

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

T E S I S

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
PATOLOGÍA ANORRECTAL BENIGNA”**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

C O L O P R O C T O L O G O

P R E S E N T A

DR. JOSÉ ANTONIO RECINOS BOLAÑOS

A S E S O R Y D I R E C T O R

Dr. Luis Charúa Guindic

México, D. F.

Agosto de 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ANORRECTAL BENIGNA”

DR. LUIS CHARÚA GUINDIC.

Jefe de la Unidad de Coloproctología

Asesor y Director de tesis.

Tel. 5545-1863.

Bip. 56299800. Clave 4331.

DR. JOSÉ ANTONIO RECINOS BOLAÑOS

Médico Residente del Curso de

Especialización en Coloproctología

Jarbdoc1@yahoo.com

Tel. 5527453345

DR. FERNANDO BERNAL SAHAGÚN.

Jefe del Servicio de Gastroenterología.

Hospital General de México, O. D.

Tel. 2789-2000. Ext. 1042.

I. AGRADECIMIENTOS:

A mi esposa María Leticia, a mis hijos Alejandro José y Rodrigo Antonio por el apoyo incondicional para continuar con mis estudios a pesar de la distancia y la separación a la que nos hemos enfrentado durante el periodo de mi especialización. A mis padres y hermanas por su sacrificio y apoyo para completar mis estudios. Un agradecimiento especial para el Dr. Luis Charúa jefe de la unidad de coloproctología por su enseñanza y apoyo mas allá de su responsabilidad, así como Dr. Jiménez, Dra. Navarrete y Dra. Osorio quienes contribuyeron en mi formación como médico especialista transmitiendo su conocimiento y experiencia en el campo de la coloproctología.

II. ÍNDICE:

I. AGRADECIMIENTOS:	Error! Bookmark not defined.
II. ÍNDICE:	Error! Bookmark not defined.
III. RESUMEN:	Error! Bookmark not defined.
IV. INTRODUCCIÓN:	Error! Bookmark not defined.
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	Error! Bookmark not defined.
VI. JUSTIFICACIÓN:	Error! Bookmark not defined.
VII. HIPÓTESIS:	Error! Bookmark not defined.
VIII. OBJETIVOS:	Error! Bookmark not defined.
IX. MATERIALES Y MÉTODOS:	Error! Bookmark not defined.
X. PLAN DE ANÁLISIS:	Error! Bookmark not defined.
XI. RESULTADOS:	Error! Bookmark not defined.
XII. DISCUSIÓN:	Error! Bookmark not defined.
XIII. CONCLUSIONES:	Error! Bookmark not defined.
XIV. BIBLIOGRAFIA:	80

III. RESUMEN:

Justificación.- No existe un estudio alguno en pacientes en quienes se practicó cirugía anorrectal para evaluar un cambio en la calidad de vida posterior a la cirugía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. Se trata de una nueva perspectiva que intenta abordar la calidad de vida no sólo desde el punto de vista teórico, sino investigativo que permita ampliar el pensamiento médico-científico y valorar aspectos de la enfermedad y su tratamiento que no son estrictamente clínicos sino también la medida de la “salud percibida” por el paciente, ya que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que incluye las áreas del status funcional, bienestar psicológico, las perspectivas médicas y síntomas relacionados con la enfermedad y el tratamiento de la misma.

Hipótesis.- Comprobar que existe un cambio en la calidad de vida posterior a cirugía anorrectal por patología benigna no sólo en el aspecto médico sino que le permite mejorar en múltiples dimensiones como lo físico, emocional, laboral y salud mental para alcanzar un mejor estilo de vida.

Objetivo.- Investigar en una manera prospectiva los cambios en la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Diseño y duración: Estudio prospectivo y analítico en pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, en el período comprendido de enero a marzo de 2008. Se aplicó valoración del índice de salud SF-36 pre-operatorio, a las 8 y 12 semanas posterior a la cirugía.

Materiales y Métodos.- Se incluyó en el estudio a todos los pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en el período ya mencionado. Se aplicó la valoración del índice de salud SF-36, versión 2.0 con 36 Items que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental preoperatorio a las 8 y 12 semanas posoperatorias.

Análisis de resultados.- Se utilizaron tablas de puntuación para cada dimensión y gráficos para representar los resultados.

IV. INTRODUCCIÓN:

1.- Calidad de vida

El término calidad de vida pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente^{5,6,7}.

La definición de la OMS indica que calidad de vida es la “percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”^{5,7}.

Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido. Se consideró como salud y buena calidad de vida a la “ausencia de enfermedad o defecto y 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”^{5,7}.

2.- Importancia de la calidad de vida

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la

elaboración e implementación de medidas tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos 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^{5,6}.

A pesar del uso de estas medidas epidemiológicas de morbimortalidad, a partir de los años ochenta surgen los índices de calidad de vida y su mayor desarrollo fue en los años noventa y su estudio constituye un terreno donde diversas ciencias aportan sus enfoques y permiten un abordaje de forma multidimensional. Estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas^{5,6,7}.

En la actualidad, estos índices permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidados del paciente. Asimismo, representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión hospitalaria. Además, estos índices caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida^{5,6,7}.

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

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

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (modos de vida, trabajo, servicios sociales). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población, por tanto, caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad^{5,6}.

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías y en el ámbito poblacional a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud^{5,6}.

3.- Tipos de instrumentos para medir la calidad de vida

Los instrumentos de medida de la calidad de vida se clasifican en genéricos e inespecíficos. Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, para predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo,

que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Se subdividen en tres grupos: las medidas de Item único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia⁶.

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la calidad de vida de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas con las que los clínicos evalúan el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson, síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes con diálisis, epilépticos, con insuficiencia respiratoria, ancianos y otros⁶.

Dentro del grupo de los instrumentos de valoración de calidad de vida de tipo específico vale la pena describir el índice de vida Spitzer. Este instrumento simple, corto y de administración fácil incluye diferentes dimensiones relacionadas con la calidad de vida y permite discriminar los cambios entre grupos de pacientes. Consta de 5 componentes, con tres alternativas de respuesta cada uno, las dimensiones que evalúa son: actividad física, autonomía, salud percibida, apoyo social y familiar y, por último, control y aceptación de las propias limitaciones y perspectivas de futuro.

Con relación a los instrumentos genéricos, los más utilizados son Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile y SF-36, los cuales aportan información descriptiva, predictiva y evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación, que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar la sumarización global, se caracteriza el perfil de salud global del sujeto⁶.

El perfil de salud de Nottingham es un cuestionario que consta de dos partes. La primera tiene 38 Items, correspondientes a seis dimensiones: energía (3 Items), dolor (8 Items), movilidad física (8 Items), reacciones emocionales (9 Items), sueño (5 Items) y aislamiento social (5 Items).

La segunda parte consiste en 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en 7 opciones de respuesta si o no. Con respecto a la puntuación, la primera parte del cuestionario se puntúa en cada una de sus dimensiones de 0 a 100. Se obtiene la puntuación de cero cuando se contesta negativamente a todos los Items y la puntuación de 100 cuando se contesta positivamente todos los Items de una dimensión^{5,6,7}.

Las puntuaciones intermedias en una dimensión se obtienen dividiendo el número de respuestas positivas en una dimensión por el total de Items en esa dimensión y multiplicándolo por 100. La segunda parte del cuestionario se analiza como variables categóricas.

En Europa se han realizado numerosos estudios que han aplicado estos instrumentos en ensayos clínicos a fin de evaluar la variable de resultado

“calidad de vida”, esto permite evaluar de forma cuantitativa los beneficios marginales de un tratamiento, que a su vez pueden servir de plataforma para medir costo-efectividad de las intervenciones en salud que permiten valorar y relacionar los recursos sanitarios.

El cuestionario de salud SF-36 fue utilizado en el estudio de los resultados médicos, que permitió establecer un perfil con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. Para ajustar este instrumento, colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment. Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y retroactivo con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Luego se realizaron estudios pilotos en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase, se realizaron estudios para identificar la validez, fiabilidad y ajustar al estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia⁶.

4.- La utilidad de estos cuestionarios en la investigación

Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc. sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud. Por tanto, la cuantificación de calidad de

vida es una compleja medida sobre la satisfacción de bienestar físico, mental y social; concepto que aglutina las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente. En el fondo, la calidad de vida intenta caracterizar y reflejar un balance entre lo bueno y lo malo en la vida en relación con la salud, y el término refleja los sentimientos de bienestar del sujeto relacionados con su percepción individual y con sus objetivos en la vida^{5,6}.

Tal vez aún no hemos logrado asimilar que la medición de salud va más allá de los usuales indicadores de morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y los años de vida potencialmente perdidos. Pero la definición de salud en nuestro tiempo adopta nuevos elementos, los cuales dentro de su estimación incorporan otros sectores. Se reconoce que la salud es el resultante de la interacción de múltiples factores: sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales^{5,6}.

Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y donde cobra más importancia es en aquellas patologías de carácter crónico, por ello se han desarrollado diferentes cuestionarios en los que el objetivo es la medida de “la salud percibida” por el paciente y cuya utilidad dependerá de su fiabilidad y validez, así como de las posibilidades de interpretación de los resultados desde la óptica clínica, psicológica y social^{5,6}.

El término “calidad de vida” pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología,

desde el punto de vista del propio paciente. Esa valoración habrá de ser multidimensional y acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social.

En medicina hay un interés creciente por los estudios de calidad de vida, tanto en enfermedades orgánicas, para completar la validación de los cambios morfológicos, analíticos, etc., sobretodo, para valorar de forma más precisa las características de las enfermedades funcionales y la comparación de los tratamientos. En cirugía se utilizan para evaluar de forma objetiva las sensaciones de los pacientes tras las técnicas quirúrgicas, para reconocer su bondad y también en estudios comparativos de dos o más técnicas posibles en un proceso patológico^{5,6,7}.

En resumen, los estudios de calidad de vida intentan reflejar el impacto de la enfermedad sobre el paciente y su sensación sobre el estado general de salud.

5.- Cuestionario de salud SF-36 español

Es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute New England Medical Center, de Boston Massachussets, a principios de los años 90's del siglo pasado, para su uso en el estudio de los resultados médicos. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general.

Ha sido útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población general y en subgrupos específicos, para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida⁷.

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (Items) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. El cuestionario cubre 8 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 tratamiento⁷.

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

Este Item no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36⁷.

6.- Interpretación SF-36

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud⁷.

La Tabla 1 contiene el número de Items incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas⁷.

Para el cálculo de las puntuaciones después de la administración del cuestionario hay que realizar los siguientes pasos:

- a. Homogeneización de la dirección de las respuestas con el fin que todos los Items sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejoramiento de salud”.
- b. Cálculo del sumatorio de los Items que componen la escala.
- c. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (transformadas).

Así pues, para cada dimensión los Items son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud) dependiendo del número de Items para cada dimensión⁷.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existe un cambio positivo posterior a la cirugía en la calidad de vida de pacientes quienes padecieron de patología anorrectal que les permita alcanzar un estado óptimo no sólo en el aspecto médico, sino también en lo físico, emocional, laboral y mental similar al que tenían previo a padecer la patología y lograr recuperar una calidad de vida aceptable?.

VI. JUSTIFICACIÓN:

Los síntomas anorrectales son muy comunes; constituyen la razón primaria de más de 1000 visitas al médico por 100,000 habitantes anualmente.

Las enfermedades más comunes que se presentan en las regiones del ano y recto enfermedad hemorroidaria, trombosis hemorroidaria, absceso anal, fístula anal, fisuras anal, incontinencia fecal y condiloma anal acuminado².

Los pacientes refieren molestias localizadas en el ano como dolor anal, sensación de cuerpo extraño anal o masas en región perianal, prurito anal, ardor al evacuar o hemorragia posterior a la defecación y otras molestias no fácilmente localizadas como hemorragia indolora, secreción mucosa, purulenta, hemorrágica o seropurulenta.

Muchas veces un paciente con patología anorrectal se ve obligado a realizar modificaciones en diferentes situaciones, como reducir tiempo para actividades físicas, actividades sociales y laborales, lo que puede exacerbarse al caminar, permanecer sentado por mucho tiempo o al hacer esfuerzos; además del miedo a presentar esta sintomatología o la incomodidad constante de prurito anal o la preocupación por la hemorragia o la salida de secreción anal o rectal constante que puede provocar dermatitis perianal que puede llevar a alteración en el estado emocional y psicológico del paciente, lo que modifica su estado de salud física y mental.

La calidad de vida y la necesidad de aplicación de esta práctica clínica se ha convertido en un importante problema en todas las disciplinas médicas. La “salud percibida” por el paciente ha tomado importancia en el campo médico para el manejo de pacientes quirúrgicos integrando aspectos funcionales y psicológicos.^{2,6}

El médico cirujanos del pacientes con enfermedad anorrectal, reconocen que el estado de bienestar de estos pacientes a menudo está comprometido, que es más obvio en pacientes con incontinencia fecal y puede ser para desordenes comunes como hemorroides o fístula anal. Pacientes a menudo presentan un complejo de síntomas que interfieren con su vida diaria.²

No existe un estudio para evaluar calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía anorrectal en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México que permita ampliar el pensamiento médico-científico y valorar aspectos de la enfermedad y su tratamiento que no son estrictamente clínicos sino que incluye áreas del status funcional, psicológico y el grado de bienestar posterior a cirugía que permite evaluar el tiempo necesario para que el paciente recupere el bienestar físico, emocional y laboral, así como evaluar qué patologías interfieren con mayor frecuencia en la vida diaria de los pacientes que las padecen.

VII. HIPÓTESIS:

Existe un cambio en la calidad de vida posterior a cirugía anorrectal en pacientes que padecen patología anorrectal benigna que les permite alcanzar un estado de bienestar físico, emocional y laboral a corto plazo, similar al que presentaban previo al padecimiento de la enfermedad, con una salud mental y un estilo de vida aceptable.

VIII. OBJETIVOS:

Objetivo General:

1. Investigar en forma prospectiva los cambios en la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

Objetivos Específicos:

1. Determinar qué patologías anorrectales causan mayor limitación en la calidad de vida.
2. Determinar el tiempo necesario para lograr una calidad de vida aceptable posterior a cirugía anorrectal.
3. Determinar qué escalas o dimensiones de calidad de vida se ven principalmente afectadas por patología anorrectal.
4. Comparar puntuaciones de referencia de la población normal con pacientes sometidos a cirugía anorrectal.
5. Determinar que escalas o dimensiones de calidad de vida se recuperan más tempranamente posterior a cirugía anorrectal.

6. Determinar que escalas o dimensiones de calidad de vida se recuperan más tardíamente posterior a cirugía anorrectal.

7. Determinar el grado de afectación de calidad de vida en pacientes con patología anorrectal.

IX. MATERIALES Y MÉTODOS:

Tipo de Estudio

Estudio prospectivo y analítico en pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México y se les aplicó cuestionario de valoración del índice de salud SF-36 versión 2.0 con 36 Items que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental pre-operatorio, a las 8 y 12 semanas posterior a cirugía. Lo que permite evaluar mediante gráficas el grado de bienestar físico, mental y social y qué tanto se ven limitadas estas y otras dimensiones al padecer una patología anorrectal y el cambio en la calidad de vida posterior a cirugía que le permita mejorar en el campo físico, mental, laboral y social desde la percepción del mismo paciente; además, evaluar qué patologías provocan mayor alteración en la calidad de vida y probablemente el tiempo necesario para alcanzar una calidad de vida aceptable.

Población de Estudio

Todos los pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna ya sea con internamiento o en forma ambulatoria en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en el período comprendido de enero a marzo de 2008.

1. Universo

Todos los pacientes sometidos a cirugía anorrectal por patología benigna en el período comprendido de enero a marzo de 2008.

2. Muestra

La muestra del estudio está conformada por 52 pacientes con patología anorrectal benigna sometidos a cirugía anorrectal en forma ambulatoria o con internamiento por la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México en el período comprendido de enero a marzo de 2008.

Criterios de Inclusión:

Paciente con patología anorrectal benigna y que se sometieron a cirugía anorrectal en forma ambulatoria o con internamiento, atendidos por el personal médico de la Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, que aceptaron colaborar en forma voluntaria y asistieron a sus controles posquirúrgico.

Criterios de Exclusión:

Paciente con patología anorrectal benigna pero que no se somete a cirugía anorrectal, paciente con patología anorrectal no benigna, paciente con patología anorrectal operado por otro Servicio u otro Hospital.

Criterio de Eliminación:

Pacientes con criterios de inclusión pero que no tienen número telefónico y no asisten a control posquirúrgico para completar el cuestionario de este estudio.

Pacientes con incapacidad para brindar información o completar cuestionarios por sí mismos.

3. Unidad de Análisis

Se utilizó cuestionario de salud SF-36 versión 2.0 con 36 Items que evalúa 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental preoperatoria y en controles post-quirúrgicos. Además se registró el tipo de patología que padecía y la cirugía realizada.

4. Fuente de Información

La fuente de información fueron los mismos pacientes sometidos a cirugía anorrectal en controles posteriores a cirugía o citándolos por medio de llamadas telefónicas para contestar cuestionarios de salud.

X. PLAN DE ANÁLISIS:

1. Recolección y registro de datos

Toda la información se obtuvo en forma directa de pacientes mediante entrevistas en controles posteriores a cirugía anorrectal o por medio de citas y llamadas telefónicas para contestar cuestionario de salud SF-36 versión 2.0 con 36 Items que evalúa 8 dimensiones: función social, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario fue llenado por el paciente un día previo a procedimiento quirúrgico y el mismo cuestionario a las 8 y 12 semanas posterior a cirugía. Además se registró el tipo de patología anorrectal y la cirugía realizada. En el estudio se incluyeron pacientes sometidos a cirugía ambulatoria o con internamiento en el período ya mencionado.

Se recolectaron 76 formularios llenados por pacientes en forma preoperatoria; 24 no cumplieron los criterios de inclusión. De los 52 pacientes que cumplían con criterios de inclusión, la información fue vertida a una tablas de recolección de datos para la presentación y análisis de resultados.

2. Procesamiento y análisis de los datos

Se utilizaron tablas de puntuación para las diferentes patologías basadas en el cuestionario SF-36 versión 2.0 que cuente con 36 Items distribuidos de la siguiente manera para evaluar 8 escalas: función física, (10 Items), rol físico (4 Items), dolor corporal (2 Items), salud general (5 Items),

Vitalidad (4 Items), función social (2 Items), rol emocional (3 Items), salud mental (5 Items).

Fácil y rápido de responder (entre 10 y 15 minutos).

Las puntuaciones se obtienen por cada área o dimensión reflejadas en una escala que tiene un recorrido de 0 (ningún problema) a 100 (todos los problemas). Cada Items tiene 5 respuestas; la que representa mayor problema tiene valor de 0 y la que representa ningún problema tiene valor de 4, por lo que el resultado para cada área o dimensión se puede representar de 2 maneras: una es por la sumatoria de puntos directamente y la otra es sacando un porcentaje con base a esta sumatoria entre 0 y 100 para cada área o dimensión. Se utilizan gráficos por patología para realizar análisis comparativo con respecto a calidad de vida de paciente con patología anorrectal benigna previo a cirugía y a las 8 y 12 semanas posterior a cirugía.

3. Consideraciones éticas

En la elaboración de este trabajo se ejerció en provecho propio y de la sociedad, asimismo se respetó la información tomada de los pacientes con dignidad y la moralidad.

Toda la investigación clínica obtenida se realizó teniendo en cuenta las guías de la buena práctica clínica, del manejo de la información consignada en la historia clínica del paciente y de los procedimientos clínicos realizados a cada individuo.

Igualmente se solicitó permiso a cada paciente para obtener esta información.

XI. RESULTADOS:

Por ser un estudio prospectivo es insuficiente por lo que no se le puede dar valor estadístico a estos resultados, pero este estudio permitirá continuar la recolección de datos para ampliar el número de la muestra y dar un seguimiento a largo plazo para lograr una mejor evaluación de la calidad de vida posterior a cirugía anorrectal. Sin embargo, estos resultados permitirán conocer la perspectiva de cada paciente acerca de su patología y de que modo se ve afectada su actividad física, laboral, social y su salud mental, interfiriendo en su calidad de vida, lo que altera su bienestar económico, físico y emocional, con ello evaluar si existe un cambio positivo posterior a la cirugía por patología anorrectal que le permita recuperar el bienestar de estas actividades y evaluar qué áreas se ven mayormente afectadas y cuáles pueden recuperarse a más corto plazo.

Se inicia presentando la distribución de pacientes por enfermedades (Gráfica 1), lo que nos permitirá evaluar la variedad de patologías a la que se ve expuesto el paciente, además se presenta la distribución por edad (Gráfica 2) y género (Gráfica 3), para conocer el grupo más afectado por patología anorrectal benigna.

Se presentan tablas y gráficos por patología para comparar las diferentes escalas de calidad de vida para evaluar qué patologías provocan mayor alteración y qué escalas se ven más afectadas en cada enfermedad.

Finalmente se presentan tablas y gráficos para cada escala de calidad de vida comparando las diferentes patologías.

Se tomaron 52 pacientes con patología anorrectal benigna que se sometieron a cirugía anorrectal en período comprendido de enero a marzo de 2008.

El 25% (n=13) de los pacientes padecían de fístula anal, el 19.23% (n=10), fisura anal; el 15.38% (n=8), enfermedad hemorroidaria; el 13.46% (n=7), condiloma anal acuminado; el 11.53% (n=6), absceso anal; el 7.69% (n=4), trombosis hemorroidaria; el 3.84% (n=2), enfermedad pilonidal y el 3.84% (n=2), con incontinencia anal (Gráfica 1 y Tabla 3).

DISTRIBUCION DE PACIENTES

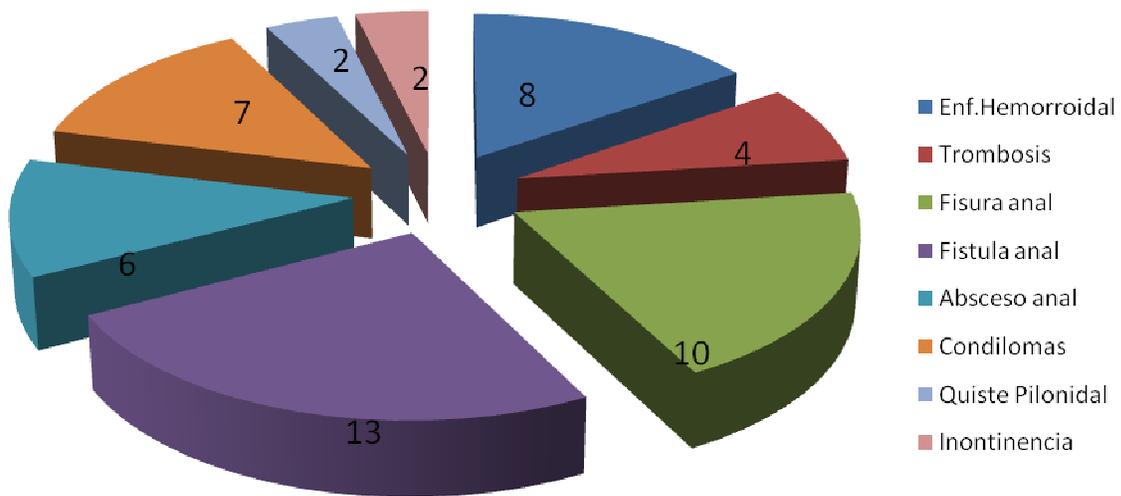


Gráfico 1.- Distribución de pacientes por patología anorrectal.

ENFERMEDAD	PACIENTES
Enf. Hemorroidaria	8
Trombosis	4
Fisura anal	10
Fístula anal	13
Absceso anal	6
Condilomas	7
Quiste pilonidal	2
Incontinencia	2

Tabla 3.- Distribución de pacientes por patología.

E D A D

El 36.53% (n=19) de los pacientes pertenecían al grupo de edad entre 40 a 60 años, siendo este grupo el más numeroso; el 30.76% (n=16) al grupo de edad entre 21-40 años, el 17.3% (n=9), menores de 20 años y 15.38% (n=8) a mayores de 60 años (Gráfico 2 y tabla 4).

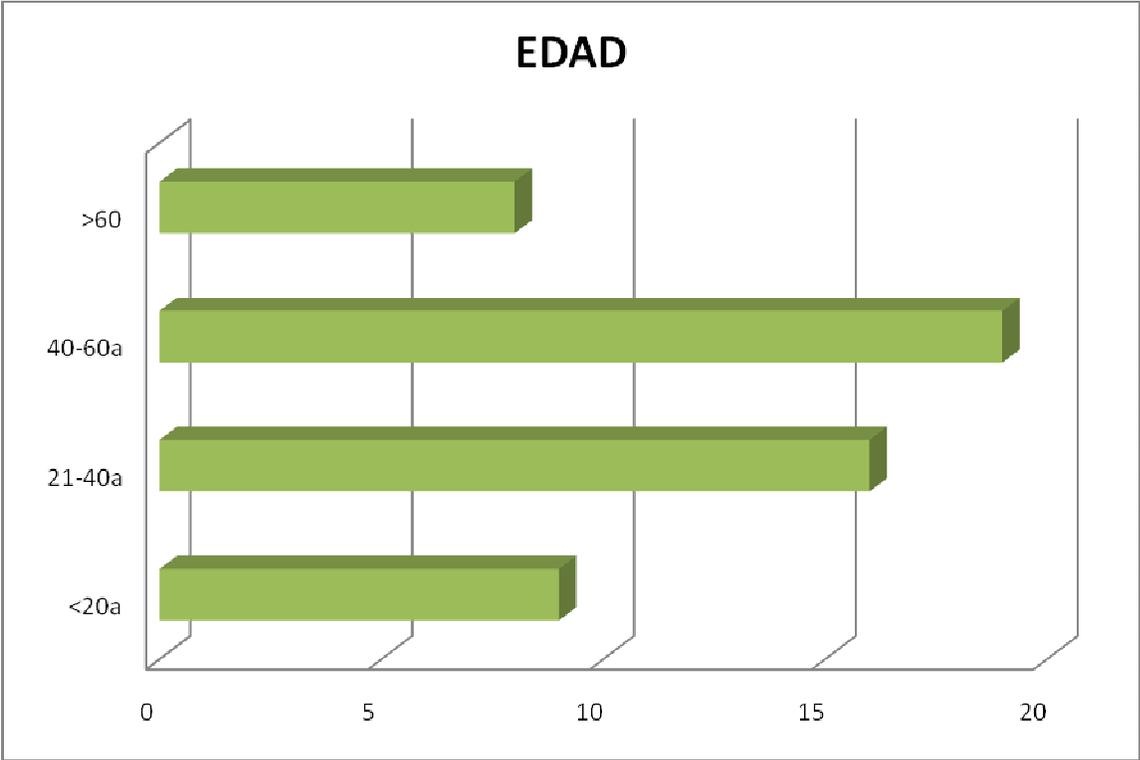


Gráfico 2.- Distribucion de pacientes por grupos de edad.

EDAD	# PACIENTES
<20a	9
21-40a	16
40-60a	19
>60	8

Tabla 4. Distribución de pacientes por grupos de edad

SEXO

El 55.76% (n=29) de los pacientes era masculino y el 44.23% (n=23) al sexo femenino (Gráfico 3 y Tabla 5).

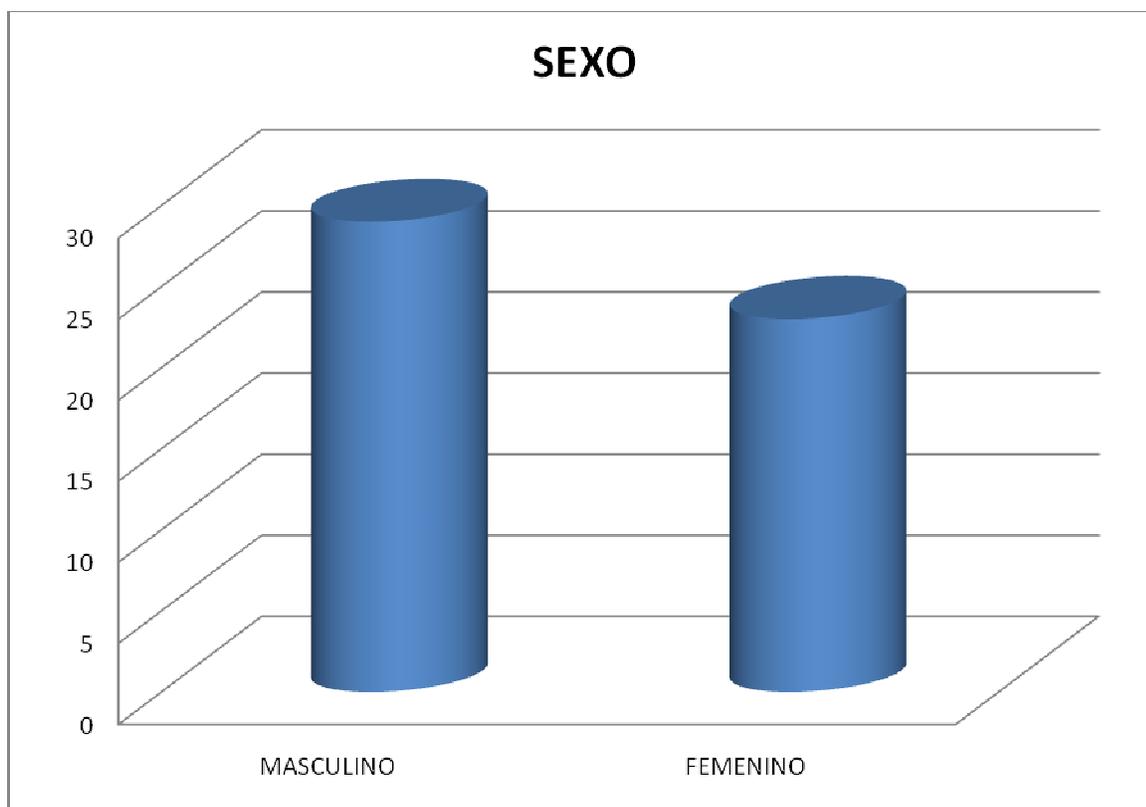


Gráfico 3.- Distribución de pacientes por género.

SEXO	# PACIENTES
MASCULINO	29
FEMENINO	23

Tabla 5.- Distribución de pacientes por género.

ENFERMEDAD HEMORROIDARIA

En pacientes con ausencia de patología anorrectal se esperaría un promedio entre 77.77% y 87.5% ($x=83.88\%$) de calidad de vida utilizando cuestionario de salud SF-36, considerando que 100% es el mejor estado de salud y 0 el peor estado de salud. Con respecto a esta patología el promedio en calidad de vida, previo a la cirugía, fue de $x=46.37\%$, el área más afectada es el rol físico, en 35%; el rol emocional, en 41.66% se encuentra cerca del promedio. El menos afectado fue dolor corporal, con 55.55%. Al evaluarlos a las 8 semanas posterior a cirugía el promedio en calidad de vida es de $x=64.51\%$ y a las 12 semanas es de $x=72.38\%$, siendo el área de vitalidad la que presenta el menor porcentaje 68.12% (Gráfico 4 y Tabla 6).

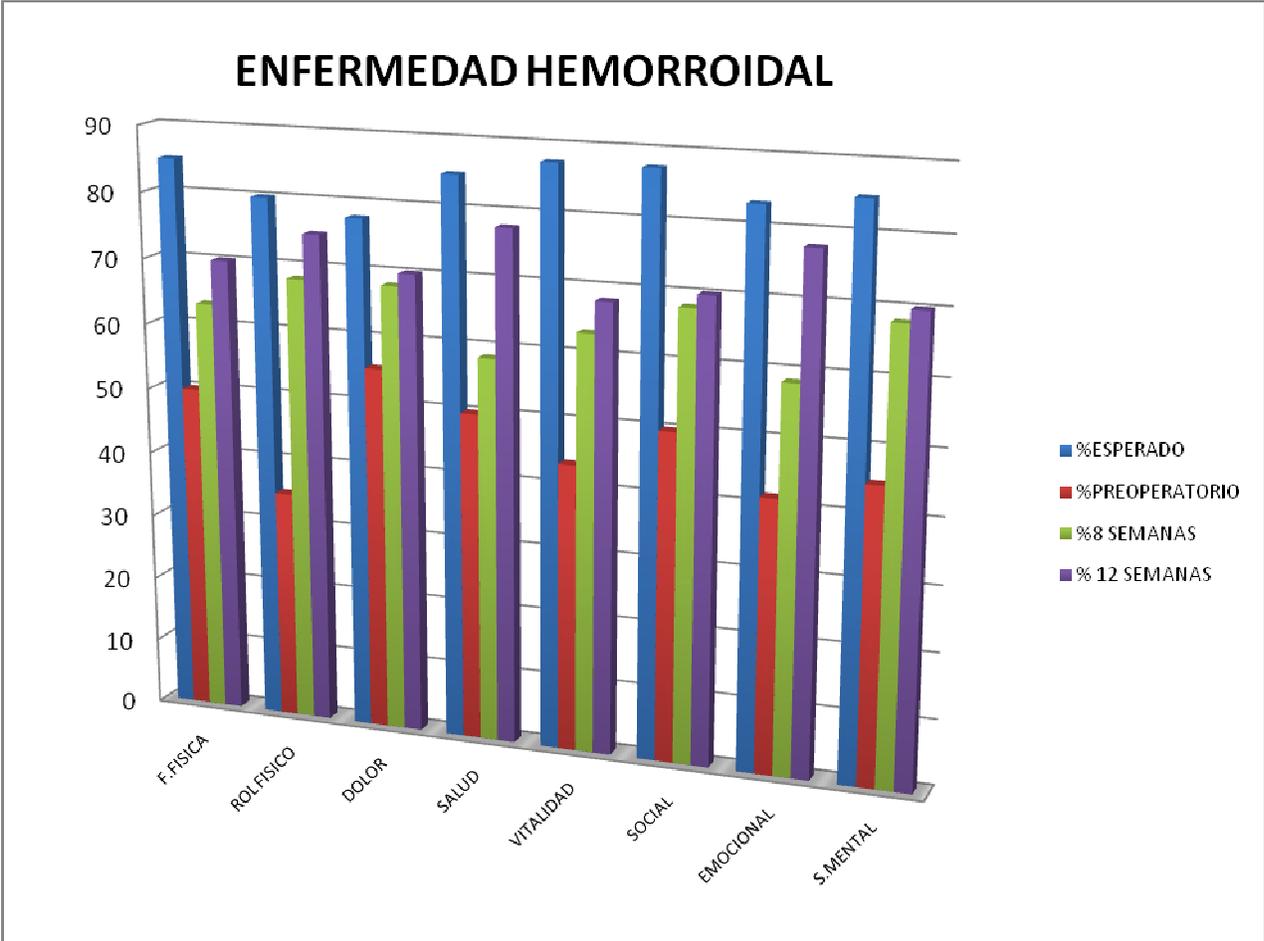


Gráfico 4.- Comparacion de porcentaje de calidad de vida esperado en un paciente sano contra porcentaje en padecimiento de enfermedad hemorroidaria y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8 SEMANAS	% 12 SEMANAS
F. FISICA	85	50	63.33	70.1
ROL FISICO	80	35	68.12	75
DOLOR	77.77	55.55	68.12	70.1
SALUD	85	50	58.5	77.77
VITALIDAD	87.5	43.75	63.33	68.12
SOCIAL	87.5	50	68.12	70.1
EMOCIONAL	83.33	41.66	58.5	77.77
S. MENTAL	85	45	68.12	70.1

TABLA 6. Comparacion en porcentaje de calidad de vida esperado en un paciente sano contra porcentaje en padecimiento de enfermedad hemorroidaria y posterior a procedimiento quirúrgico.

TROMBOSIS HEMORROIDARIA

El promedio de calidad de vida en ausencia de patología anorrectal es de $x=88\%$. Pero en el caso de la trombosis hemorroidaria, el promedio de calidad de vida previo a la cirugía es de 29.13% ; siendo las áreas más afectadas el dolor corporal con 22.22% ; rol físico, con 25% y la función social con 25% . Al evaluar a las 8 semanas posterior a hemorroidectomía se encontró un promedio en la calidad de vida de $x=48.31\%$ y a las 12 semanas $x=73.70\%$ con un porcentaje de 70.1% en rol físico y 75% en función social (Gráfico 5 y Tabla 7).

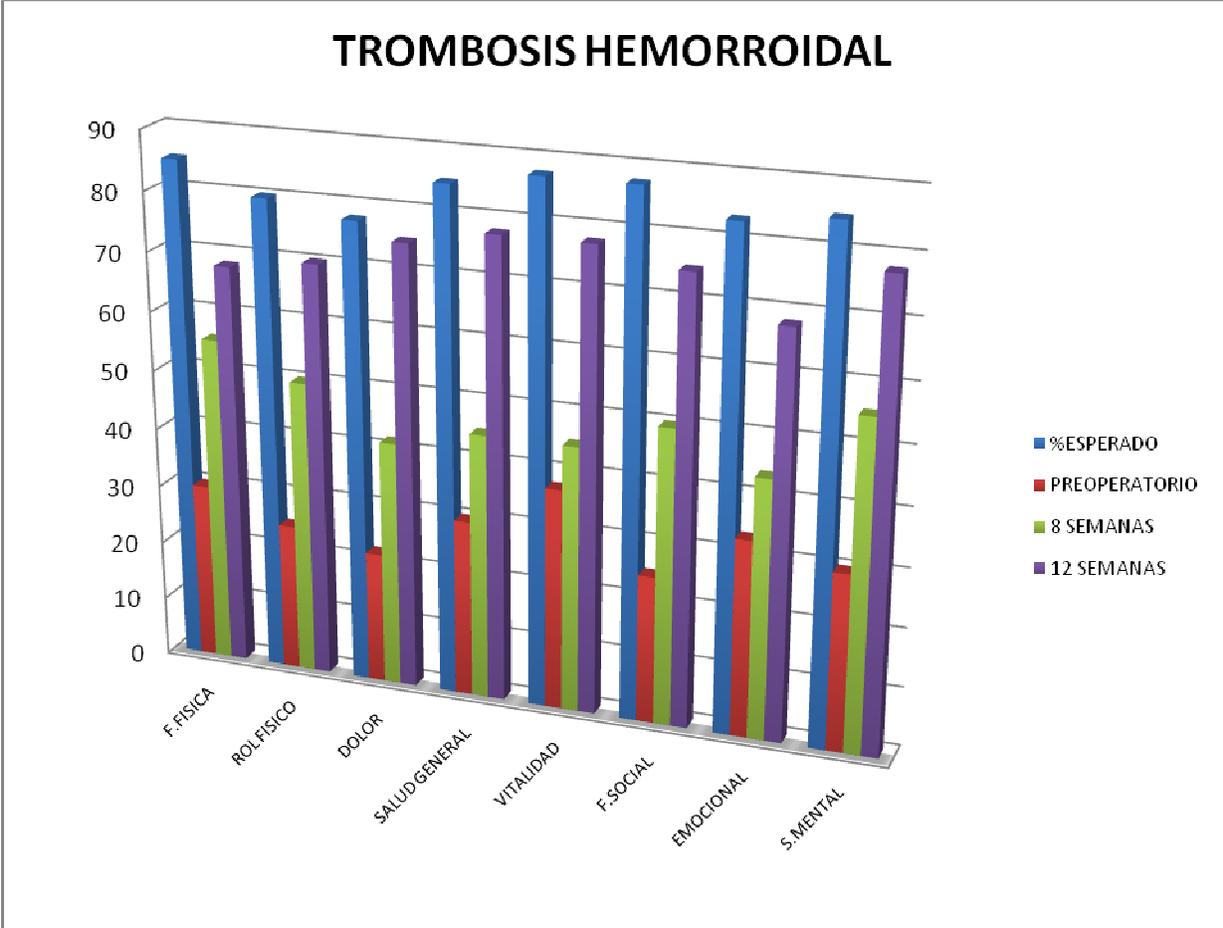


Gráfico 5.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en paciente sano contra porcentaje en padecimiento de trombosis hemorroidaria y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	PREOPERATORIO	8 SEMANAS	12 SEMANAS
F. FISICA	85	30	55.55	68.12
ROL FISICO	80	25	50	70.1
DOLOR	77.77	22.22	41.66	75
SALUD GENERAL	85	30	45	77.77
VITALIDAD	87.5	37.5	45	77.77
F. SOCIAL	87.5	25	50	75
EMOCIONAL	83.33	33.33	43.75	68.12
S. MENTAL	85	30	55.55	77.77

Tabla 7.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en paciente sano contra porcentaje en padecimiento de trombosis hemorroidaria y posterior a procedimiento quirúrgico.

FISURA ANAL

El promedio de calidad de vida preoperatorio en pacientes con fisura anal es $x=32.67\%$ con afectación principal en dolor corporal en el 22.22% ; rol físico, con 25% ; fuerza física y función social con 33.33% y la salud mental con 35% . En evaluación posterior a las 8 semanas el promedio de calidad de vida es de $x=46.52\%$ y a las 12 semanas el promedio es $x=68.5\%$ con un valor para dolor corporal de 68.12% : rol físico, de 70.1% y la salud mental, con 70.1% (Gráfico 6 y Tabla 8).

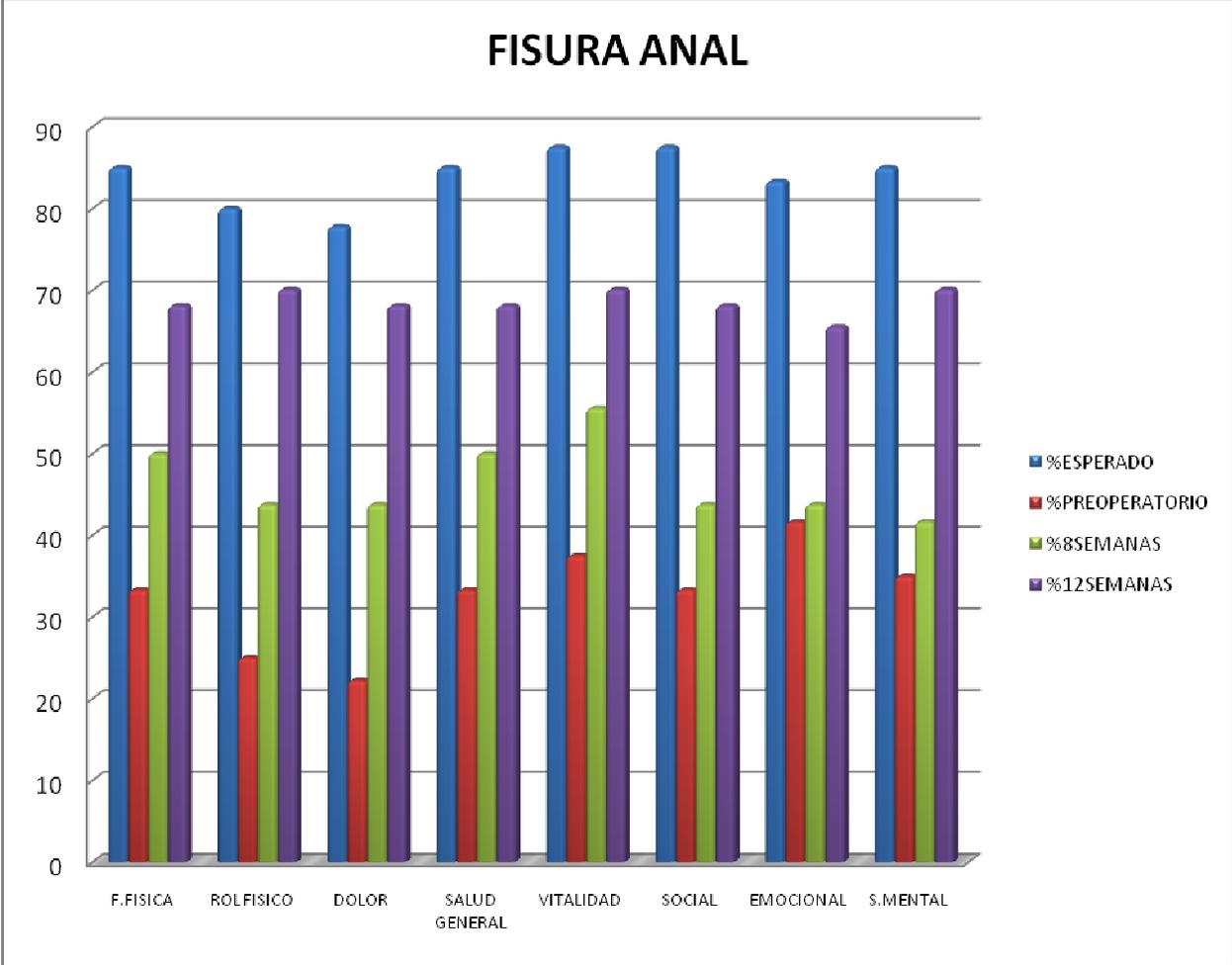


Gráfico 6.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en paciente sano contra porcentaje en padecimiento de fisura anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F. FÍSICA	85	33.33	50	68.12
ROL FISICO	80	25	43.75	70.1
DOLOR	77.77	22.22	43.75	68.12
SALUD GENERAL	85	33.33	50	68.12
VITALIDAD	87.5	37.5	55.55	70.1
SOCIAL	87.5	33.33	43.75	68.12
EMOCIONAL	83.33	41.66	43.75	65.5
S. MENTAL	85	35	41.66	70.1

Tabla 8.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en paciente sano contra porcentaje en padecimiento de fisura anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

FISTULA ANAL

El promedio de calidad de vida previo a cirugía en un paciente que padece fístula anal es de $x=44.2\%$, con mayor afectación en el área de salud mental, con 40% y rol emocional, con 41.66% . El promedio de calidad de vida a las 8 semanas posterior a cirugía es de $x=63.32\%$ y a las 12 semanas de $x=73.16\%$ con valor para salud mental de 75% y rol emocional de 75% (Gráfico 7 y Tabla 9).

