



UNIVERSIDAD ESPÍRITU SANTO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD “ENRIQUE
ORTEGA MOREIRA”.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OBTENCIÓN DE
TÍTULO DE MÉDICO**

**“Cambios en la calidad de vida de los pacientes sometidos a
colostomía durante 2022-2023”.**

ALUMNO:

JOSUÉ ELY BERMÚDEZ INTRIAGO

TUTOR:

**DRA. LOURDES BEATRIZ GONZALEZ LONGORIA
BOADA**

SAMBORONDÓN, MAYO 2023

RESUMEN

Antecedentes: Las cirugías de formación de estomas son procedimientos comunes dentro de los servicios de Cirugía General y Digestiva que tienen impacto a nivel de la calidad de vida. A través de los años se crearon, valoraron, y validaron algunas escalas para medir la calidad de vida, en la presente investigación se usará el cuestionario WHOQoL- bref para valorar la calidad de vida general, y a la par el cuestionario SQoL diseñado específicamente para pacientes colostomizados.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo. Se tomaron 25 pacientes con colostomía en este estudio. Se calcularon medidas de tendencia central y desviación estándar. Para la significancia estadística se calculó el valor p; usando los cuestionarios WHOQoL-bref y SQoL.

Resultados: Se encontró que el 60% de los pacientes eran hombres, con una edad media de 62 años, el 64% poseían una colostomía permanente, la mayoría no registró complicaciones, sin embargo, la más frecuente fue el dolor y edema (24% respectivamente). Se realizaron los cuestionarios destacando que los dominios más comprometidos eran el físico y el ambiental. El SQoL determinó que los pacientes ostomizados tenían una moderada calidad de vida.

Conclusión: Se requieren más estudios en el Ecuador para seguir validando el uso del cuestionario SQoL ya que en el presente estudio se observa una alta frecuencia de malestar descrito como una calidad de vida moderada (que según valores de WHOQoL-bref se traduce en calidad de vida regular).

ABSTRACT

Background: Ostomy surgeries are one of the most common procedures in the General Surgery department that have been linked to low quality of life. Through the years there have been several scales, questionnaires made to qualify the quality of life. In this study it will be used the WHOQoL- bref questionnaire and the SQoL that is for patients with ostomies.

Methods: this review is based on a descriptive, prospective, cross-sectional study, with interpretation of the published findings in accordance with the principles of evidence-based medicine. 25 participants were included in this study.

Results: It was reported that 60% were male, with a mean age of 62 years, 64% of the patients have a permanent colostomy, the majority didn't report any complications, but the most common were edema and pain. The questionnaires reflected that our patients have a regular quality of life.

Conclusion: There should be more studies focused on this topic in our country because there is a high frequency of patients with regular quality of life.

Contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	4
1.1 Antecedentes científicos	4
1.2 Planteamiento del problema	5
1.3 Pregunta de investigación	6
1.4 Justificación	6
1.5 Objetivo general	6
1.6 Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Ostomía: concepto	7
2.2 Calidad de vida	7
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	8
3.1 Descripción del lugar	8
3.2 Período de estudio	8
3.3 Tipo de diseño de investigación	8
3.4 Instrumento medición	8
3.5 Población	9
3.6 Criterios de inclusión	9
3.7 Criterios de exclusión	9
3.8 Operacionalización de variables	9
3.9 Análisis de datos	9
3.10 Aspectos legales y éticos	10
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	10
4.1 Resultados obtenidos	10
4.2 Discusión de resultados	14
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS	38
Presupuesto	20
Cronograma de actividades	20

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes científicos

Cuando los pacientes enfrentan el diagnóstico de carcinoma o enfermedad crónica debilitante y la esperanza de curación, un estoma puede parecer un precio pequeño a pagar. La calidad se mide considerando la salud física, el estado funcional, el bienestar social, psicológico y espiritual. Vivir con un estoma es una situación desafiante por varias razones, incluido el paso descontrolado de gas a través del estoma, el olor, la diarrea y las fugas alrededor del estoma. Los pacientes tardan varios meses en adaptarse a este momento difícil. En ese período, la calidad de vida de los pacientes se vuelve primordial para el tiempo restante ⁽¹⁾.

La formación de ostomías es uno de los procedimientos terapéuticos realizados para el manejo de la disfunción intestinal por diversas razones, sin embargo, afecta la calidad de vida (CDV) de los pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CDV como la perspectiva de un individuo sobre su estado de salud en relación con algunos aspectos: físico, psicológico, económico, social y ambiental.

Un estoma puede resultar en un cambio en la imagen corporal e influye significativamente en la vida física, mental, emocional y social de los pacientes. Una buena calidad de vida es fundamental para lograr un enfoque holístico en el tratamiento de los pacientes. Un estudio realizado en China para evaluar la calidad de vida relacionada con el estoma utilizando una escala de agencia de autocuidado del estoma y un índice de esperanza de salud mostró que los pacientes tenían dificultades en el trabajo y las instituciones sociales. Las preocupaciones adicionales señaladas fueron la sexualidad, la imagen corporal y el estoma en sí.

Los cuestionarios de calidad de vida pueden ser generales o específicos, en el presente estudio se usó el cuestionario *stoma. QOL* que es una herramienta de 20 ítems con áreas como el sueño, actividad sexual, relaciones con la familia y amigos íntimos, y relaciones sociales con personas distintas a la familia y amigos íntimos que resulta idónea para la práctica e investigación clínica ⁽²⁾.

1.2 Planteamiento del problema

Una colostomía es una abertura (estoma) en el intestino grueso (colon) o el procedimiento quirúrgico que lo crea. La abertura se forma exponiendo el extremo sano del colon a través de una incisión en la pared abdominal anterior y suturándolo en su lugar ⁽³⁾. Esta abertura, a menudo junto con un sistema de ostomía adjunto, proporciona un canal alternativo para que las heces salgan del cuerpo. