicial la realización de un estoma, la educación comenzará durante el postoperatorio: cambio del material y aprendizaje de la técnica de irrigación si es posible. Cada persona evoluciona de forma diferente y hay que tener en cuenta

esta diferencia: no todos los ostomizados están listos al mismo tiempo para empezar a aprender. El enfermo debe hacer frente a varios choques sucesivos:

- Necesita tiempo para enfrentar todo lo que implica la nueva situación
- El anuncio de la necesidad de una intervención quirúrgica.
- La angustia ante el diagnóstico, que puede conllevar el anuncio de una enfermedad crónica o de un padecimiento oncológico.
- El disgusto ante la idea de la presencia en su cuerpo de una bolsa colectora de heces. (7,15)

El tiempo de aprendizaje es variable, el objetivo es que el ostomizado sea autónomo lo antes posible. La duración de las hospitalizaciones, cada vez más breves, no siempre permite alcanzar el objetivo antes del alta.

### 1.6 Concepto de Calidad de Vida

Evaluar mortalidad, sobrevida, morbilidad, inducción a la remisión, disminución de los síntomas y los índices de actividad permite modificar las estrategias de tratamiento. Sin embargo, la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) como una medida complementaria ha quedado de lado. La importancia de estudiar la CVRS ha ido en aumento en las últimas tres décadas en Europa y Estados Unidos. En México, las publicaciones relacionadas con la CVRS son pocas y una de ellas es la evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. (2)

Después que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera el concepto de calidad de vida en 1947, algunos investigadores clínicos plantearon considerar a la CVRS como una medida útil ya que representa el resultado final de la actuación médica desde la importante visión de su protagonista: el paciente.

Se define como CV a la percepción de bienestar y satisfacción individual, resultado de la interacción de factores o situaciones experimentadas por el paciente, tales como los efectos que causa una enfermedad y que pueden provocar diferentes grados de limitación. (9)

Sin embargo, son muchos los factores que afectan la vida de las personas en diferentes sociedades, por ejemplo el tipo de trabajo, la educación, los cuidados de salud, el entretenimiento, la infraestructura doméstica, el acceso a crédito, la migración y el número de integrantes de cada familia. Campbell y Oleson señalaron que aunque la satisfacción y la felicidad son conceptos afines no son idénticos y en algunas circunstancias se mueven en direcciones opuestas. (5,9) Liss y cols. relacionaron la calidad de vida con la satisfacción de necesidades y concluyeron que los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas o morfológicas, sino que las complementan al introducir la opinión del paciente sobre su percepción de salud. Por lo tanto, la cuantificación de la calidad de vida es una medida sobre la satisfacción de bienestar, un concepto que engloba las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente. En resumen, los estudios de calidad de vida intentan reflejar el impacto de la enfermedad o entorno social sobre el paciente y su sensación sobre el estado general de salud. (11)



La CVRS traduce la influencia que tiene la salud sobre las actitudes y comportamiento en la vida diaria de las personas. Este concepto depende del individuo, de tal forma que a estados de salud similares pueden corresponder percepciones diferentes de CVRS y se considera también dinámico y cambiante en el mismo individuo a lo largo del tiempo. (12). Los estudios de la CVRS aportan múltiples elementos de juicio en el estudio de las enfermedades y su tratamiento, en el seguimiento de la salud de la población y en la planificación económica de los recursos de salud.11

### **1.7 Evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud**

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables (2)

Para la valoración de la CVRS se utilizan los cuestionarios autoaplicados o la entrevista personal. Los cuestionarios disponibles pueden ser genéricos, que se aplican a población general sin un diagnóstico en especial, y los específicos, cuyo

objetivo primordial es evaluar afecciones bien definidas y permiten evaluar cambios en terapéuticas o intervenciones muy precisas.(5)

Los cuestionarios están constituidos por instrucciones para su utilización y un número determinado de cuestiones o ítems, los cuales se agrupan a su vez dentro de dimensiones o áreas, según su contenido, lo que permite que los investigadores las analicen por separado.<sup>12</sup>

Los cuestionarios permiten una evaluación estandarizada de los aspectos más subjetivos relacionados con la salud. Tienen la ventaja de facilitar la objetividad, la cuantificación y comunicación de los datos. Ante todo, los cuestionarios de CVRS no sustituyen a la evaluación de los síntomas o a la exploración clínica por parte del médico, pero de cierta forma complementan la valoración. (8)

El diseño de cuestionarios constituye una metodología compleja y laboriosa que inicia desde la selección de ítems, la reducción de los mismos, evaluación previa, evaluación de propiedades psicométricas y finalmente adaptación cultural.

Con frecuencia la medición de la CVRS implica la utilización de un cuestionario desarrollado originalmente en otro contexto cultural. En ese caso, es necesario adaptar dicho instrumento a la lengua y cultura donde se va a utilizar mediante un proceso de adaptación cultural cuyo objetivo principal es preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje de la nueva traducción, con lo cual se logra la equivalencia de significados de los cuestionarios entre ambas culturas.(8)

El proceso de adaptación cultural debe realizarse de acuerdo con los estándares científicos que garantizan la equivalencia cultural de las dos versiones (original y mexicana), en términos lingüísticos y de contenido, lo que descarta el empleo de traducciones libres del instrumento original. (5,8)

El proceso de adaptación cultural de un cuestionario de salud, por ejemplo, al español, empieza con la traducción del cuestionario original al idioma objeto, realizada por dos o más traductores bilingües (mexicanos con español como lengua materna) que buscan la equivalencia semántica (no literal) de su contenido y utilizan un lenguaje apropiado para la población objeto. (5,8,2)

Tal como se ha planteado, no existe un instrumento estándar de medición de la CVRS que pueda utilizarse en todas las áreas de la salud. La selección del instrumento a utilizar dependerá del objetivo, tipo de enfermedad y preferencia de los investigadores.

Los instrumentos de medición genéricos y específicos de una enfermedad miden diferentes aspectos de la CVRS y son complementarios. Es importante establecer qué y cómo se modifica la percepción de la salud en los pacientes afectados, qué dimensiones de la vida pueden estar afectadas por la enfermedad y cómo la CVRS varía con la presentación de la enfermedad.

### 1.8 Cuestionario Short Form 36 (SF-36)

Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad e e) insatisfacción. Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, se ha hecho primordial la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. (5)

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. (8)

La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como "Evaluación internacional de la calidad de vida" (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir,

adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).(10)

Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA). Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. (10,11)

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones de adultos (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM). Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. (2)

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

**Cuadro I**  
**ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36**

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).<sup>18</sup>

Las encuestas que enfocan la medición de diferentes aspectos del estado de salud deben ser cortas, aplicables a diversos grupos poblacionales, preferiblemente autoadministradas, y sus resultados deben presentar de manera clara los aspectos de salud medidos. La SF- 36 tiene el potencial de cumplir con estos requerimientos; además, permite la evaluación multidimensional del concepto de salud e incluye aspectos de incapacidad, incomodidad e

insatisfacción, componentes todos de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. (5)

El uso potencial de la SF-36 para comparar poblaciones en diferentes áreas geográficas, en distintos periodos cronológicos y en diferentes sistemas de servicios de salud, es de extraordinario valor. La encuesta es consistente con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, (2)

## **2. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

### **2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo perciben su calidad de vida los pacientes con estomas intestinales de eliminación del Hospital Central Norte 2010 -2015?

### **2.2 JUSTIFICACIÓN**

#### **2.2.1 JUSTIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

Los estomas derivativos o de eliminación continúan siendo un procedimiento frecuente. En 11 hospitales de la Ciudad de México se estudiaron 1688 pacientes, de los cuáles 30% se encuentran en un rango de edad de 19 a 50 años; el 52%

fueron intervenidos por el servicio de cirugía general, al 63% se le realizó colostomía y a 24 % ileostomía, 64% con estomas temporales y 36% con permanentes. 85% estaban activos en sus diferentes áreas productivas. Por tal motivo es importante conocer las características epidemiológicas de la población objeto de estudio.

### 2.2.2 JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

Los estomas derivativos repercuten en la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de la eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenarlas. El grado de afectación depende de la emotividad, cultura, actividad y apoyo familiar del paciente.

Los estomas también tienen efectos negativos en el estado de ánimo, el desempeño laboral y la interacción social, llevando a estados depresivos, e incremento en los días de ausencia laboral. Evitar complicaciones relacionadas al cuidado del estoma se traduce en menores costos institucionales permitiendo optimizar recursos tanto humanos como materiales.

La percepción del paciente sobre su bienestar y satisfacción (calidad de vida) tiene relación directa con la aceptación y reintegración a sus actividades tanto sociales como laborales.



Por tal motivo, es necesario investigar la calidad de vida de los pacientes portadores de estomas en el Hospital Central Norte.

Es un estudio factible ya que se cuenta con los recursos humanos, institucionales, de infraestructura, temporales y económicos. Además de cumplir con las consideraciones éticas pertinentes.

### **2.2.3 JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA**

Obtener el título de especialista en Cirugía General.

## **3. HIPÓTESIS**

Los pacientes sometidos a estomas intestinales de eliminación en el Hospital Central Norte tienen buena calidad de vida.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con estoma intestinal de eliminación del Hospital Central Norte, del 2010 al 2015.

## **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar cuál de las escalas evaluadas por el cuestionario SF 36 es la más afectada en los pacientes portadores de estoma.
- Conocer cuáles fueron las indicaciones para la creación de un estoma intestinal en nuestro grupo de pacientes.
- Identificar que pacientes son potencialmente candidatos para restitución del tránsito intestinal.
- Comparar la calidad de vida de los pacientes que asisten a una clínica de estomas vs los que no acuden.
- Identificar cual es el grupo de edad con mayor porcentaje, de los pacientes portadores de estomas.
- Comparar la calidad de vida de acuerdo a grupo de edad, género y situación laboral de los pacientes ostomizados.
- Identificar el contexto en el cuál se han realizado los estomas (electivos o de urgencia)

## 5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

#### 5.1.1 Periodo de captación de la información

Análisis retrolectivo de 6 años (2010-2015)

#### 5.1.2 Evolución del fenómeno de estudio

Transversal

#### 5.1.3 Participación del investigador en el fenómeno analizado

Observacional

#### 5.1.4 De acuerdo al estudio de poblaciones

Descriptivo

#### 5.1.5 Tipo de Muestreo

No probabilístico, por conveniencia

### 5.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

#### 5.2.1 UNIVERSO DE TRABAJO:

147 pacientes derechohabiente del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, ubicado en la Ciudad de México, portadores de estomas intestinales de eliminación, mayores de 18 años, que fueron intervenidos por los servicios de Cirugía General, Oncología y Cirugía Colorrectal; a partir del 1º de enero del 2010 al 31 de mayo del 2015.

## **5.2.2 MUESTRA**

### **5.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes:

- Intervenidos en el Hospital Central Norte en los que se haya creado un estoma de eliminación, de intestino delgado o grueso.
- Operados por los servicios de Cirugía General, Oncología y Cirugía Colorrectal.
- Atendidos en el periodo comprendido del 1º de enero del 2010 al 31 de mayo del 2015.

### **5.2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con deterioro neurológico, incapaces de responder de manera autónoma el cuestionario.
- Pacientes de los cuáles no se encuentren registros completos de su estado preoperatorio, notas de técnica quirúrgica o de evolución posquirúrgica, ya sea en el expediente electrónico o físico.

### **5.2.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes fallecidos.
- Pacientes que se nieguen a responder el cuestionario.
- Pacientes que no puedan contactarse vía telefónica.

### 5.2.2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

96 pacientes.

### 5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador (Categorías)	Escala (nivel) de Medición
<b>Calidad de vida</b>	Percepción de bienestar y satisfacción individual, resultado de la interacción de factores o situaciones experimentada por el paciente, tales como los efectos que causa una enfermedad y que pueden provocar diferentes grados de limitación.	Valor obtenido a partir de la homogeneización, cálculo sumatorio y transformación lineal de las puntuaciones obtenidas para cada escala del cuestionario SF 36 (igual o mayor al 50 puntos se considera positivo).	Positivo Negativo	Cualitativa Nominal
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo que ha vivido una persona, en años cumplidos al momento de la aplicación de la encuesta, expresada en rangos (grupos etarios).	a) Menor a 20 años b) de 20 a 40 años c) de 41 a 65 años d) Mayor a 65 años	Cuantitativa Discreta

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL

<b>Género</b>	Características fenotípicas del individuo	Características fenotípicas de un individuo, que lo definen como hombre o mujer.	Masculino (1) Femenino (2)	Cualitativa Nominal
<b>Situación Laboral</b>	Vinculación de un individuo a una u otra forma de trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración, en el marco de una actividad o institución de índole social	Estado que tiene el paciente con respecto al trabajo dentro de petróleos mexicanos	Jubilado Activo	Cualitativa Nominal
<b>Autonomía</b>	Facultad de la persona para obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros.	Presencia de dicha característica en el paciente.	Si No	Cualitativa nominal
<b>Comorbilidades</b>	Coexistencia de una o más enfermedades, además de una enfermedad o trastorno primario.	Enfermedades diagnosticadas previamente a la cirugía o que se identificaron en el transcurso de la estancia hospitalaria.	Diabetes mellitus Hipertensión Arterial sistémica Enfermedades autoinmunes Antecedentes oncológicos	Cualitativa nominal

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMA INTESTINAL

			Otros	
<b>Tipo de cirugía</b>	La patología y las condiciones clínicas del paciente permiten o no la planeación del procedimiento, así como la estabilización y mejoramiento de variables fisiológicas.	Contexto en el cual se lleva a cabo la cirugía, de acuerdo al estado clínico del paciente y a su patología.	Electiva De urgencia	Cualitativa Nominal
<b>Patología causal</b>	Enfermedad precipitante de la necesidad de creación del estoma.	Característica de la enfermedad de evolucionar de una manera adversa por tratarse de cáncer.	Benigno Maligno	Cualitativa nominal.
<b>Permanencia del estoma</b>	Categorización de acuerdo al tiempo de permanencia del estoma.	Condición, de acuerdo a la posibilidad o no, de restitución del tránsito intestinal, una vez resuelta la causa que las originó.	Temporal Definitivo	Cualitativa Nominal
<b>Nivel del estoma</b>	Localización anatómica del estoma.	Localización anatómica de la exteriorización del intestino delgado o grueso, a través de la piel.	Ileostomía Colostomía	Cualitativa nominal
<b>Clínica de estomas</b>	Área hospitalaria destinada a la atención del paciente	Asistencia a dicha unidad por parte del paciente.	Si No	Cualitativa nominal

	portador de estoma intestinal, a cargo de un equipo multidisciplinari o altamente calificado y especializado en el manejo y cuidado de este tipo de lesiones.			
<b>Reconexión intestinal</b>	Eliminación de estoma y anastomosis de dos segmentos de intestino, devolviendo su continuidad para permitir evacuaciones a través del ano.	Posibilidad que tiene el paciente para ser candidato a dicho procedimiento, de acuerdo a su edad, comorbilidades, antecedentes oncológicos, patología y tipo de cirugía que originó el estoma.	Si No	Cualitativa nominal

#### **5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos demográficos se realizó una plantilla de Word.

(Anexo 1).

Instrumento validado: Cuestionario SF 36 versión 2.0, el cuál se aplicó vía telefónica a los pacientes (Anexo 2).



## **6. ASPECTOS ÉTICOS Y DE SEGURIDAD**

### **6.1 Cobertura de aspectos éticos**

Esta investigación no representa ningún riesgo para la integridad física o psicológica de los pacientes que se estudiaran. Se apega estrictamente al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Título Segundo: de los aspectos éticos de investigación en seres humanos.

De acuerdo al artículo 17 de dicho Título, este estudio tiene Categoría I: Investigación sin riesgo.

También se apega a los principios éticos referentes a la investigación médica contenidos en la declaración de Helsinki y el código de Núremberg.

### **6.2 Medidas de seguridad para los sujetos de estudio**

Se garantiza la protección de la confidencialidad de los datos recabados por la investigación.

## **7. PROCESO ESTADISTICO**

Plan de análisis: Se realizará análisis descriptivo de los datos.

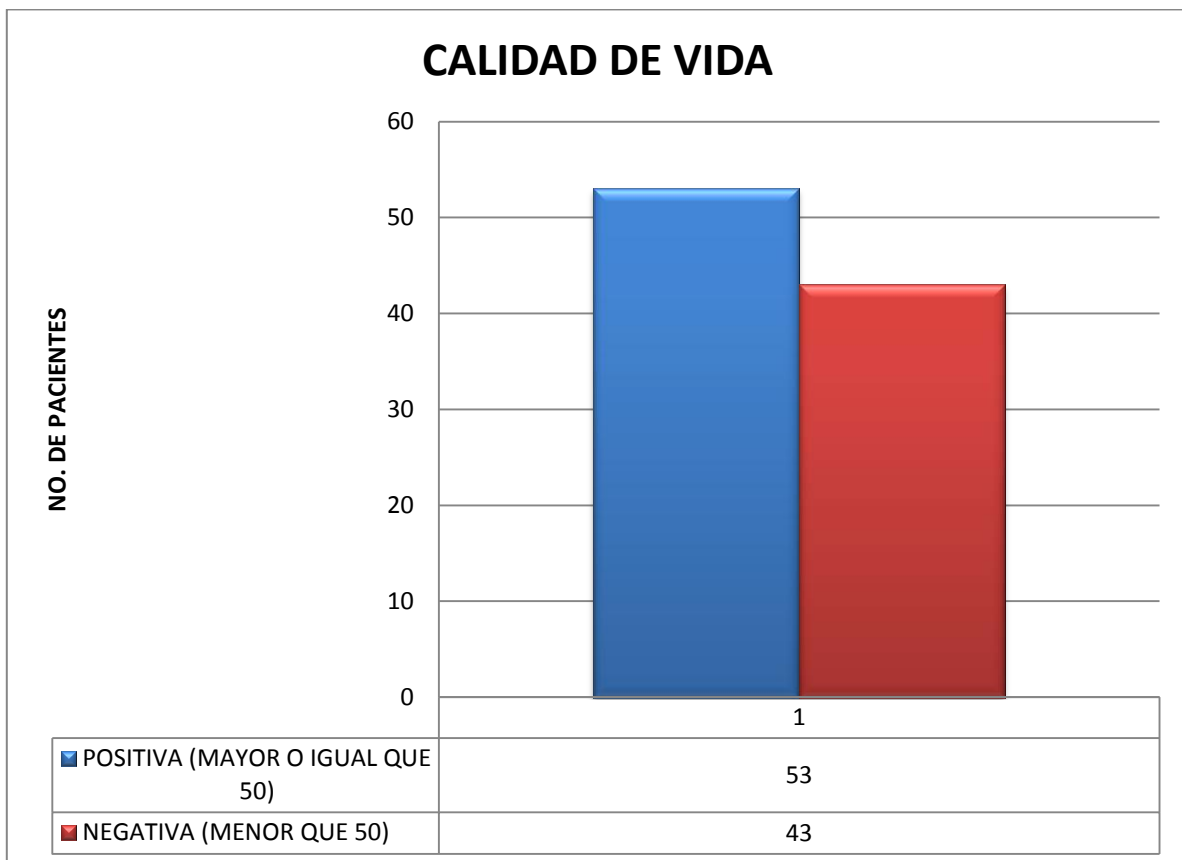
Se efectuará resumen numérico y gráfico de las variables, así como correlación de las mismas mediante gráficas y tablas cruzadas. Para las puntuaciones obtenidas en cada componente del cuestionario SF 36 se calcularan promedios de manera

que se pueda determinar cuáles son el componente mayor y menormente afectados.

## 8. RESULTADOS

### 8.1 GRÁFICAS Y TABLAS

Tabla 1, Gráfica 1: Calidad de vida de la población estudiada.



Gráfica 2: Puntajes obtenidos en cada dimensión mediante la aplicación del instrumento de evaluación SF – 36

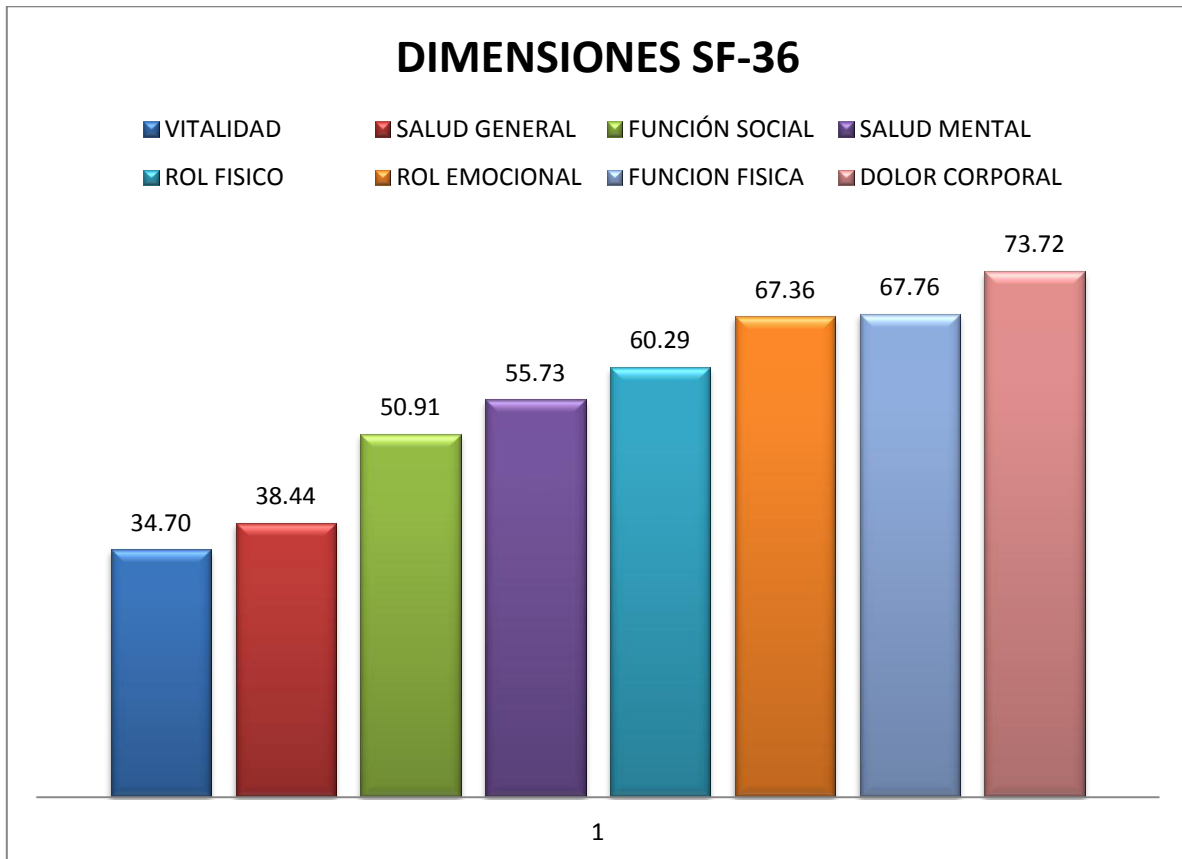


Tabla 2, Gráfica 3: Distribución porcentual de la población de acuerdo al tipo de padecimiento.

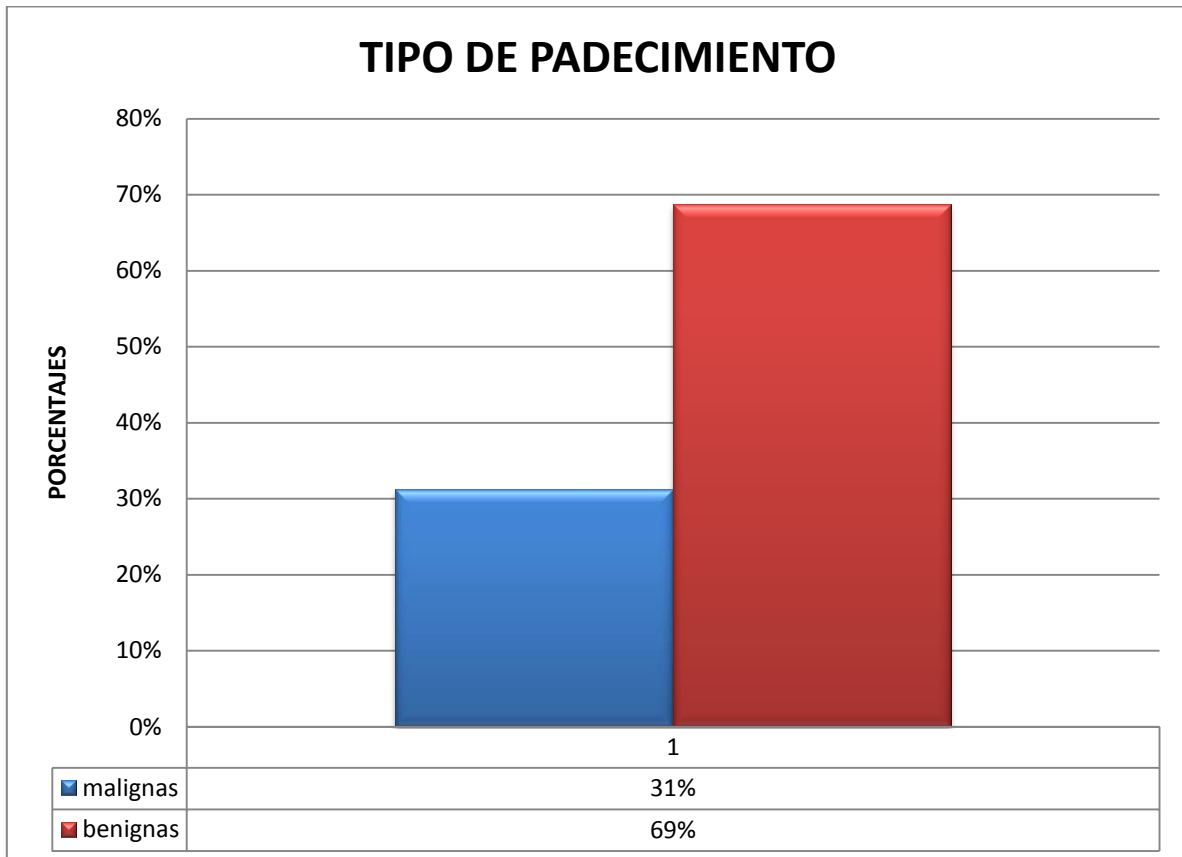


Tabla 3, Gráfica 4: Principales causas benignas de creación de estomas

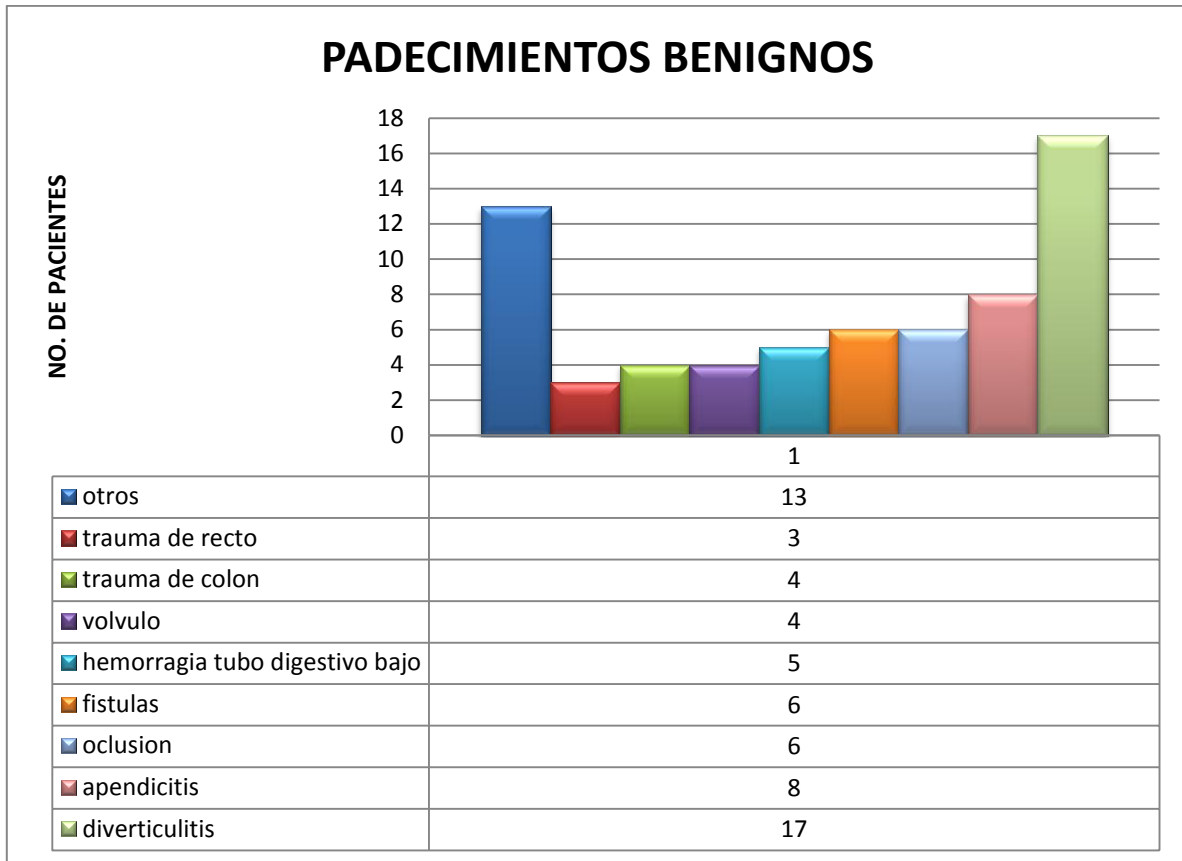


Tabla 4, Gráfica 5: Causas oncológicas de creación de estomas

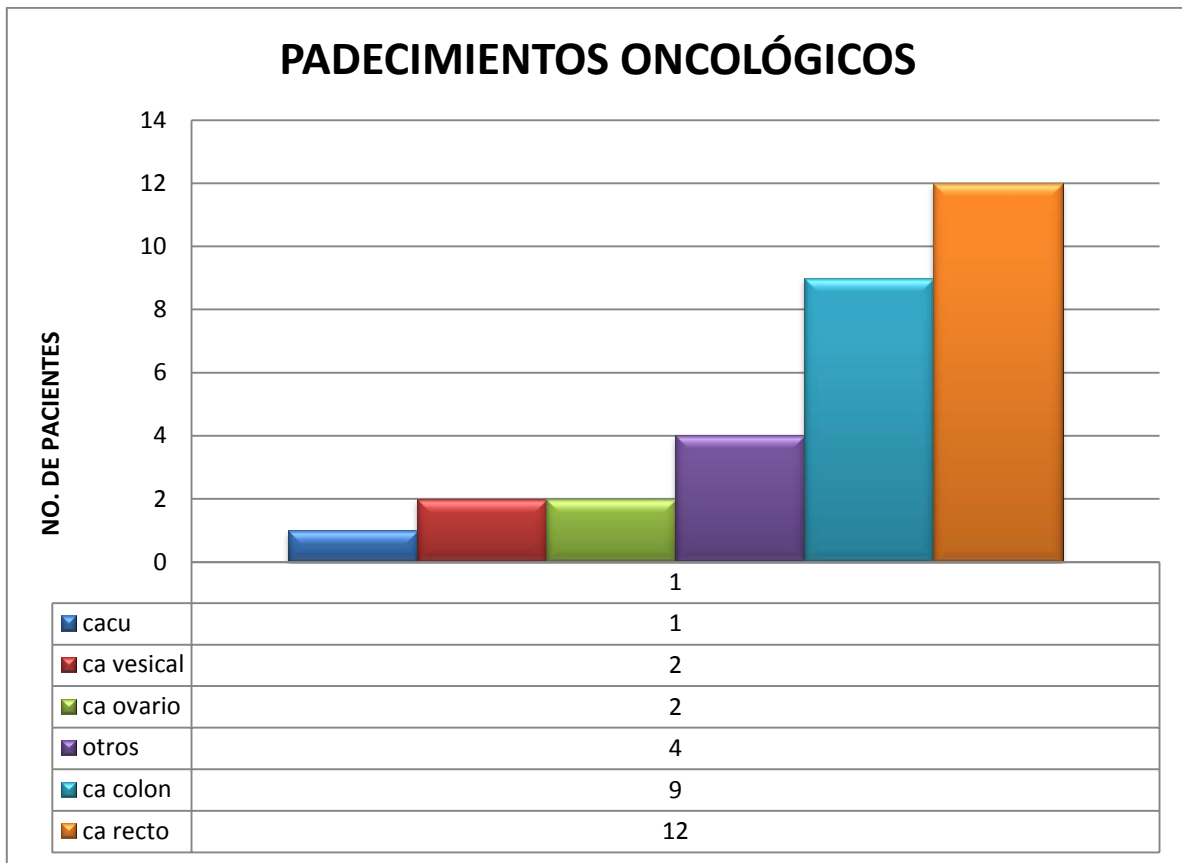
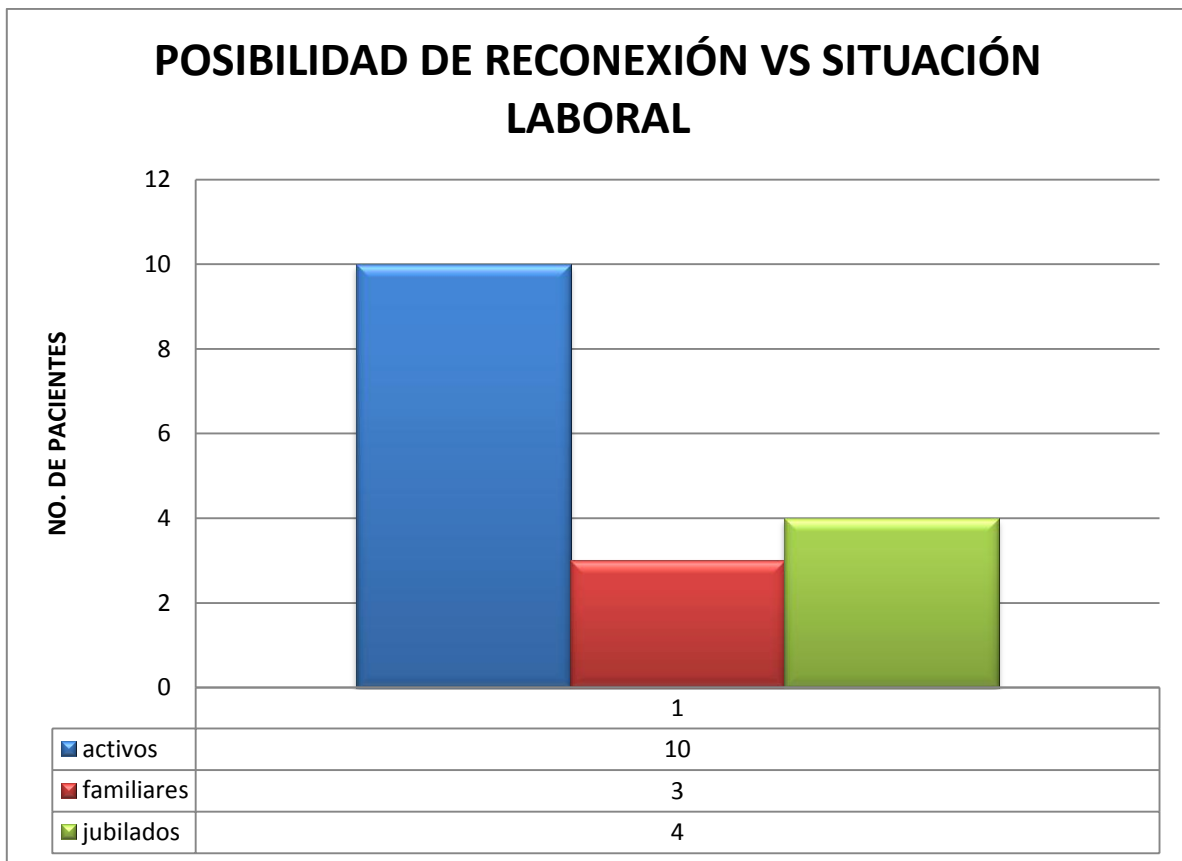


Tabla 5, Gráfica 6: Pacientes con mayor posibilidad de ser sometidos a reconexión intestinal, considerando edad menor a 65 años y ausencia de comorbilidades.



**Tabla 6, Gráfica 7: Calidad de vida y su relación con la asistencia a la clínica de estomas del HCN.**

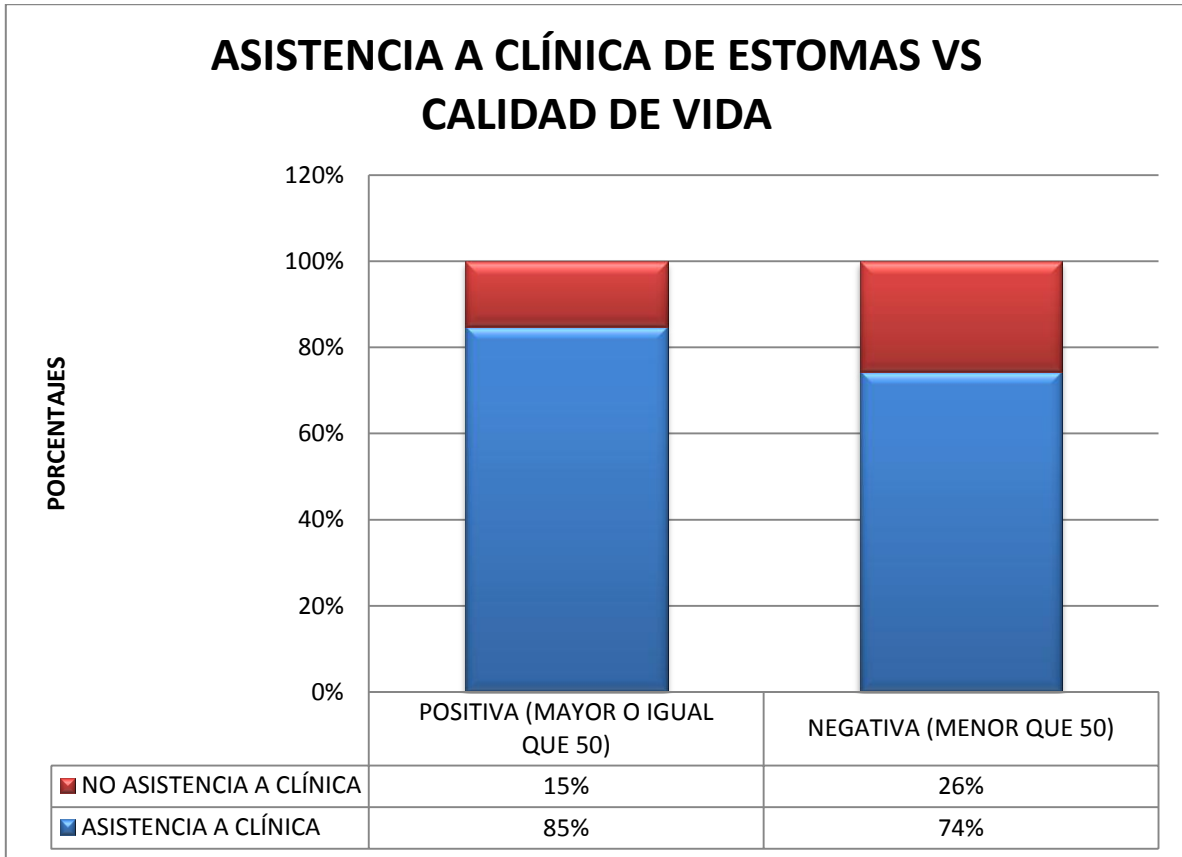




Tabla 7, Gráfica 8: Distribución porcentual de la población estudiada de acuerdo

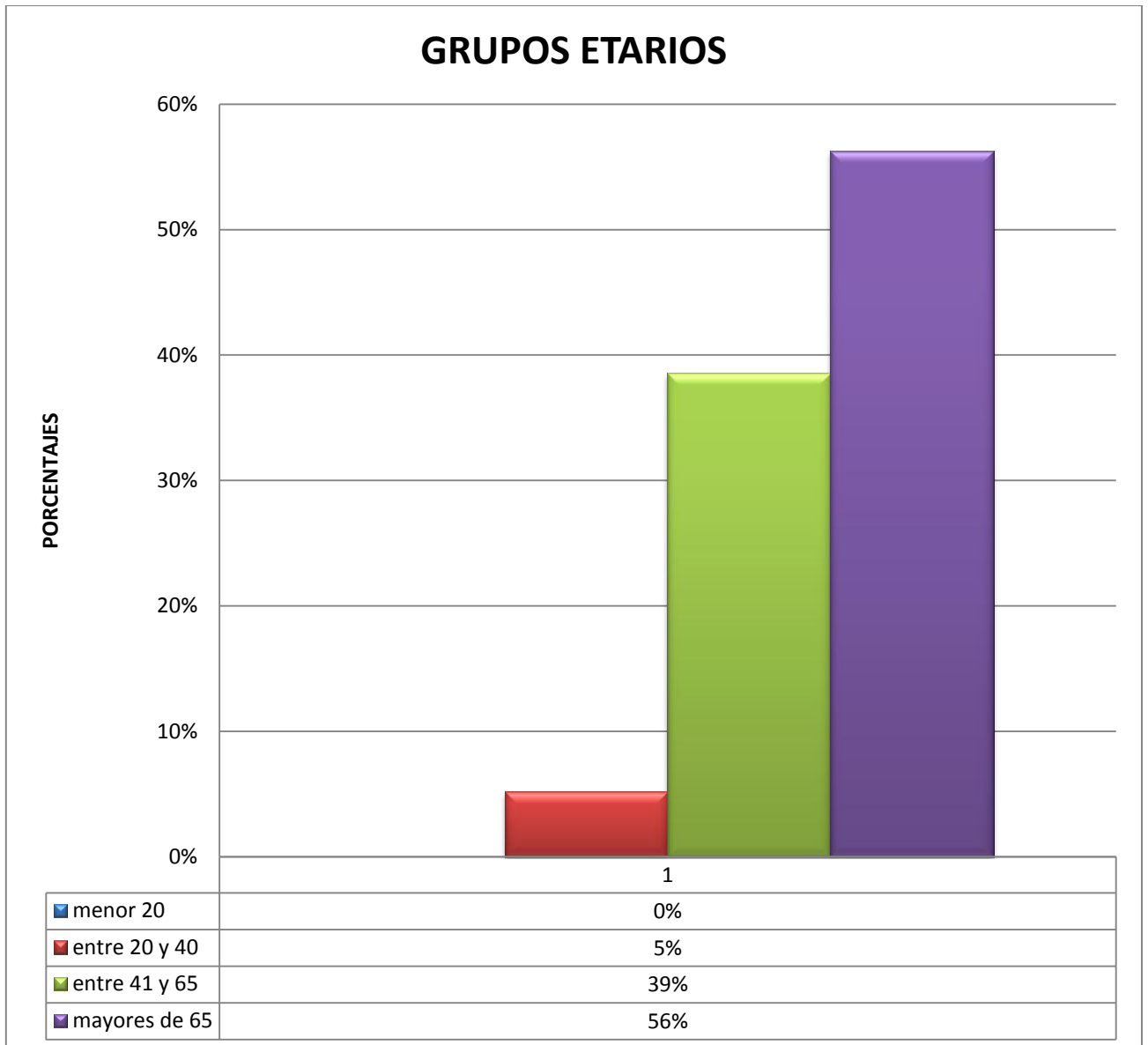
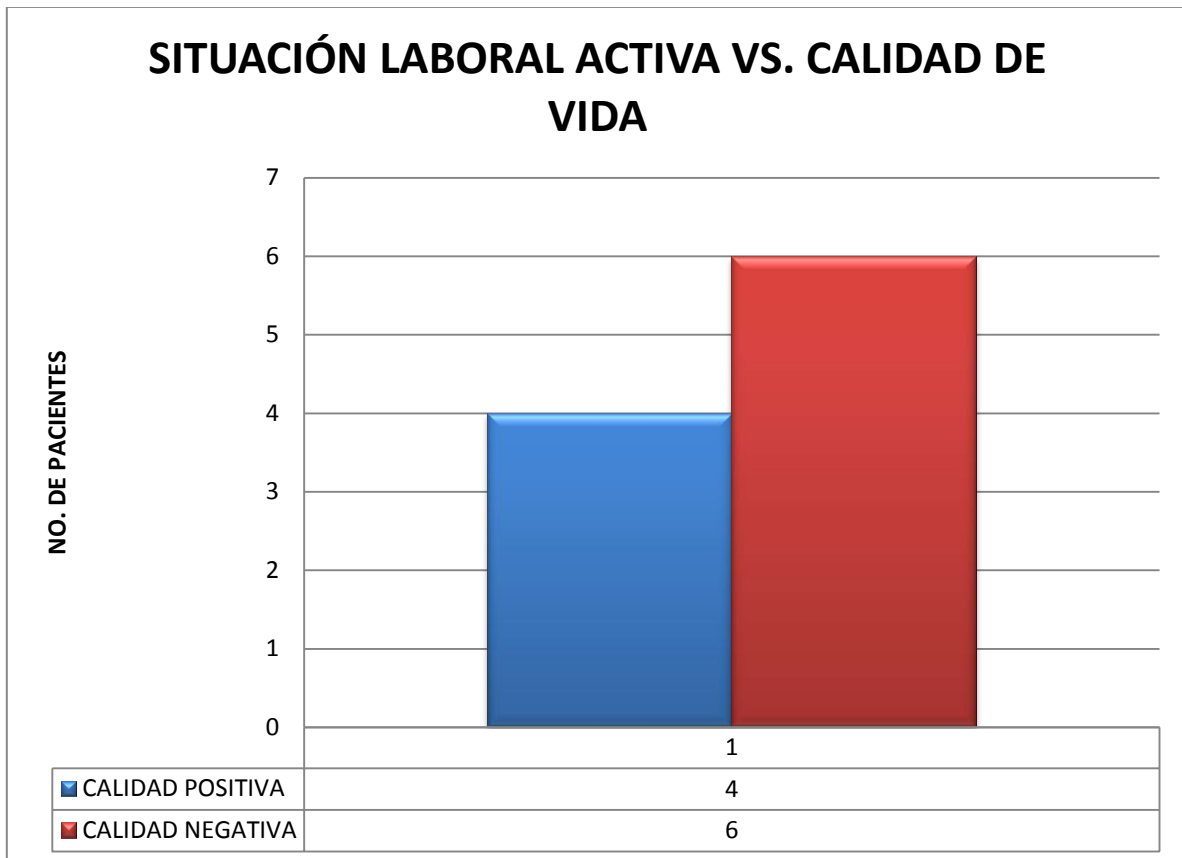


Tabla 8, Gráfica 9: Calidad de vida de los pacientes trabajadores activos.



**Tabla 9, Gráfica 10: Calidad de vida por grupos de edad**

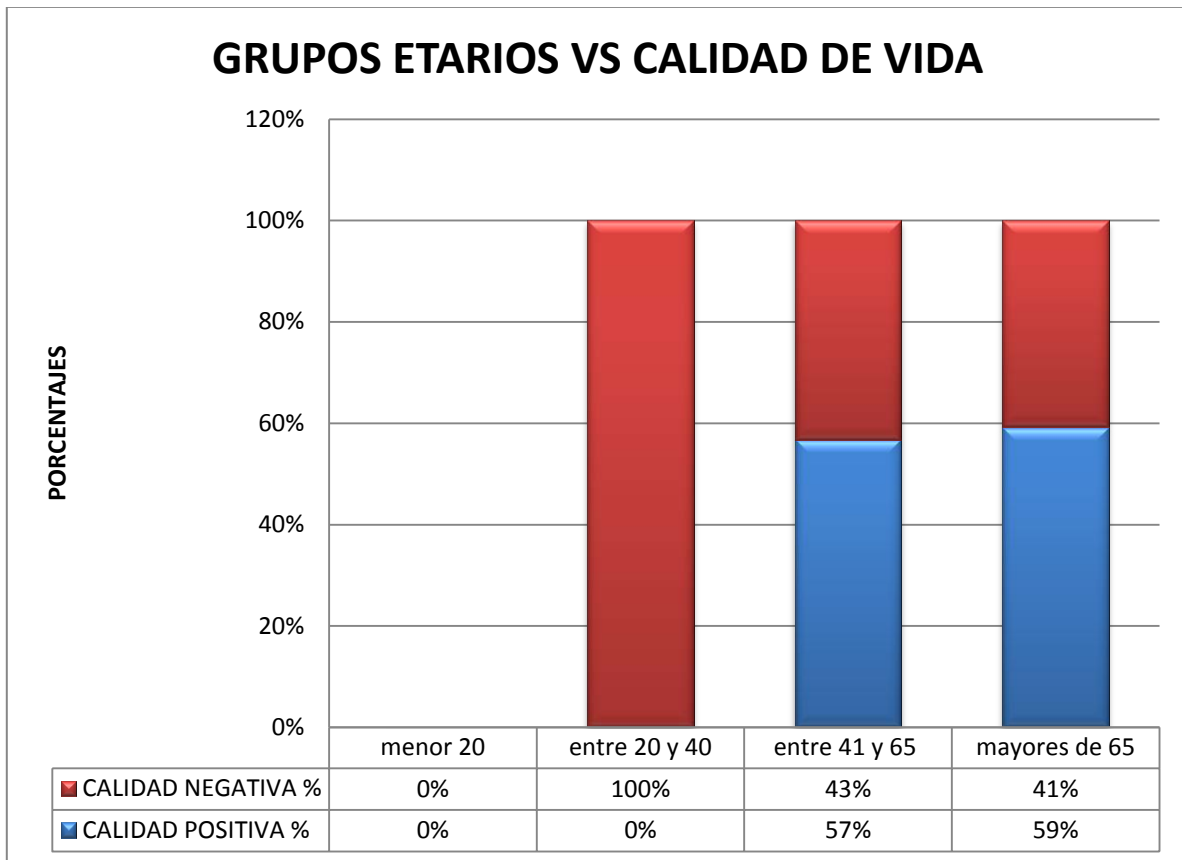


Tabla 10, Gráfica 11: Calidad de vida de acuerdo al género

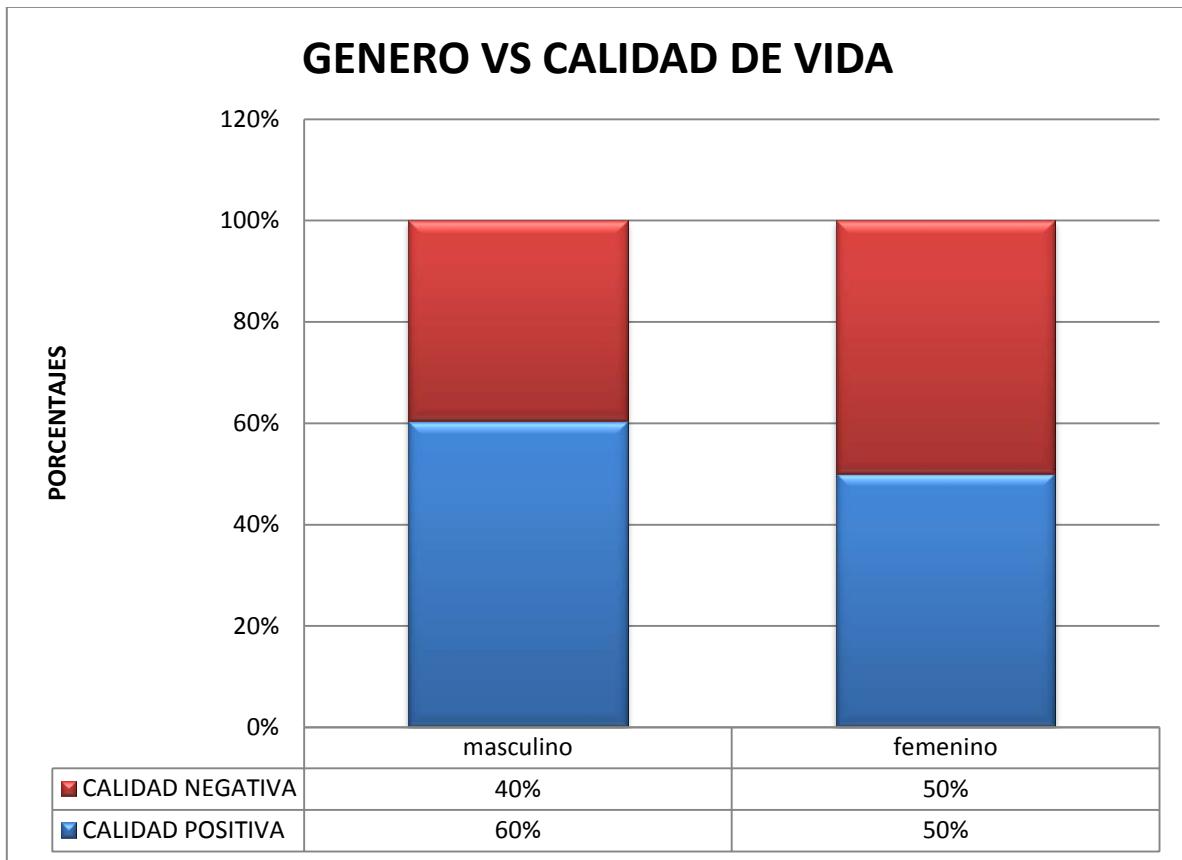


Tabla 11, Gráfica 12: Distribución de la población estudiada de acuerdo a la permanencia del estoma

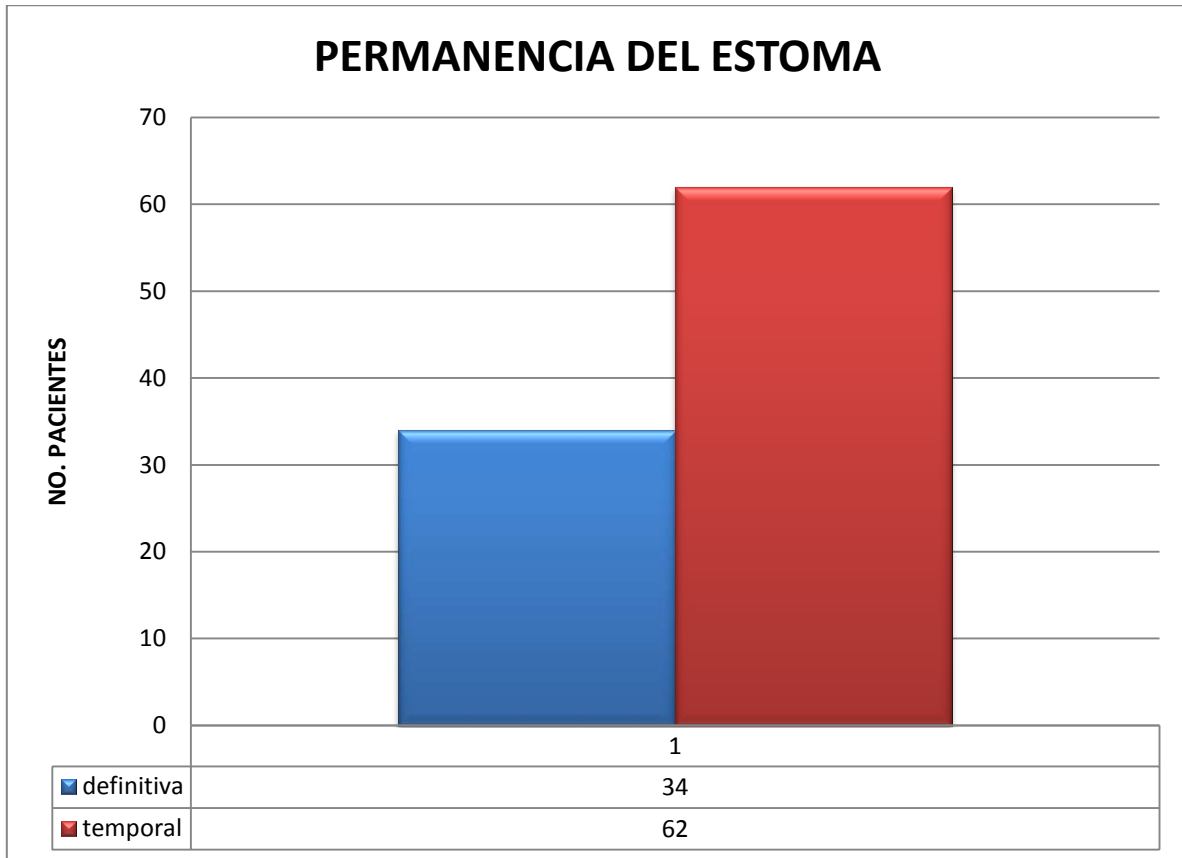


Tabla 12 – Gráfica 13: Tabla cruzada de asistencia de los pacientes a la clínica de estomas del HCN de acuerdo a grupos de edad

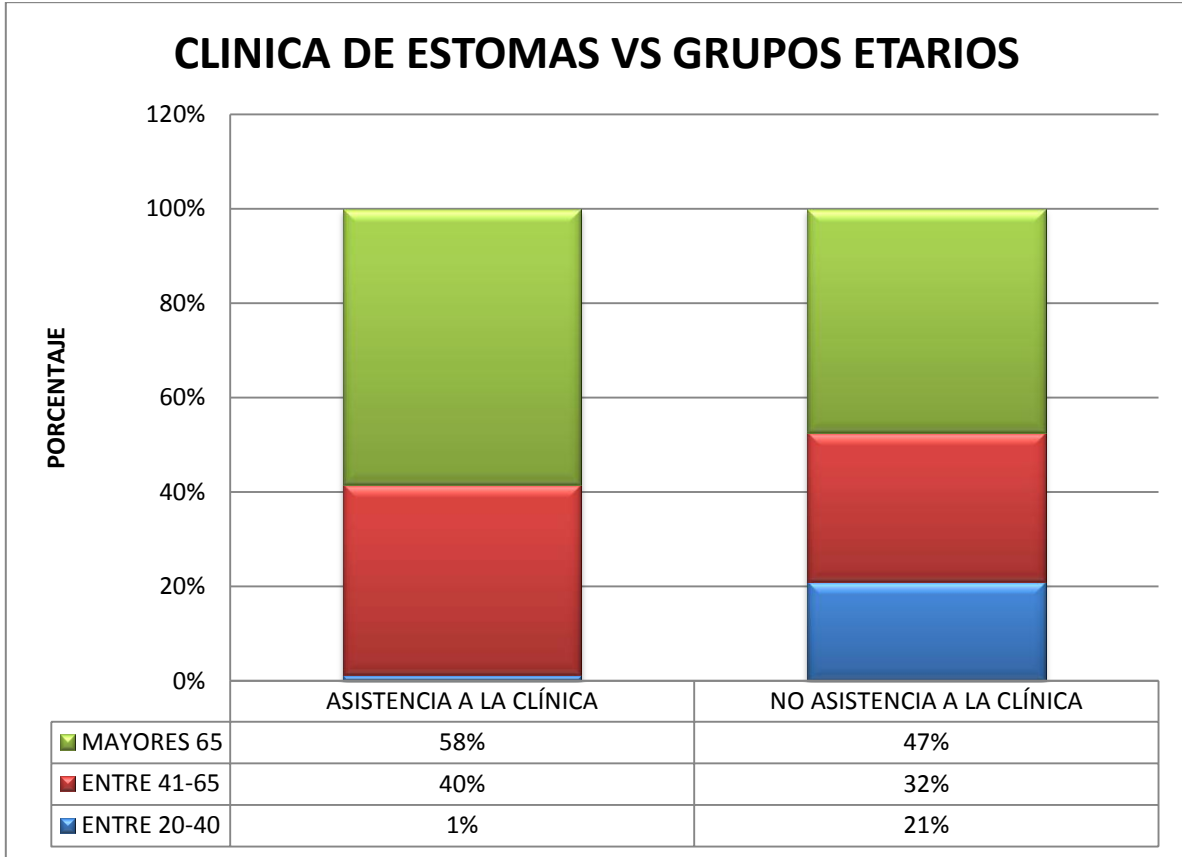


Tabla 13 – Gráfica 14: Tabla cruzada de asistencia de los pacientes a la clínica de estomas del HCN y su relación de acuerdo a su estado de autonomía