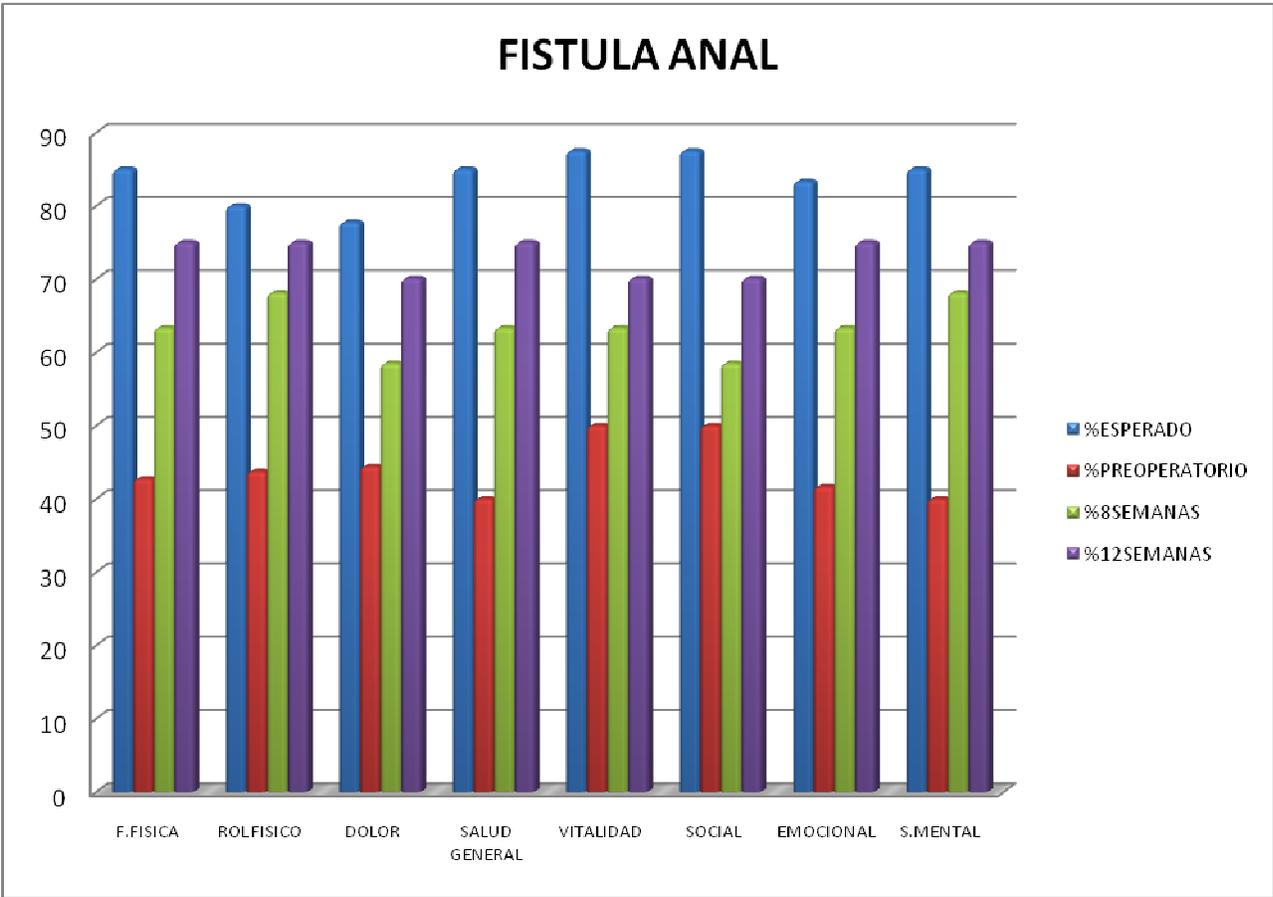


Gráfico 7.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de fístula anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F. FISICA	85	42.75	63.33	75
ROL FISICO	80	43.75	68.12	75
DOLOR	77.77	44.44	58.5	70.1
SALUD GENERAL	85	40	63.33	75
VITALIDAD	87.5	50	63.33	70.1
SOCIAL	87.5	50	58.5	70.1
EMOCIONAL	83.33	41.66	63.33	75
S. MENTAL	85	40	68.12	75

Gráfico 7.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de fístula anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ABSCESO ANAL

El promedio de calidad de vida en pacientes previo a cirugía que padecen de absceso anal es de $x=29.13\%$, con principal afectación de áreas en dolor corporal con 22.22% ; función social, con 25% ; rol físico, con 25% ; salud mental, con 30% y rol emocional, con 33.33% . El promedio de calidad de vida a las 8 semanas es de $x=62.11\%$ y el promedio a las 12 semanas es de $x=69.97\%$ con valor para dolor corporal 70.1% ; función social, con 70.1% ; rol emocional, del 70.1% y salud mental, de 75% (Gráfico 8 y Tabla 10).

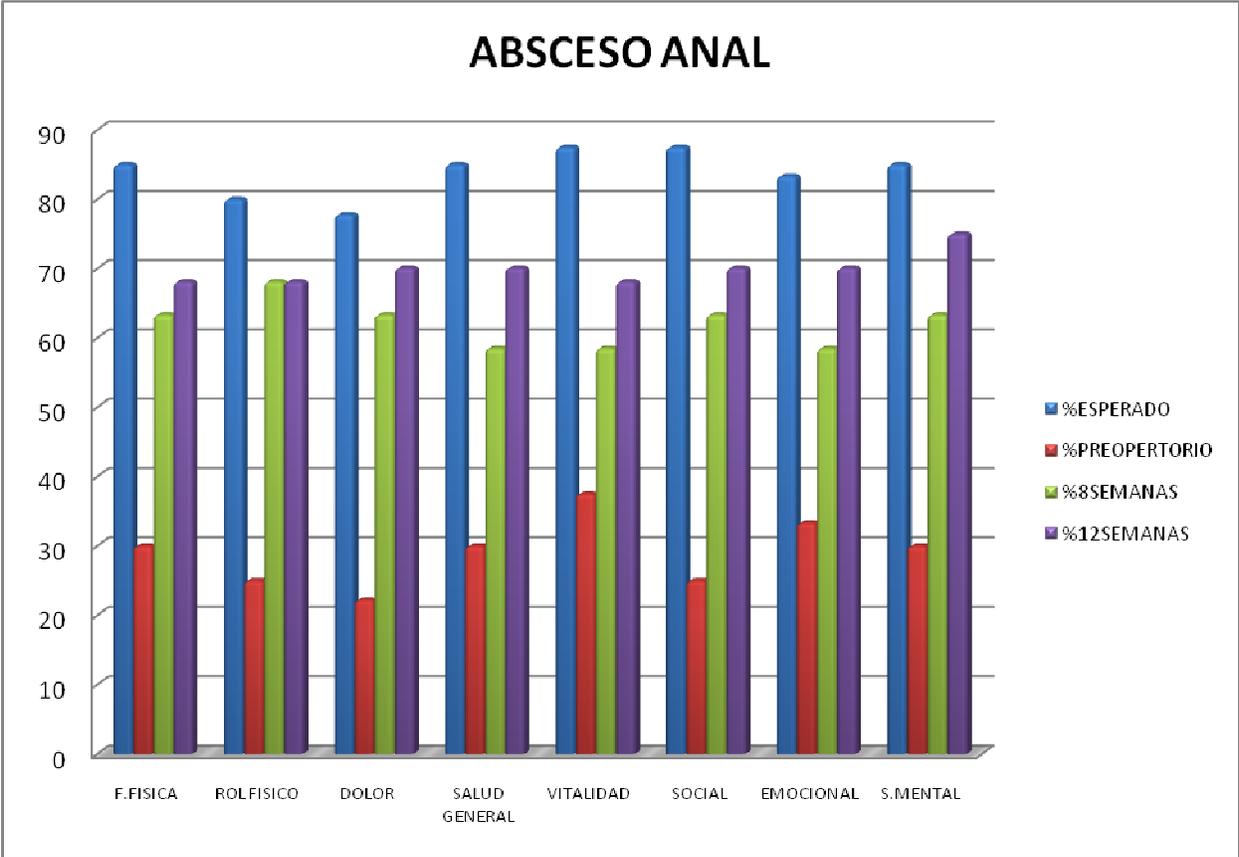


Gráfico 8.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de absceso anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERTORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F.FISICA	85	30	63.33	68.12
ROL FISICO	80	25	68.12	68.12
DOLOR	77.77	22.22	63.33	70.1
SALUD GENERAL	85	30	58.5	70.1
VITALIDAD	87.5	37.5	58.5	68.12
SOCIAL	87.5	25	63.33	70.1
EMOCIONAL	83.33	33.33	58.5	70.1
S.MENTAL	85	30	63.33	75

Tabla 10.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de absceso anal y posterior a procedimiento quirúrgico.

CONDILOMA ANAL ACUMINADO

El promedio de calidad de vida en pacientes que padecen condiloma anal acuminado previo a electrofulguración es de $x=40.63\%$, con principal afectación en el rol físico con 35%. En evaluación posterior a las 8 semanas con mismo cuestionario promedio de calidad de vida es de $x=66.57\%$ y a las 12 semanas el promedio de calidad de vida es de $x=73.5\%$ con valor para rol físico de 70.1% (Gráfica 9 y Tabla 11).

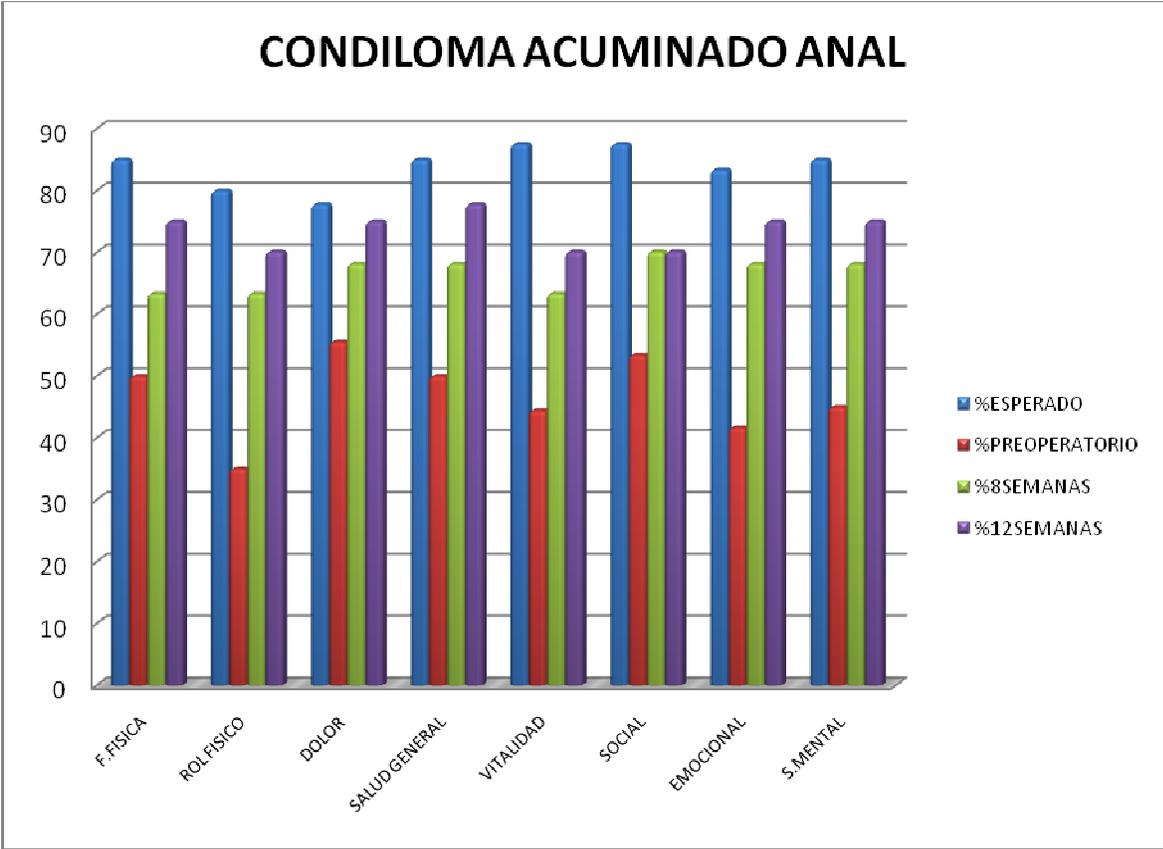


Gráfico 9.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de condiloma anal acuminado y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F. FÍSICA	85	50	63.33	75
ROL FISICO	80	35	63.33	70.1
DOLOR	77.77	55.55	68.12	75
SALUD GENERAL	85	50	68.12	77.77
VITALIDAD	87.5	44.44	63.33	70.1
SOCIAL	87.5	53.4	70.1	70.1
EMOCIONAL	83.33	41.66	68.12	75
S. MENTAL	85	45	68.12	75

Tabla 11.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de condiloma amal acuminado y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD PILONIDAL

El promedio de calidad de vida en pacientes que padecen enfermedad pilonidal previo a cirugía es de $x=83.88\%$, con principal afectación en el área de fuerza física con 43.75% y rol emocional con 44.44% . El promedio de calidad de vida a las 8 semanas es $x=62\%$ y a las 12 semanas es $x=72\%$ con valor para fuerza física 70.1% y rol emocional de 75% (Gráfico 10 y Tabla 12).

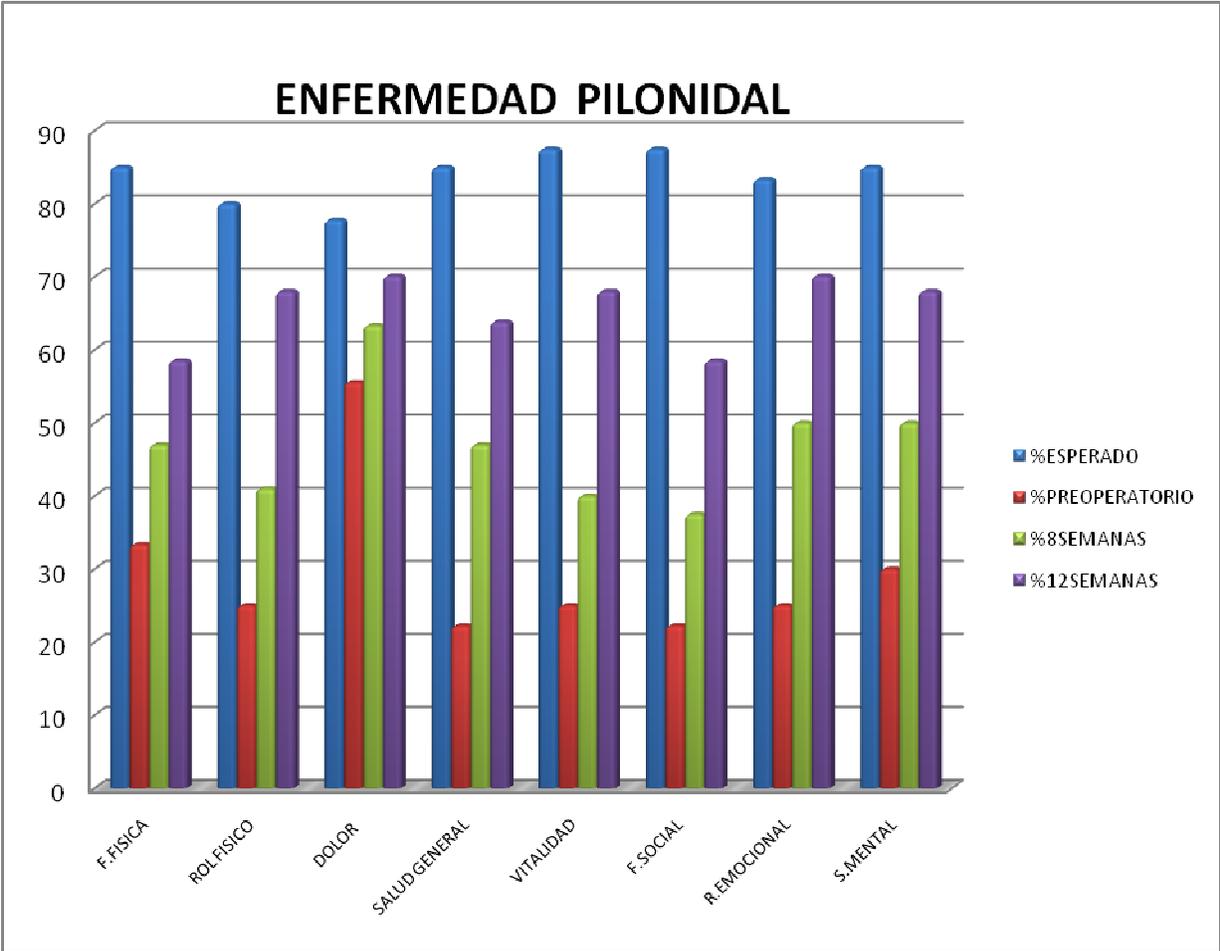


Gráfico 10.- Cmparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de enfermedad pilonidal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F. FISICA	85	33.33	47	58.5
ROL FISICO	80	25	41	68
DOLOR	77.77	55.55	63.33	70.1
SALUD GENERAL	85	22.22	47	63.83
VITALIDAD	87.5	25	40	68
F. SOCIAL	87.5	22.22	37.5	58.5
R. EMOCIONAL	83.33	25	50	70.1
S. MENTAL	85	30	50	68

Tabla 12.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de enfermedad pilonidal y posterior a procedimiento quirúrgico.

INCONTINENCIA FECAL

El promedio de calidad de vida en pacientes que padecen incontinencia fecal previo a esfinteroplastia fue de $x=29.79\%$, con afectación principal en las áreas de función social con 22.22% ; el rol emocional, con 25% ; la vitalidad, con 25% y rol físico, con 25% .

El promedio de calidad de vida posterior a evaluación a las 8 semanas es de $x=46.79\%$ y el promedio a las 12 semanas $x=65.62\%$ con valor para función social del 58.5% ; rol emocional, con 70.1% ; la vitalidad, con 68% y el rol físico, con 68% (Gráfico 11 y Tabla 13).

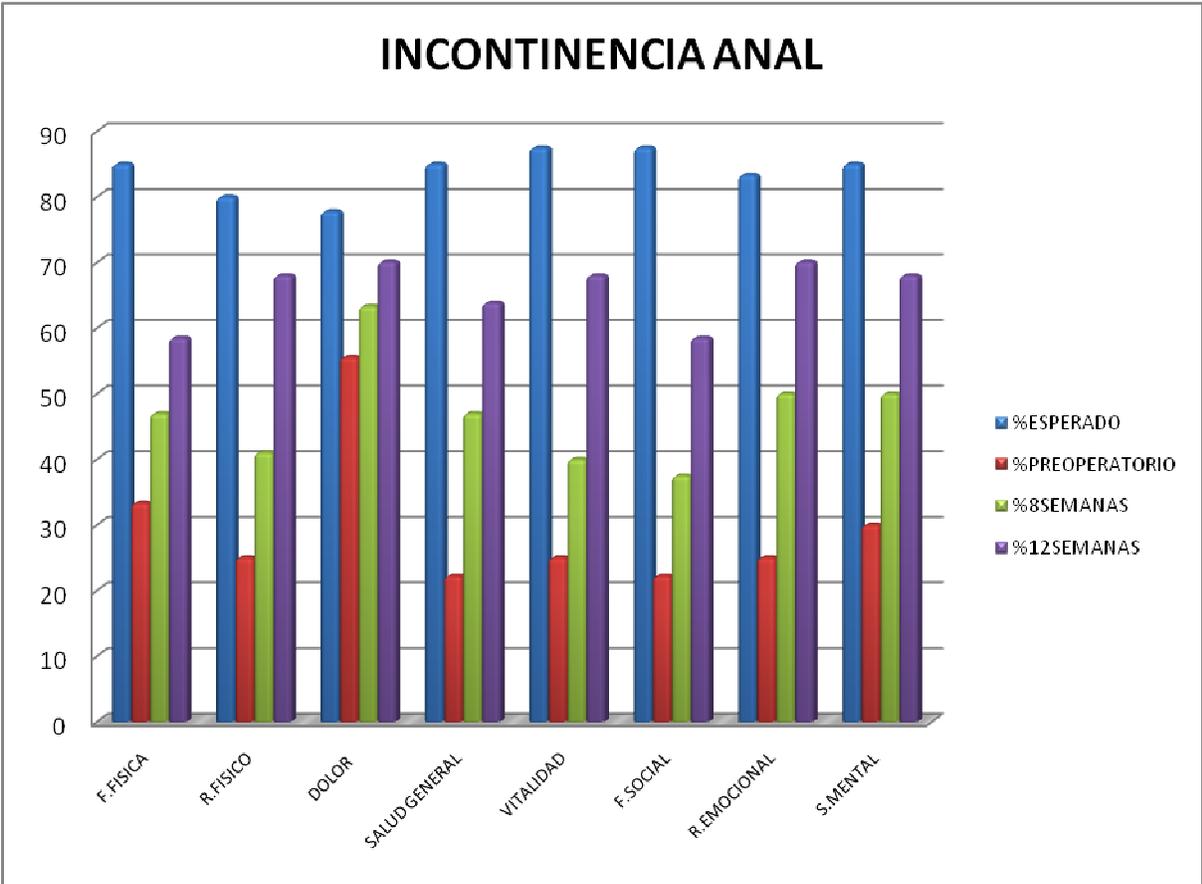


Gráfico 11.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de incontinencia fecal y posterior a procedimiento quirúrgico.

ESCALA	%ESPERADO	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
F. FISICA	85	33.33	47	58.5
R. FISICO	80	25	41	68
DOLOR	77.77	55.55	63.33	70.1
SALUD GENERAL	85	22.22	47	63.83
VITALIDAD	87.5	25	40	68
F. SOCIAL	87.5	22.22	37.5	58.5
R. EMOCIONAL	83.33	25	50	70.1
S. MENTAL	85	30	50	68

Tabla 13.- Comparación en porcentaje de calidad de vida esperado en pacientes sanos contra porcentaje en padecimiento de incontinencia fecal y posterior a procedimiento quirúrgico.

FUNCIÓN FÍSICA

Dentro de la calidad de vida el área de la función física tiene un promedio de $x=39.27\%$ previo a cirugía en enfermedad anorrectal, siendo la trombosis hemorroidaria el 30% de la patología que provoca mayor alteración en esta área junto con el absceso anal con 30%, seguido de la fisura anal con 33.33% y la incontinencia fecal con 33.33%. El promedio de función física a las 8 semanas es de $x=58.65\%$ y a las 12 semanas de $x=69.13\%$ con valor para la trombosis hemorroidaria 68.12%, para el absceso anal del 68.12%; la fisura anal, del 68.12% y la incontinencia fecal de 58.5% (Gráfico 12 y Tabla 14).

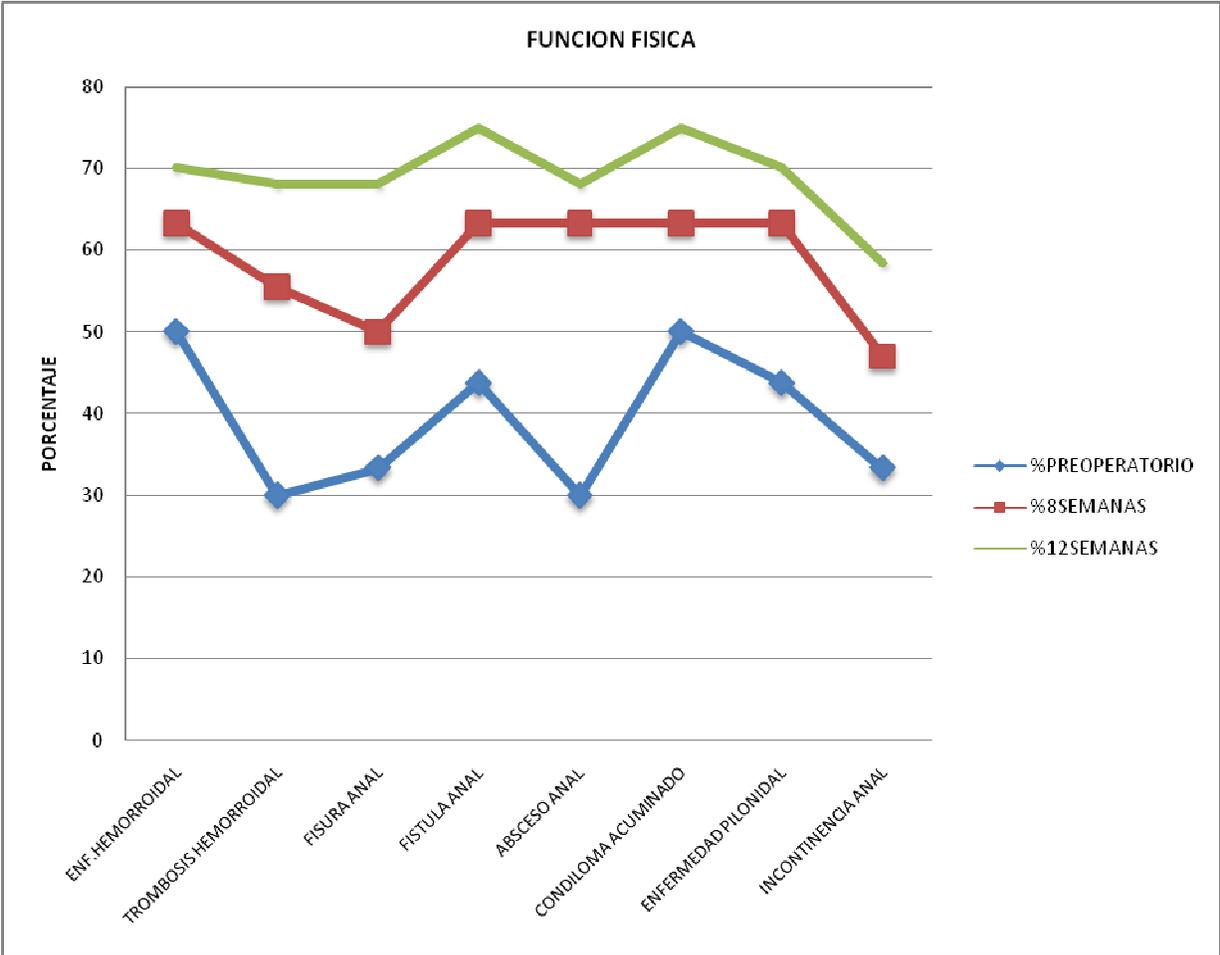


Gráfico 12.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala de función física por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	50	63.33	70.1
TROMBOSIS	30	55.55	68.12
FISURA	33.33	50	68.12
FISTULA	43.75	63.33	75
ABSCESO	30	63.33	68.12
CONDILOMAS	50	63.33	75
QUISTE PILONIDAL	43.75	63.33	70.1
INCONTINENCIA	33.33	47	58.5

Tabla 14.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala de función física por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ROL FÍSICO

Dentro de la calidad de vida el área de rol físico en pacientes con patología anorrectal benigna previo a cirugía presenta un promedio de $x=32.27$, con mayor afectación en la trombosis hemorroidaria con 25%; la fisura anal, con 25%; el absceso anal, con 25% y la incontinencia fecal, con 25%. La valoración a las 8 semanas tiene un promedio de $x=57.61\%$ y a las 12 semanas $x=70.56\%$ con un valor para la trombosis hemorroidaria de 70.1%; la fisura anal, del 70.1%; el absceso anal, del 68.12% y la incontinencia fecal, con 68% (Gráfico 13 y Tabla 15).