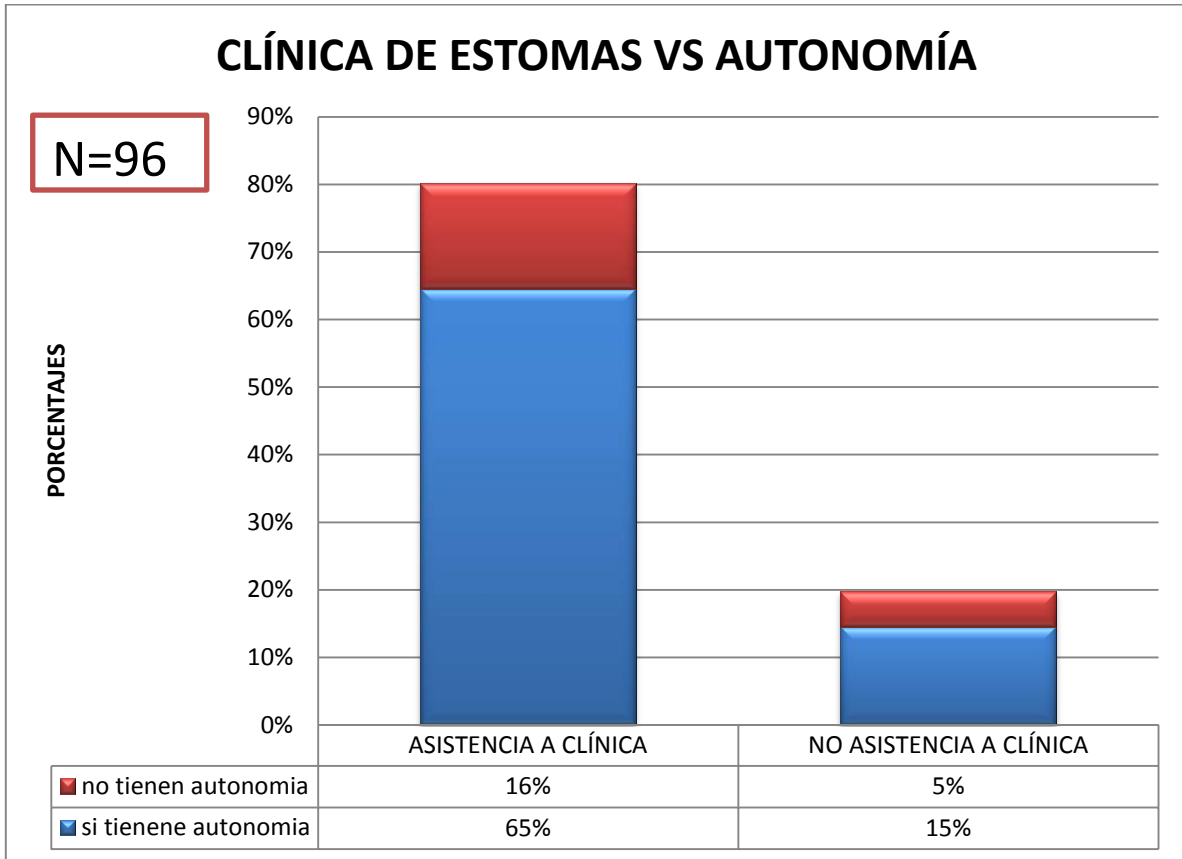


Tabla 14, Gráfica 15: Distribución de la población de acuerdo a edad y situación laboral.

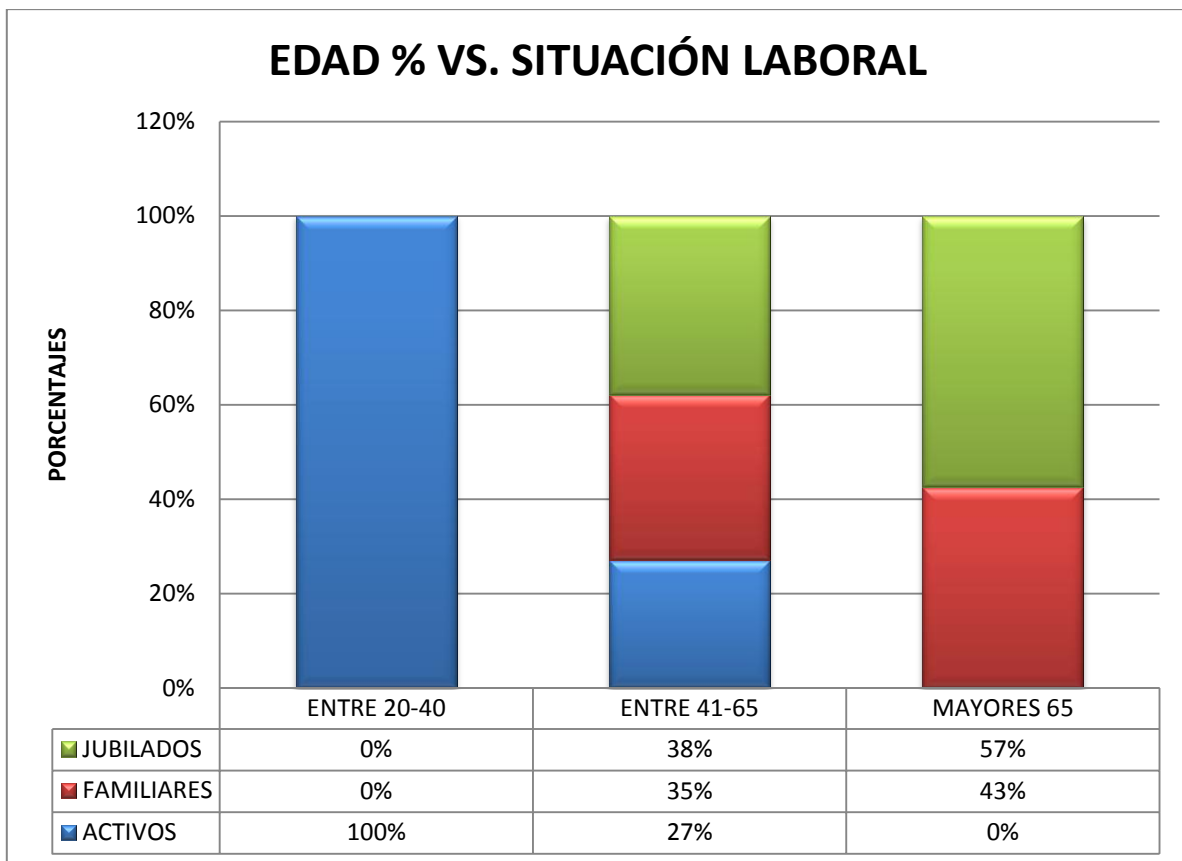




Tabla 15, Gráfica 16: Calidad de vida de acuerdo a situación laboral.

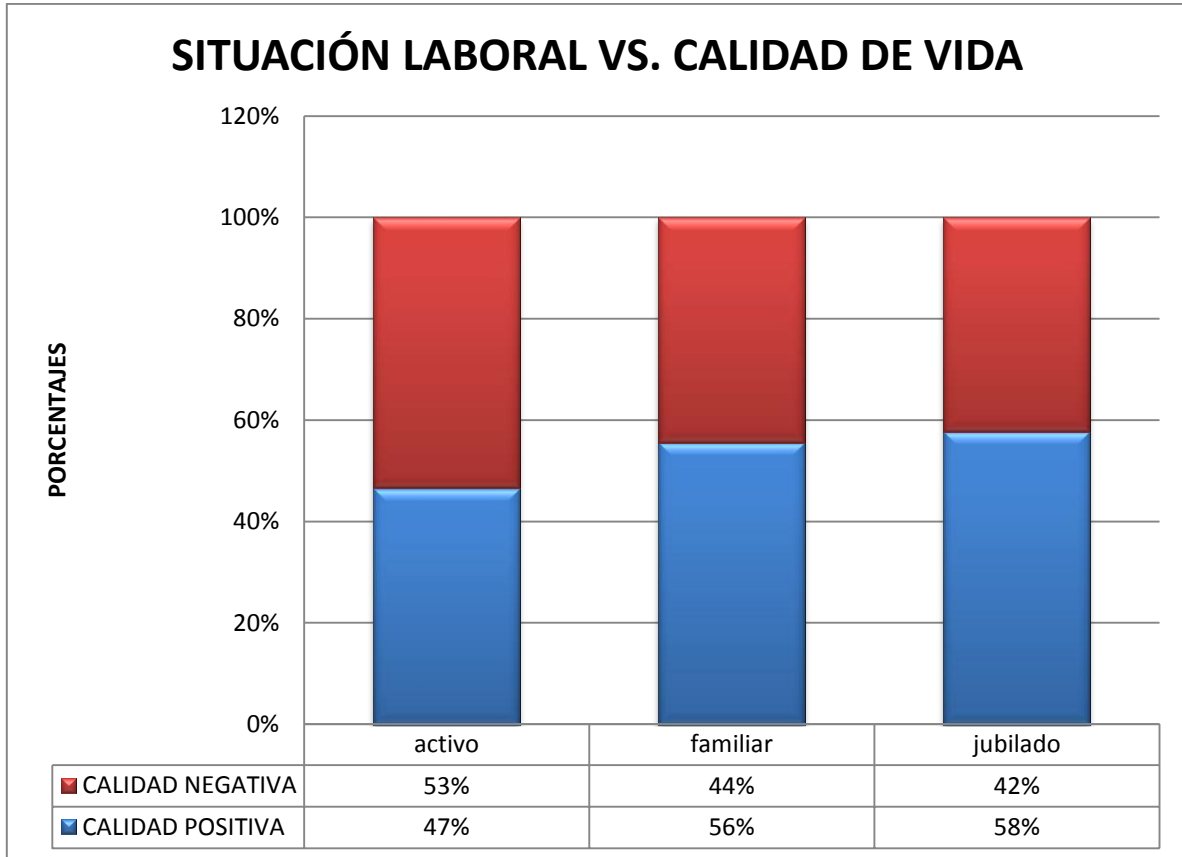


Tabla 16, Gráfica 17: Calidad de vida y su relación a la autonomía de los pacientes.