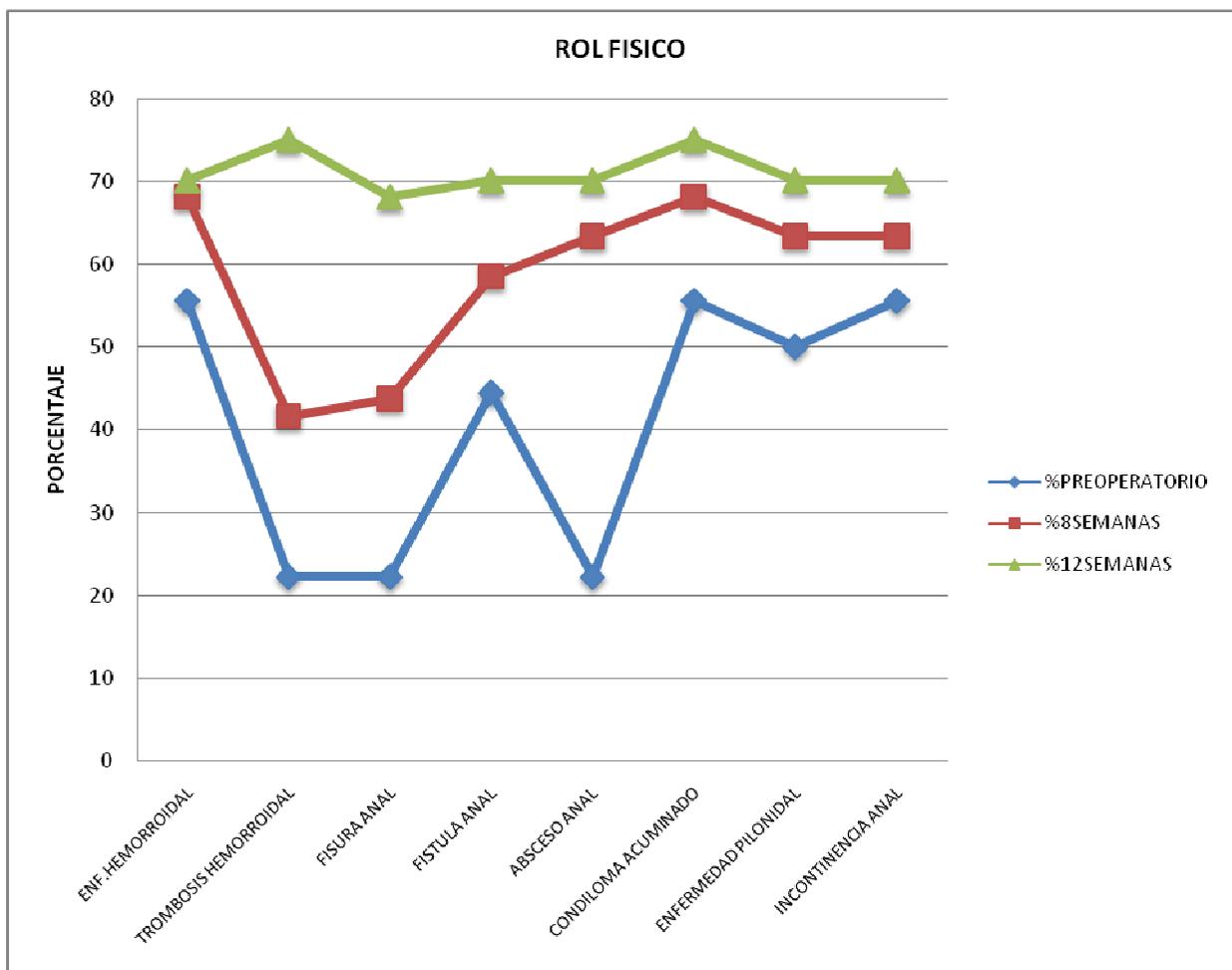


Gráfico 13.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala rol físico por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	55.55	68.12	70.1
TROMBOSIS	22.22	41.66	75
FISURA ANAL	22.22	43.75	68.12
FISTULA ANAL	44.44	58.5	70.1
ABSCESO ANAL	22.22	63.33	70.1
CONDILOMAS	55.55	68.12	75
QUISTE PILONIDAL	50	63.33	70.1
INCONTINENCIA	55.55	63.33	70.1

Tabla 15.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala rol físico por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico

DOLOR CORPORAL

En calidad de vida de paciente que padecen patología anorrectal benigna, el área de dolor corporal previo a cirugía presenta un promedio de $x=40.96\%$, presentando mayor alteración en la trombosis hemorroidaria, con el 22.22% ; la fisura anal, con 22.22% y el absceso anal, con 22.22% . En valoración a las 8 semanas posterior a cirugía presenta un promedio $x=58.76\%$ y a las 12 semanas $x=71\%$ con un valor para la trombosis hemorroidaria de 75% ; la fisura anal, con 68.12% y el absceso anal, con 70.1% (Gráfico 14 y Tabla 16).

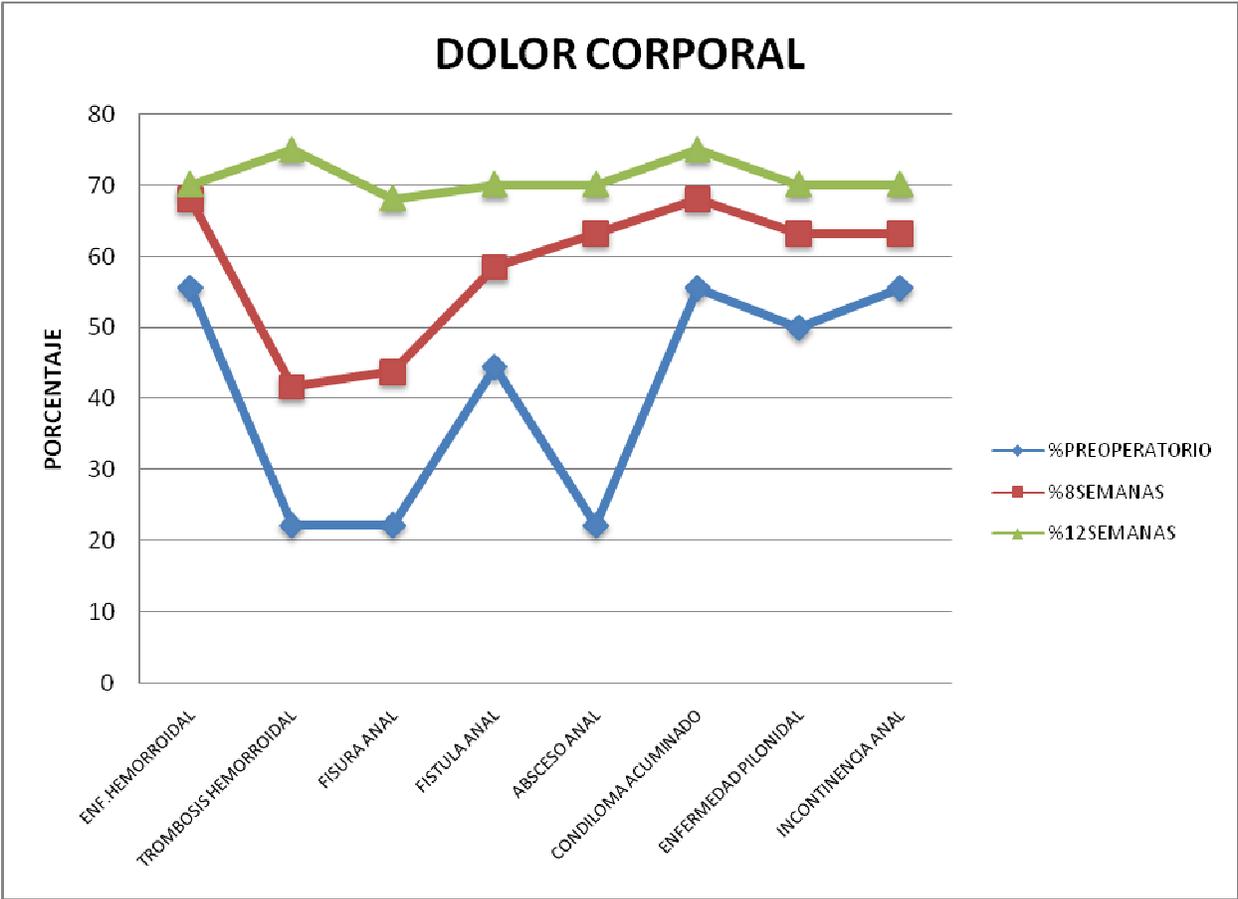


Gráfico 14.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala dolor corporal por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	55.55	68.12	70.1
TROMBOSIS	22.22	41.66	75
FISURA ANAL	22.22	43.75	68.12
FISTULA ANAL	44.44	58.5	70.1
ABSCESO ANAL	22.22	63.33	70.1
CONDILOMAS	55.55	68.12	75
QUISTE PILONIDAL	50	63.33	70.1
INCONTINENCIA	55.55	63.33	70.1

Tabla 16.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala dolor corporal por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

SALUD GENERAL

En la calidad de vida de pacientes que padecen patología anorrectal benigna, el área de salud general tiene un promedio de $x=41.94\%$ previo a cirugía, con mayor afectación en la incontinencia fecal con 22.22% ; el absceso anal, con 30% ; la trombosis hemorroidaria, con 30% y la fisura anal, 33.33% . En valoración a las 8 semanas el promedio de salud general es de $x=55\%$ y a las 12 semanas el promedio es de $x=73.51\%$ y en pacientes que padecieron trombosis hemorroidaria un valor de 77.77% ; la incontinencia fecal, con 63.83% ; el absceso anal, con 70.1% y la fisura anal, con 68.12% (Gráfico 15 y Tabla 17).

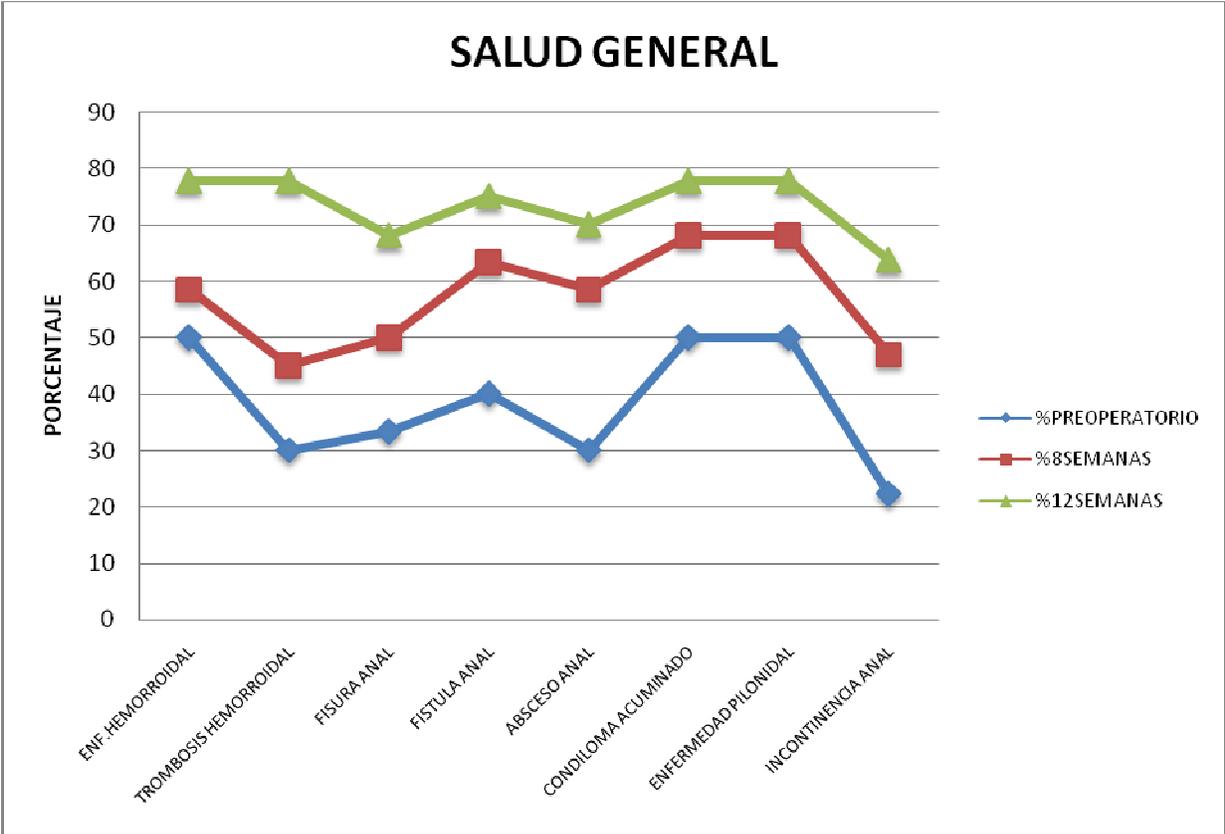


Gráfico 15.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala salud general por patología anorrectal antes y posterior al procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	50	58.5	77.77
TROMBOSIS	30	45	77.77
FISURA ANAL	33.33	50	68.12
FISTULA ANAL	40	63.33	75
ABSCESO ANAL	30	58.5	70.1
CONDILOMAS	50	68.12	77.77
QUISTE PILONIDAL	50	68.12	77.77
INCONTINENCIA	22.22	47	63.83

Tabla 17.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala salud general por patología anorrectal antes y posterior al procedimiento quirúrgico.

VITALIDAD

En calidad de vida el área de vitalidad en pacientes que padecen patología anorrectal benigna antes de someterse a cirugía anorrectal presenta un promedio de esta área de $x=39.66\%$, presentando mayor afectación por incontinencia fecal con 25% ; el absceso anal, con 37.5% ; la fisura anal, con 37.5% y la trombosis hemorroidria, con 37.5% . Al evaluar nuevamente a las 8 semanas el promedio de vitalidad es de 56.54% y a las 12 semanas es de $x=70.3\%$, el valor de vitalidad en la incontinencia fecal fue de 68% ; la trombosis hemorroidaria de 77.77% ; la fisura anal, con 70.1% y el absceso anal, con 68.12% (Gráfico 16 y Tabla 18).

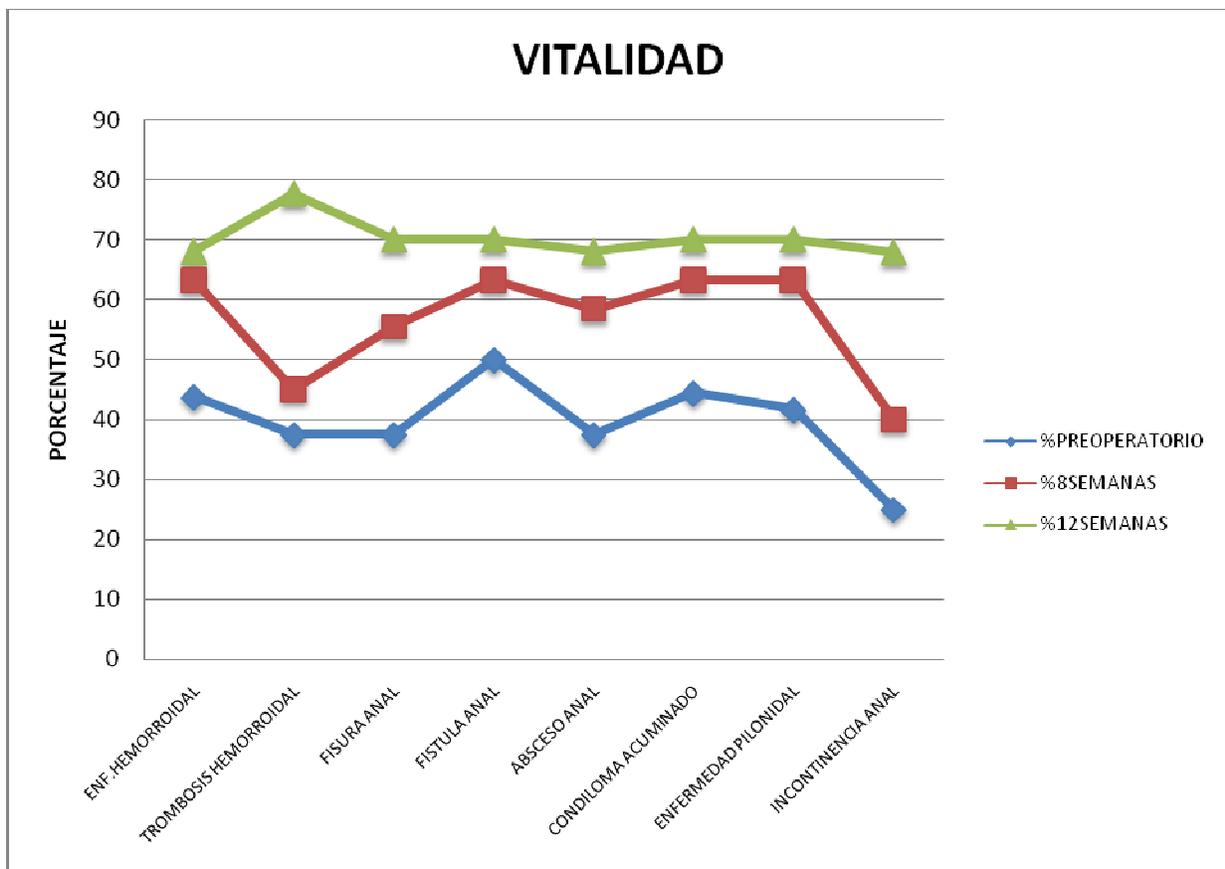


Gráfico 16.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala vitalidad por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	43.75	63.33	68.12
TROMBOSIS	37.5	45	77.77
FISURA ANAL	37.5	55.55	70.1
FISTULA ANAL	50	63.33	70.1
ABSCESO ANAL	37.5	58.5	68.12
CONDILOMAS	44.44	63.33	70.1
QUISTE PILONIDAL	41.66	63.33	70.1
INCONTINENCIA	25	40	68

Tabla 18.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala vitalidad por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

FUNCIÓN SOCIAL

En calidad de vida de pacientes con patología anorrectal benigna el área de función social previo a cirugía anorrectal presenta un promedio de $x=38.61\%$ con afectación principal en la incontinencia fecla con 22.22% ; la trombosis hemorroidaria, con 25% y el absceso anal, con 25% . Presentando al evaluar a las 8 semanas posterior a cirugía un promedio de $x=56.22\%$ y a las 12 semanas un promedio de $x=69\%$ con un valor para la incontinencia fecal del 58.5% ; la trombosis hemorroidaria, con 75% y el absceso anal, con 70.1% (Gráfico 17 y Tabla 19).

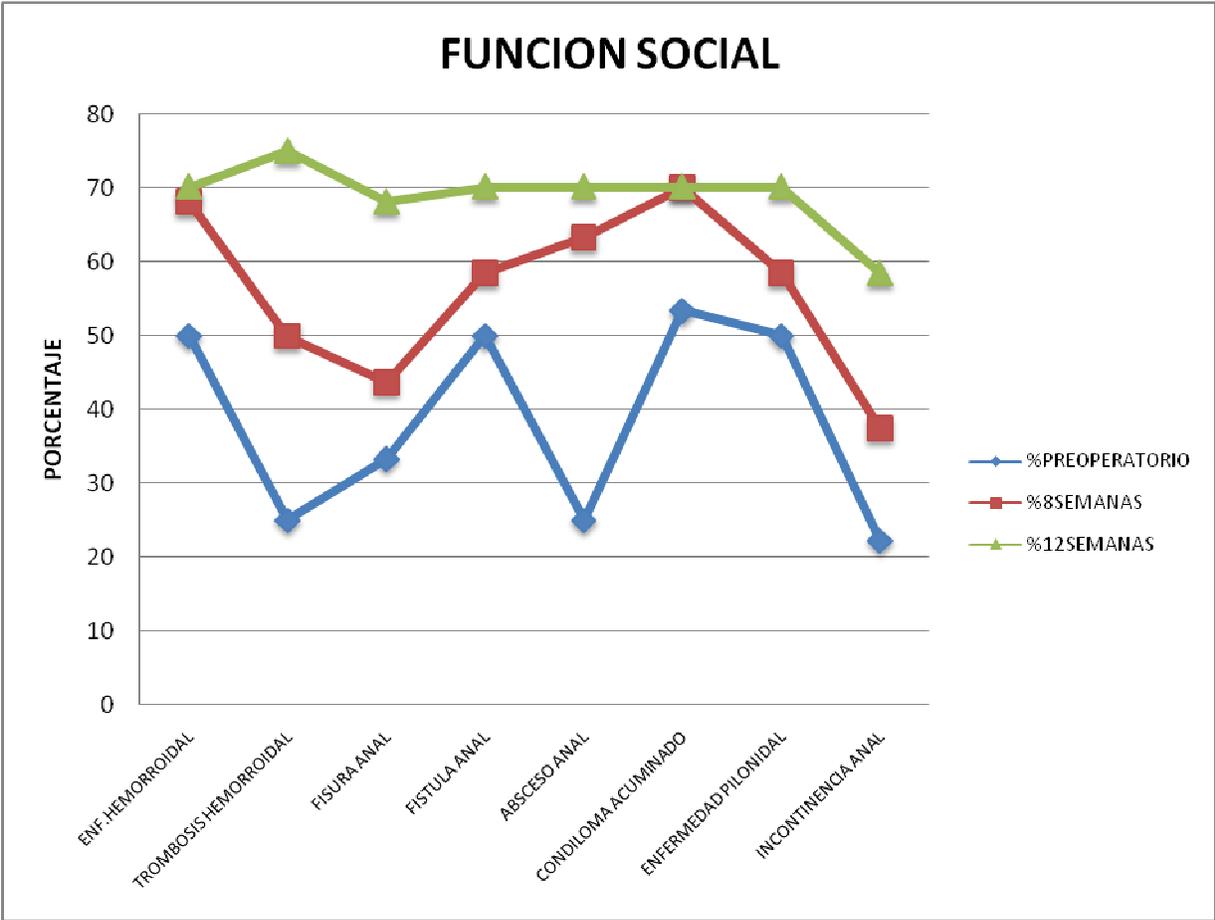


Gráfico 17.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala funcion social por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	50	68.12	70.1
TROMBOSIS	25	50	75
FISURA ANAL	33.33	43.75	68.12
FISTULA ANAL	50	58.5	70.1
ABSCESO ANAL	25	63.33	70.1
CONDILOMAS	53.4	70.1	70.1
QUISTE PILONIDAL	50	58.5	70.1
INCONTINENCIA	22.22	37.5	58.5

Tabla 19.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala funcion social por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ROL EMOCIONAL

La calidad de vida en paciente con patología anorrectal benigna previo a cirugía anorrectal el área de rol emocional presenta un promedio de $x=37.84\%$, con mayor afectación en la incontinencia fecal con 25% , seguido de la trombosis hemorroidaria con 33.33% y el absceso anal con 33.33% . Al valorar nuevamente a las 8 semanas el promedio de rol emocional es de 55.55% y a las 12 semanas el promedio es de $x=72\%$ con un valor para la incontinencia fecal de 70.1% ; la trombosis hemorroidaria, con 68.12% y el absceso anal, con 70.1% (Gráfico 18 y Tabla 20).

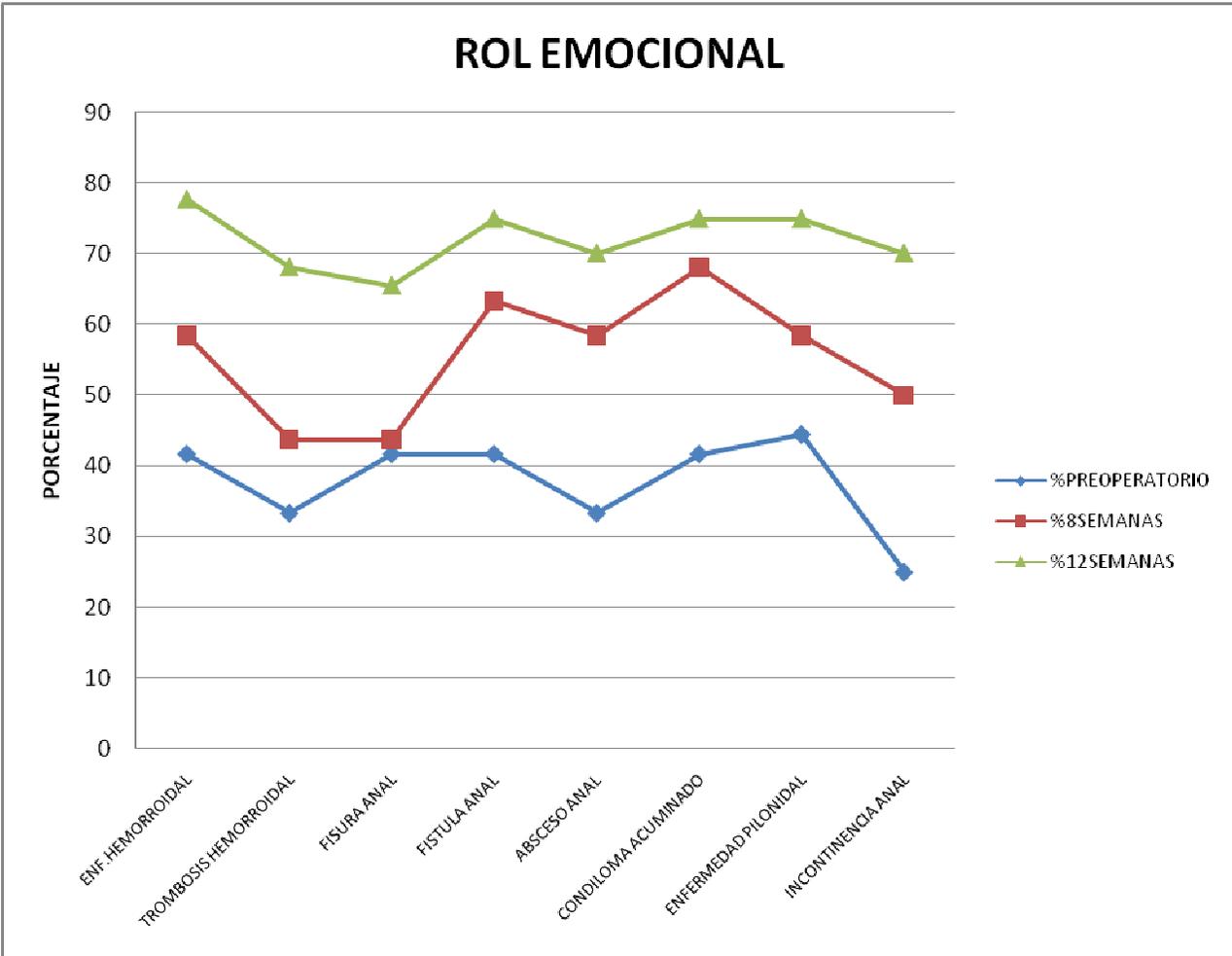


Gráfico 18.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala rol emocional por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	41.66	58.5	77.77
TROMBOSIS	33.33	43.75	68.12
FISURA ANAL	41.66	43.75	65.5
FISTULA ANAL	41.66	63.33	75
ABSCESO ANAL	33.33	58.5	70.1
CONDILOMAS	41.66	68.12	75
QUISTE PILONIDAL	44.44	58.5	75
INCONTINENCIA	25	50	70.1

Tabla 20.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala rol emocional por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

SALUD MENTAL

En la calidad de vida de pacientes con patología anorrectal benigna, el área de salud mental previo a cirugía anorrectal presenta un promedio de $x=37.43\%$, con mayor alteración en la incontinencia fecal con 30% ; la trombosis hemorroidaria, con 30% ; el absceso anal, con 30% y la fisura anal, con 35% . Al valorar a las 8 semanas el área de salud mental presenta un promedio de $x=59.77\%$ y a las 12 semanas presenta un promedio de $x=73.24\%$ con un valor para la incontinencia fecal de 68% ; la

trombosis hemorroidaria, con 77.77%, el absceso anal, con 75% y la fisura anal, con 70.1% (Gráfico 19 y Tabla 21).