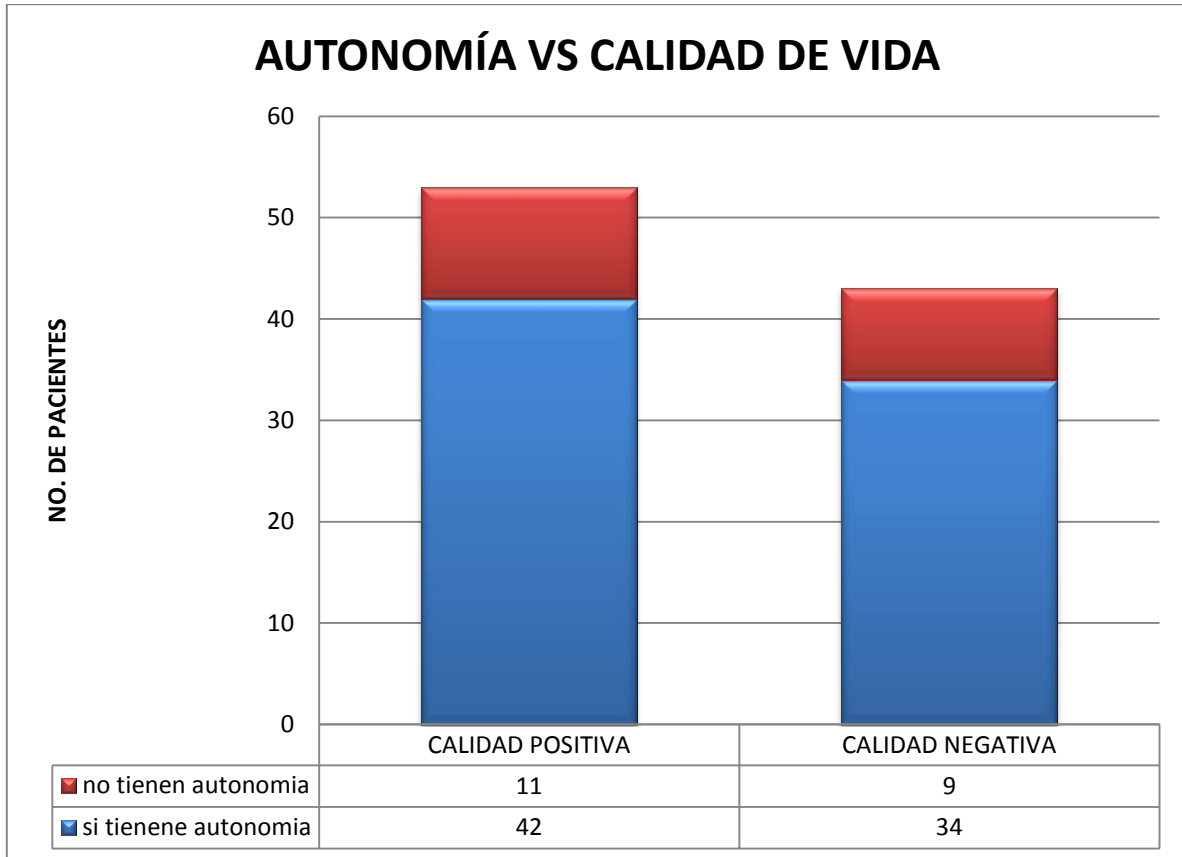
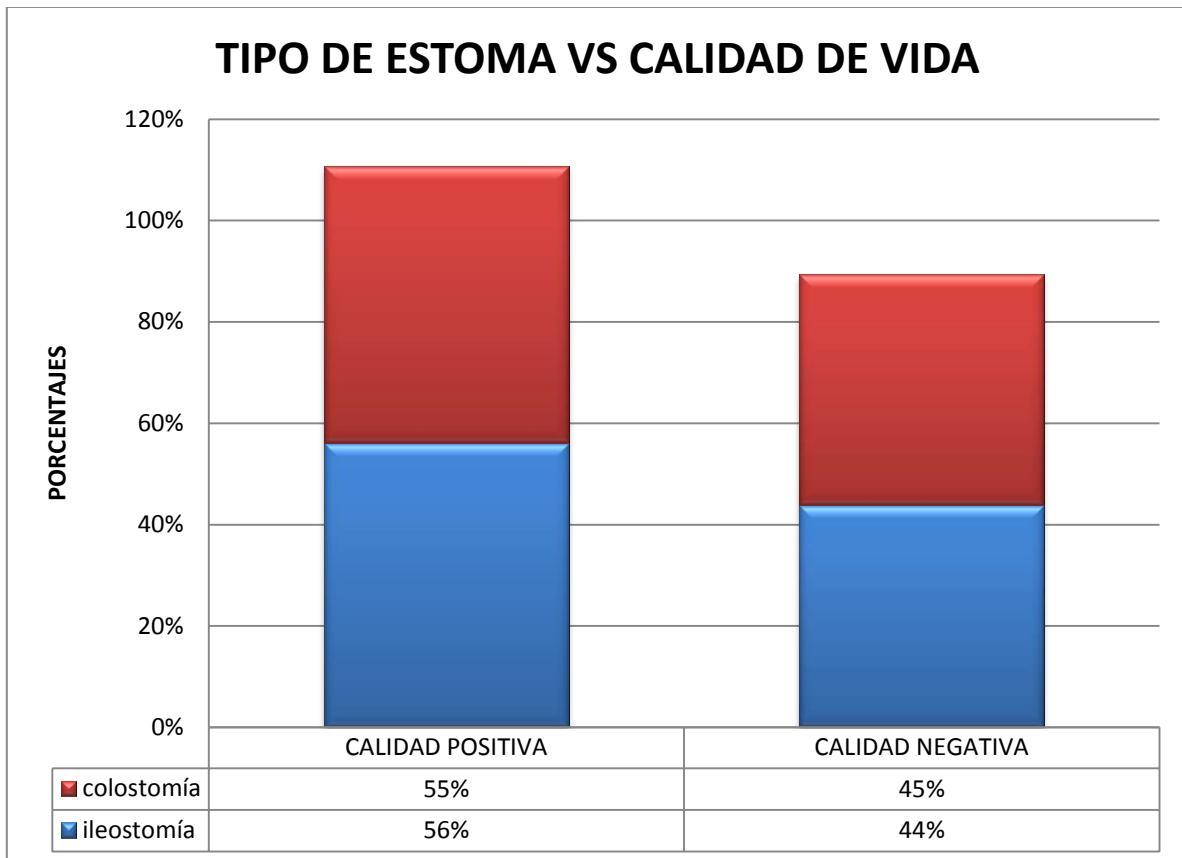


Tabla 17, Gráfica 18: Calidad de vida de acuerdo al tipo de estoma



## 8.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se recabaron los datos demográficos en la plantilla creada para dicho fin y se aplicó la versión mexicana del cuestionario SF36 vía telefónica a 96 pacientes del Hospital Central Norte de los Servicio de Salud de Petróleos Mexicanos, intervenidos en el periodo comprendido del 1 enero 2010 al 31 mayo 2015, y en quienes hubo la necesidad de crear un estoma intestinal de eliminación (ileostomía o colostomía) con la finalidad de evaluar la calidad de vida de los pacientes, obteniendo los siguientes resultados descriptivos:

En el cuestionario aplicado se obtuvo dentro de la escala de 0 a 100 siendo 50 el punto de corte, un promedio por dimensión del cuestionario lo siguiente: vitalidad 34.70, salud general 38.44, función social 50.91, salud mental 55.73, rol físico 60.29, rol emocional 67.36, función física 67.76 y dolor corporal 73.72 **(Gráfica 2)**.

Se estipuló que la calidad de vida de los pacientes corresponde a un resultado positivo si las dimensiones del cuestionario SF36 se encuentran encima de 50 puntos promedio, de esta forma se obtuvieron 55% de pacientes con calidad de vida positiva (53 pacientes) y 45% de pacientes con calidad de vida negativa (43 pacientes) **(Tabla 1, Gráfica 1)**.

La población estudiada está conformada por 48 hombres y 48 mujeres, con una distribución normal y divididas de acuerdo a los grupos etarios (menores de 20 años 0 pacientes por lo que para fines del estudio se eliminó la categoría, entre 21-40 años 5 pacientes, entre 41 y 65 años 37 pacientes y mayores de 65 años 54 pacientes); todos ellos intervenidos por los servicios de Cirugía General (67 pacientes), Oncología (25 pacientes) y Cirugía de Colon y Recto (4 pacientes), por diagnósticos diversos, con creación de estoma derivativo. **Se** encontró que se realizaron colostomías a 55 pacientes e ileostomías a 41 pacientes. Se establecieron indicaciones benignas (66 pacientes) y malignas (30 pacientes) (**Tabla 2, Gráfica 3**). Siendo las principales causas que llevaron a la cirugía las siguientes (**Tablas 3 y 4, gráficas 4 y 5**):

<b>INDICACIONES</b>	
<b><i>Oncológicos</i></b>	30
CACU	1
CA vesical	2
CA ovario	2
Otros tipos de cáncer	4
CA colon	9
CA recto	12
<b><i>Trauma</i></b>	7
Trauma de recto	3
Trauma de colon	4
<b><i>Vólvulo</i></b>	4
<b><i>Hemorragia tubo digestivo bajo</i></b>	5
<b><i>Fistulas</i></b>	6
<b><i>Oclusión</i></b>	6
<b><i>Apendicitis</i></b>	8
<b><i>Diverticulitis</i></b>	17
<b><i>Otros</i></b>	13

Los padecimientos benignos catalogados como “otros” son aquellos en los que se encontró solo un caso de los siguientes diagnósticos: anastomosis colorrectal con creación de ileostomía de protección, anastomosis colo-colica con

ileostomía de protección, dehiscencia de anastomosis intestinal, hernia interna, megacolon, úlcera por decúbito que amerito estoma derivativo, adenoma vellosa, entre otros.

Se agruparon a los pacientes de acuerdo a su situación laboral en: activos (15 pacientes), familiares (36 pacientes) y jubilados (45 pacientes). Por grupos etarios se dividen en: entre 20-40 años (5 pacientes activos), entre 41-65 años (10 pacientes activos, 13 pacientes familiares, 14 pacientes jubilados), mayores de 65 años (23 pacientes familiares, 31 pacientes jubilados). De la misma forma se evaluó que pacientes tienen la mayor posibilidad de ser candidatos para reconexión intestinal de acuerdo a los siguientes criterios: pacientes menores de 65 años, sin comorbilidades (17 pacientes), a su vez se dividieron a los pacientes evaluando su situación laboral (10 pacientes activos, 3 pacientes familiares y 4 pacientes jubilados) (**Tabla 5 – Gráfica 6**).

Se evaluó la asistencia de la población estudiada a la Clínica de Estomas del Hospital Central Norte, se observó que 77 pacientes (80%) participaron y 19 pacientes (20%) no participaron, de los cuales 42 mujeres y 35 hombres si asistieron a la Clínica, mientras que 6 mujeres y 13 hombres no asistieron a la Clínica; se dividió de acuerdo a los grupos etarios en: entre 20-40 años 1 paciente asistió y 4 no asistieron, entre 41-65 años 31 si asistieron y 6 no asistieron y mayores de 65 años 45 pacientes si asistieron y 9 no asistieron (**Tabla 12, Gráfica 13**). De estos pacientes se evaluó su calidad de vida de la misma forma positiva 45 pacientes (85%) que asistieron y 8 pacientes (15%) que no asistió, por otro lado los que tienen una calidad de vida negativa 32 pacientes (74%) que asistieron

y 11 pacientes (26%) que no asistió a la Clínica (**Tabla 6 – Gráfica 7**) . Se correlacionó la autonomía de los pacientes con la asistencia a la Clínica, observando que de los pacientes que si tienen autonomía 62 pacientes (65%) si asistieron y que 14 pacientes (15%) no asistieron, por otro lado los pacientes que no tienen autonomía 15 pacientes (16%) si asistieron a la clínica y 5 pacientes (5%) no asistieron (**Tabla 13, Gráfica 14**).

Se comparó la calidad de vida obtenida por medio del cuestionario con la edad, entre 20 y 40 años 5 pacientes (100%) tienen una calidad de vida negativa, entre 41 y 65 años 21 pacientes (57%) tienen una calidad de vida positiva y 16 pacientes (43%) tienen una calidad de vida negativa, de los pacientes mayores de 65 años 32 pacientes (59%) tienen una calidad de vida positiva y 22 pacientes (41%) tienen una calidad de vida negativa (**Tabla 9 – Gráfica 10**). Se evaluó la calidad de vida contra el género, obteniendo que 29 hombres (60%) tienen una calidad de vida positiva y 19 hombres (40%) tienen una calidad de vida negativa, por otro lado se encontró que el sexo femenino tiene una distribución del 50% con calidad positiva y 50% con calidad negativa (24 pacientes respectivamente) (**Tabla 10 – Gráfica 11**).

Se comparó la situación laboral con la calidad de vida encontrando: pacientes con situación laboral activa y con calidad de vida positiva 7 pacientes (47%) y con calidad de vida negativa 8 pacientes (53%), pacientes con situación laboral familiar y con calidad de vida positiva 20 pacientes (56%) y con calidad de vida negativa 16 pacientes (44%), por último pacientes con situación laboral de



jubilados con calidad de vida positiva 26 pacientes (58%) y con calidad de vida negativa 19 pacientes (42%) (**Tabla 15 – Gráfica 16**).