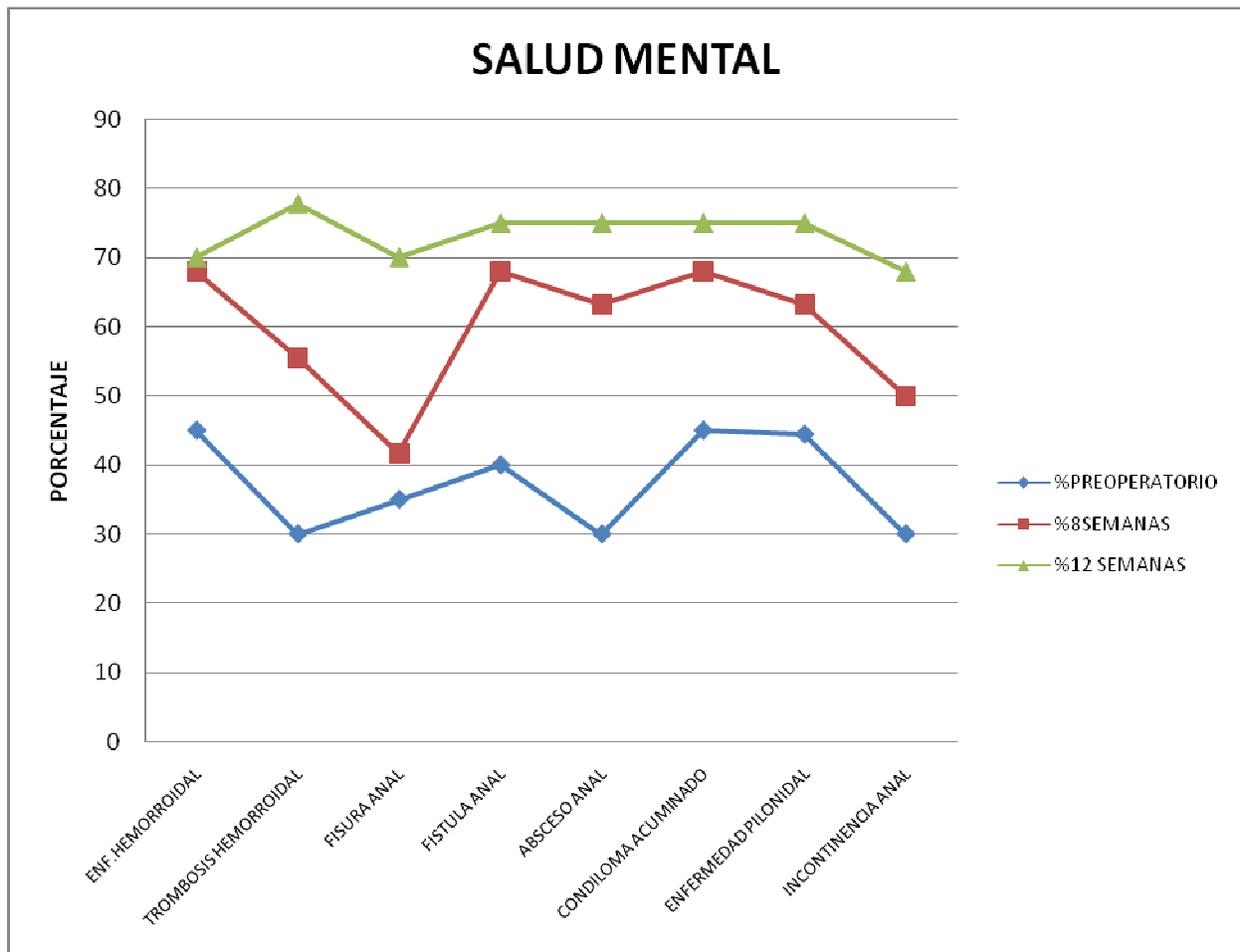


Gráfico 19.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala salud mental por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ENFERMEDAD	%PREOPERATORIO	%8SEMANAS	%12 SEMANAS
ENF.HEMORROIDARIA	45	68.12	70.1
TROMBOSIS	30	55.55	77.77
FISURA ANAL	35	41.66	70.1
FISTULA ANAL	40	68.12	75
ABSCESO ANAL	30	63.33	75
CONDILOMAS	45	68.12	75
QUISTE PILONIDAL	44.44	63.33	75
INCONTINENCIA	30	50	68

Tabla 21.- Comparación en porcentaje de calidad de vida para escala salud mental por patología anorrectal antes y posterior a procedimiento quirúrgico.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con base a la muestra recabada puede observarse que patologías anorrectales como fistula anal, fisura anal y enfermedad hemorroidaria son frecuentes en la consulta de coloproctología de El Hospital General de México (Gráfico 1).

Al evaluar los grupos por edades (Gráfico 2), se observa que el mayor número de pacientes se encuentra en el rango entre 40 y 60 años. Siendo la mayor cantidad de pacientes del género masculino (55.76%).

En pacientes quienes padecían enfermedad hemorroidaria (Gráfico 4) la calidad de vida previo a cirugía, en promedio presenta un valor de 46.37%, afectando principalmente el rol físico (35%) y emocional (41.66%), sufriendo poca alteración en dolor corporal (55.55%). Practicamente estos pacientes a partir de las 12 semanas posterior a hemorroidectomía presentan una calidad de vida aceptable (72.38%).

Pacientes con patologías como trombosis hemorroidaria (Gráfico 5), fisura anal (Gráfico 6) y absceso anal (Gráfico 8) presentan de los valores más bajos de calidad de vida previo a cirugía en comparación con las otras patologías 29.13%, 32.67% y 29.13% respectivamente, afectando principalmente las áreas de dolor corporal (22.22%), función social (25%), rol físico (25%) y salud mental. En estas áreas posterior a cirugía se observa un cambio positivo a corto plazo (8 semanas) y a las 12 semanas alcanza una calidad de vida aceptable similar al valor esperado.

La incontinencia anal (Gráfico 11) es la patología que afecta en mayor porcentaje la mayor cantidad de áreas que incluye la calidad de vida. Estos pacientes presentan previo a cirugía un valor promedio de calidad de vida de 29.79%, afectando principalmente la función social (22.22%), rol emocional (25%), vitalidad (25%) y rol físico (25%), además es la patología que recupera en forma más tardía una calidad de vida aceptable. A las 12 semanas posterior a cirugía en estos pacientes el nivel de calidad de vida es en promedio 65.62%.

En pacientes que padecen patología anorrectal presentan alteración de las diferentes escalas que conforman la calidad de vida, las escalas que

presentan mayor alteración previo a cirugía en este tipo de pacientes son el rol físico (32.27%), seguidas de función social (38.61%), rol emocional (37.84%) y salud mental (37.43%).

Estas cuatro escalas son las que se ven principalmente afectadas por patologías como trombosis hemorroidaria, fisura anal, absceso anal e incontinencia principalmente (Gráficos 12,17,18 y 19).

El valor promedio que presenta cada una de estas áreas previo a cirugía en estos pacientes es menor que el valor para dolor corporal (40.96%) previo a cirugía. En todas esas áreas se alcanza una calidad de vida aceptable a las 12 semanas posterior a cirugía, excepto en el área de función social (Gráfico 17) por incontinencia, quienes presentan a las 12 semanas un valor de 58.5%.

XII. DISCUSIÓN:

El concepto de calidad de vida se emplea de forma indiscriminada y sus instrumentos no son siempre intercambiables para diferentes propósitos. Las inferencias prácticas que se extraen de la aplicación de estas medidas en las investigaciones biomédicas y clínicas, podrían variar la política de salud y la práctica clínica en dependencia de qué se cree que se mide.

El estado de salud a veces llamado calidad de vida relacionada con la salud, es una estructura compleja y multidimensional^{5,6,7}. Una lista parcial de variables conocidas incluye aspectos muy disimiles como: la supervivencia y la esperanza de vida; varios estados sintomáticos (dolor); estados fisiológicos; la función física (la movilidad y la deambulaci3n); la funci3n sexual, incapacidades; las funciones emocionales y cognitivas (ansiedad y depresi3n); percepciones sobre la salud presente y futura y la satisfacci3n con su cuidado^{6,7}.

Conceptos objetivos (estados fisiol3gicos) est3n bien definidos y medidos con considerable precisi3n, en cambio los subjetivos (estabilidad emocional y la precepciones de salud) se miden con menor rigor cuantitativo. Un conjunto complejo de mediciones de calidad de vida, tambi3n abarcan una extensa escala de atributos internos y externos del individuo. Otros aspectos ambientales de la calidad de vida podrían incluir: situaciones laborales, carga de trabajo y relaciones estresantes. La situaci3n laboral como medici3n requiere un comentario especial.

Muchos expertos coinciden en que no existe un instrumento ideal y único para evaluar todos los atributos disponibles; ellos deben ser medidos por partes comparados unos con otros y en el contexto de los patrones aceptados comunmente acerca de la confiabilidad y la validez.

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración de medidas como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos. 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 OMS⁶.

El concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan nuestra vida, nuestra función social y nuestra percepción, por tanto la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas, modos de vida, trabajo y servicios sociales⁶.

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud evalúa una amplia gama de dimensiones, y han sido diseñadas para ser aplicadas a todo tipo de pacientes con diferentes patologías a fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones en el estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una

medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud^{6,7}.

El cuestionario de salud SF-36 fue ajustado por la colaboración de investigadores de 15 países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment. Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y retraducido con ajuste e interpretación. Luego se realizaron estudios pilotos en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después se realizaron estudios para identificar la validez y fiabilidad en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia^{6,7}.

Estos estudios permiten que trabajando en grupos de riesgo se haga énfasis en estrategias que mejoren el nivel de conocimiento, tratamiento y cumplimiento terapéutico para el manejo óptimo e integral de patologías. Estos estudios permiten al clínico valorar la utilidad de estas medidas que reflejan el sentir y pesar del sujeto que investigan, a fin de señalar los beneficios de una intervención o procedimiento y el efecto en diferentes esferas (físico y mental) que refleje la situación perceptiva del individuo desde su entorno político, social y económico.

Ahora bien ¿cuál será el camino que se debe seguir cuando se plantea medir calidad de vida (perfil de salud e impacto de intervenciones terapéuticas) ? El SF-36 ha demostrado buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. El tiempo para desarrollar este instrumento oscila entre 5 y 10 minutos.

La calidad de vida y la aplicación clínica ha sido un problema importante en todas las disciplinas médicas. Se ha convertido en un factor significativo en el manejo de pacientes quirúrgicos que permite integrar aspectos físicos con aspectos funcionales y psicosociales. Los médicos cirujanos saben que el bienestar de pacientes que padecen de patología anorrectal está a menudo comprometido. Lo cual debe ser más obvio en pacientes con incontinencia fecal, pero también puede verse en pacientes con enfermedad rectal común como fístulas anales y hemorroides. Pacientes que padecen estas enfermedades a menudo presentan un complejo de síntomas que interfiere con su vida diaria².

Algunas patologías anorrectales menores pueden causar menos alteraciones como hemorroides, condilomas anales que probablemente no causen un importante impacto en la calidad de vida; condiciones crónicas como fístula anal también son relativamente bien tolerados, pero es difícil interpretar la diferencia en la calidad de vida en pacientes con fisura anal y trombosis hemorroidaria. Se espera que incontinencia fecal tenga un mayor impacto en la calidad de vida².

XIII. CONCLUSIONES:

El paciente que padece patología anorrectal, no sólo presenta sintomatología y manifestaciones clínicas propias de cada enfermedad, sino que también se ven comprometidas múltiples áreas, no sólo en el aspecto físico, también en el estado anímico y emocional. Este paciente muchas veces tiene que alterar su estilo de vida, sus relaciones sociales, detener sus actividades cotidianas y también muchas veces se ven imposibilitados para continuar con sus actividades laborales, lo que inevitablemente se refleja en su economía.

La incontinencia anal es la patología que provoca una mayor alteración en las diferentes áreas que comprende la calidad de vida en el individuo que la padece y aún después de la cirugía se puede lograr una mejor calidad de vida en forma gradual pero a largo plazo con respecto a las otras patologías anorrectales.

En el paciente que padece patología anorrectal muchas veces se observa mayor afectación en las áreas de función social, rol emocional y salud mental que en áreas como función física y dolor corporal. Lo cual puede alterar completamente su modo de vida y por supuesto alterar la calidad de vida.

Las enfermedades anorrectales que afectan principalmente la calidad de vida en estos pacientes después de incontinencia son trombosis hemorroidaria, fisura anal y absceso anal.

La mayoría de patologías anorrectales a excepción de incontinencia presentan una mejoría significativa posterior a 8 semanas de cirugía y a las 12 semanas posterior a cirugía su calidad de vida se aproxima mucho al valor esperado, prácticamente con ausencia de dolor y ausencia de otra sintomatología, lo que le permite alcanzar una calidad de vida bastante aceptable.

La calidad de vida permite ampliar el pensamiento médico-científico para valorar aspectos que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la enfermedad que padece desde el punto de vista del propio paciente.

El uso de cuestionarios de salud para evaluar la calidad de vida de pacientes que padecen de patología anorrectal permite asignar un valor numérico de acuerdo a la percepción de cada paciente que permite evaluar diferentes áreas que conforman el concepto de calidad de vida.

Los cuestionarios de salud no interfieren con los hallazgos sintomáticos y morfológicos, sino que los complementan. Debido a que la salud es resultante de interacción de múltiples factores: sociales, económicos, biológicos, psicológicos y ambientales.

Si bien el número de la muestra y el tiempo en el que se realizó el estudio es muy corto y no se pueden sacar conclusiones sobre calidad de vida a largo plazo, si es un estudio abierto para continuar y ampliar, tanto el número de la muestra como el tiempo de seguimiento para sacar

conclusiones a largo plazo de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía anorrectal.

XIV. BIBLIOGRAFIA:

1. Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish versión of the Nottingham Health profile: Translation and preliminary validity. Am J Public Health 1990;80:704-8.
2. Sailer M, Schneider J. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. British Journal of Surgery 1998;85:1716-9.
3. Castillo II, Poo M, Alonso IM. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Rev Esp Salud Publica 2004;78:609-21.
4. Bulent B, Tezcaner T, Yilmaz U. Results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to quality of life. Dis Colon Rectum 2006;49:1045-51.
5. Mones J. Se puede medir la calidad de vida? Cual es su importancia? Cir Esp 2004;76:71-7.
6. Molina RT. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005;21:76-86.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19:135-50.

8. Martinsons A, Narbutis Z, Bruneniekis I. A comparison of quality of life and postoperative results from combined PPH and conventional haemorrhoidectomy in different cases of haemorrhoidal disease. *Colorectal Disease* 2007;9:423-9.
9. Lugo J, Barroso M, Fernandez L. Calidad de vida y sus instrumentos de medición. Una herramienta en oncología. *Rev Cubana Oncol* 1996;12:115-21.
10. Lopez M. Instrumentos de calidad de vida en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Neumología y cirugía de torax* 2006;65:s11-s16.
11. Lehur PA, Zerbib F, Neunlist M. Comparison of quality of life and anorectal function after artificial sphincter implantation. *Dis Colon Rectum* 2002;45:508-13.
12. Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000;47:444-54.
13. Gonzales VC, Lobo N. Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximacion a un proyecto integral de apoyo. *Cir Esp* 2004;14:1-7.
14. Arndt V, Merx H, Steymaier C. Quality of life in patients with colorectal cáncer one year after diagnosis compared with the

general population: A population based study. *Journal of Clinical Oncology* 2004;22:4829-36.

15. Martin MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004;5:23-9.
16. Griffin N, Acheson AG, Tungt P. Quality of life in patients with chronic anal fissure. *Colorectal Disease* 2004;6:39-44.
17. Eiser C, Morse R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child* 2001;84:205-11.
18. Roizen M, Figueroa C, Salvia L. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: Comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Aech Argent Pediatr* 2007;105:305-13.
19. Vendegodt S, Henneberg E, Merrick J. Validation of two global and generic quality of life questionnaires for population screening. *Sci World J* 2003;3:412-21.
20. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF-36). Conceptual framework and ítem selection. *Med Care* 1992;30:473-83.