Las comorbilidades de los pacientes estudiadas fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 (29 pacientes), Hipertensión arterial (24 pacientes) Diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (17 pacientes) y sin comorbilidades (26 pacientes). Se evaluó la autonomía del paciente, determinando la necesidad de un cuidador primario para valerse por sí mismo en las actividades de la vida diaria, encontrando: pacientes con autonomía conservada (76 pacientes) y pacientes sin autonomía (20 pacientes). Se continuó el estudio evaluando el tipo de cirugía realizada: urgencias (57 pacientes) y electiva o programada (39 pacientes), más aún se evaluó la permanencia del estoma: definitivas (34 pacientes) y temporales (62 pacientes). (**Tabla 11, Gráfica 12**).

De igual manera se evaluó el tipo de estoma y si influía en la calidad de vida, obteniendo: pacientes con ileostomía y calidad de vida positiva 23 pacientes (56%) y con calidad de vida negativa 18 pacientes (44%), y los pacientes con colostomía y con calidad de vida positiva 30 pacientes (55%) y con calidad de vida negativa 25 pacientes (45%) (**Tabla 17 – Gráfica 185**). Por último se evaluó la autonomía de los pacientes reflejada en su calidad de vida, pacientes con autonomía y con calidad de vida positiva 42 pacientes (55%) y con calidad negativa 34 pacientes (45%), y pacientes sin autonomía que llevan una calidad de vida positiva 11 pacientes (55%) y con calidad de vida negativa 9 pacientes (45%) (**Tabla 16 – Gráfica 17**).

## 9. DISCUSIÓN

A pesar de la mejora de las técnicas quirúrgicas, métodos de diagnóstico e instrumental quirúrgico, los estomas intestinales de eliminación (ileostomías y colostomías) siguen siendo procedimientos que se realizan con frecuencia en la práctica quirúrgica. El objetivo de nuestro estudio fue conocer el impacto de un estoma intestinal de eliminación en la calidad de vida de los pacientes. Además de conocer las características epidemiológicas de la población objeto de estudio.

En nuestro estudio se encontró que el Servicio de Cirugía General continúa siendo el que mayor número de intervenciones con creación de estomas realiza, seguido por el servicio de oncología, como lo reportado en la literatura; por lo que es de esperarse que el número de indicaciones benignas sea mayor que las indicaciones por padecimientos oncológicos, tal como quedó demostrado. Las indicaciones benignas que con mayor frecuencia se encontraron en nuestra población fueron diverticulitis y apendicitis, coincidente con la incidencia de dichos padecimientos reportada en la literatura. De los padecimientos oncológicos el cáncer de recto seguido por el por el cáncer de colon constituyen las causas más frecuentes, esto debido a que, como parte del tratamiento dichos padecimientos está indicada la derivación del tránsito intestinal per sé en una gran proporción de los casos.

Se encontró el número de pacientes con situación laboral activa de nuestro estudio fue menor que la población de jubilados y familiares, sin embargo son los pacientes que peor calidad de vida presentan de acuerdo a nuestro estudio,

atribuible a todos los cambios psicológicos y físicos que se derivan del hecho de portar un estoma.

Por otro lado los pacientes con situación laboral de familiares y jubilados presentan mayor incidencia y corresponden a grupos etarios mayores, este hallazgo era esperado debido a las características biológicas y a la vulnerabilidad que conceden las comorbilidades propias de dicha población, así como la mayor incidencia de padecimientos oncológicos; siendo la calidad de vida de estos pacientes mejor en comparación a los más jóvenes.

Se correlacionó el nivel de calidad de vida con los diversos grupos etarios estudiados, encontrando nuevamente que el grupo más joven es el que peor calidad de vida tiene y que el grupo con mayor edad presenta una mejor calidad de vida.

Esto es esperado debido a que la importancia que se le da a la imagen corporal y la percepción subjetiva del rol social es mayor en los grupos etarios jóvenes; de igual manera se observó que los pacientes del sexo masculino tienen una mejor calidad de vida debido a la misma razón.

Se evaluó el tipo de estoma que presentaba el paciente, encontramos que en nuestra población la apreciación de la calidad de vida es la misma si el paciente tiene una ileostomía o una colostomía. Aunque el cuidado de una y de otra sea diferente, el impacto en la vida del paciente es el mismo, siempre y cuando los cuidados y la educación sean adecuados.

No se encontró una diferencia significativa entre la percepción de la calidad de vida y la autonomía del paciente. Esto puede deberse a que la mayoría de los pacientes que no tienen autonomía acuden a una clínica de estomas. Por otro lado la percepción de la autonomía del paciente fue evaluada como la dependencia del paciente y su cuidador primario para la realización de las actividades diarias, esto contrasta con los grupos etarios de mayor edad que son dependientes de un cuidador primario independientemente de que presenten un estoma o no y las comorbilidades de cada uno de los pacientes.

Para objeto de nuestro estudio los pacientes que tienen prioridad a la restitución del tránsito intestinal son aquellos que cumplan con los siguientes criterios: menores de 65 años, sin comorbilidades y en situación laboral activa, encontramos que aplicando estos criterios es un porcentaje (18%) bajo el que corresponde a pacientes con posibilidades de reconexión. Sin embargo si dejamos de lado el criterio de situación laboral y edad este porcentaje aumenta escasamente a un 27% de nuestra población en estudio.

De las dimensiones evaluadas por el cuestionario SF36, la mejor evaluada correspondió al dolor corporal seguida de función física y rol emocional, esto debido a que la educación proporcionada al paciente es la adecuada, y la peor correspondió a vitalidad, esto último relacionado a que más de la mitad de nuestra población es mayor a 65 años, lo que coincide siendo que a mayor edad menor vitalidad. De manera global se observó a través de la pregunta de transición que al momento de la encuesta la percepción de la calidad de vida era mejor con respecto a la del año previo.

## 10. CONCLUSIONES

Mediante la realización de este estudio se logró saber que la mayoría de los pacientes portadores de estomas intestinales de eliminación (colostomías e ileostomías) tiene una calidad de vida positiva, lo que significa que a pesar del impacto que causa dicha situación, su autopercepción de satisfacción, bienestar y desenvolvimiento social es aceptable, de acuerdo a sus expectativas, deseos y necesidades.

Es importante recalcar los beneficios que producen la educación y el manejo proporcionado por la Clínica de Estomas del Hospital Central Norte, que sin duda produce un efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes.

Llama la atención el número de pacientes menores a 65 años que se encuentran en situación laboral activa y que no acuden a la clínica de estomas, siendo estos los que constituyen parte importante de la estadística con calidad de vida negativa.

Se cumplieron los objetivos propuestos en este estudio, quedando como referente para realizar investigaciones futuras.

El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

## 11. RECOMENDACIONES:

- Se recomienda realizar el procedimiento de reconexión intestinal en los pacientes con edad menor a 65 años, sin comorbilidades y con estatus laboral activo, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permitan al momento de su evaluación preoperatoria.
- Se recomienda emplear o crear medidas de interés y apego para lograr que más población joven acudan a la clínica de estomas.
- Se recomienda iniciar la educación del paciente ostomizado, tanto por enfermeras y médicos, antes de su egreso hospitalario, y de ser posible, antes del mismo.



## 12. ANEXOS

PETRÓLEOS MEXICANOS  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
 HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX  
 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
 COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



### PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA TESIS:

"Calidad de vida en pacientes con estoma intestinal, Hospital Central Norte 2010-2015"

### ANEXO 1. PLANTILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:					
Edad					
Género					
Masculino (____)			Femenino (____)		
Situación Laboral					
Jubilado (____)		Activo (____)		Desempleado (____)	
Autonomía					
Si (____)			No (____)		
Comorbilidades					
Diabetes mellitus (____)	Hipertensión Arterial sistólica (____)	Enfermedades autoinmunes (____)	Antecedentes oncológicos (____)	Otras (____)	
Tipo de cirugía					
Electiva (____)			Urgencia (____)		
Patología causal					
Benigna (____)			Oncológica (____)		
Permanencia del estoma					
Temporal (____)			Definitiva (____)		
Nivel del estoma					
Yeyunocecal (____)	Urocecal (____)	Colocecal (____)			
Complicaciones posquirúrgicas					
Tempranas (____)				Tardías (____)	



PETROLEOS MEXICANOS  
 SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD  
 HOSPITAL CENTRAL NORTE PEMEX  
 DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
 COMITE DE INVESTIGACION



PROTOCOLO DE INVESTIGACION PARA TESIS:

“Calidad de vida en pacientes con estoma intestinal, Hospital Central Norte 2010-2015”

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE SALUD SF 36

Ficha: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nivel de estoma: \_\_\_\_\_

Sexo	Etnia	Edad (en ...)	Número Identificado
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O + <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Mex <input type="checkbox"/> Ale	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 00

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

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

<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

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

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/>	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---

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?

	<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho	<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco	<input type="checkbox"/> No, no me limita nada
1. Ejercicios intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ejercicios moderados, como mover una silla, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Coger o llevar la bolsa de la compra. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Subir pocas escalas por la escuela. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Subir muchas escalas por la escuela. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apacharse o arrodillarse. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Caminar un kilómetro o más. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Caminar varios contenedores de basura. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Caminar unos 100 metros. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bañarse o vestirse por sí mismo. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. 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 su salud física?

	Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
1. ¿Tiene que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hay cosas de las que hubiera querido hacer? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene que dejar de hacer algunas cosas en su trabajo o en sus actividades cotidianas? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo a sus actividades cotidianas por algún problema emocional? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¡Sólo menos de lo que hubiera querido hacer o algún problema emocional? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
1 se sintió lleno de vitalidad? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 estuvo muy nervioso? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 se sintió agotado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 se sintió feliz? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 se sintió cansado? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
1 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mi salud es excelente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por contestar a estas preguntas

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz-Castañeda O, Cano-Garduño MA. Epidemiología de ostomias de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. Revista Conamed, suplemento de enfermería 2009.
2. Martínez-Vázquez MA, Rodríguez-Leal MC, Bosques-Padilla FJ. Consideraciones en la evaluación de la calidad de vida de enfermos con afecciones digestivas, hepáticas y biliares en México. Rev. Gastroenterol Mex, Vol. 74, Núm. 4, 2009
3. Ortiz-Rivasa MK, Moreno-Pérez NE, Vega-Macías HD. Nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma complicado.
4. Bullard Dunn KM y Rothenberger DA. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Cuidado y atención de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo 1 Volumen 32 n°1 > febrero 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S1282-9129\(16\)76054-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1282-9129(16)76054-5)
5. Genny T, Carrillo-Jiménez D, Fos PJ. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF 36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex 1999; 41:110-8.
6. Duran Ramos O, López Betancourt G. Técnicas y complicaciones de las colostomías. Tratado de cirugía general, AMCG, 2ª ed.
7. Toth PE. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. Seminary oncoly nursing. 2006; 22(3):174-177.
8. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002; 44:448-463.
9. Alonso J, Prieto I. La versión española del sf-36 health survey cuestionario de salud sf-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina clínica 104(20), 771-776. 2010.
10. Anderson, J.P., Kaplan, R.M., Coons, S.J. Y Schneiderman, I.j. Comparison of the quality of well being scale and the sf-36 results among two samples of ill adults: aids and other illnesses. Journal of clinical epidemiology, 755-762. 2008.
11. Cheung Y., Thumboo J. Modelling variability of quality of life scores: a study of questionnaire version and bilingualism. Quality of life research 13(5), 897-

906.

12. De Vet, HC. Bouter, LM. Bezemer, PD. Y Beurskens, AJ. Reproducibility and expansiveness of evaluative outcome measures. *International journal of technology assessment in health care* 17(4), 479-487. 2011
13. Guzmán-Valdivia, Gómez g. Cirugía de intestino delgado. En asociación mexicana de cirugía general, a. C y consejo mexicano de cirugía general, a. C. *Tratado de cirugía general. Manual moderno.* México, d. F. 2008.
14. Heredia-Jarreo N, Dávila-Serapio F y Noyola-Villalobos HF. Técnicas y complicaciones de colostomías. En asociación mexicana de cirugía general, a. C y consejo mexicano de cirugía general, a. C. *Tratado de cirugía general. Manual moderno.* México, d. F. 2008.
15. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray m. Ostomy care and management: a systematic review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of the wound, ostomy and continence nurses society / wocn.* 2013; 40(5):489-500.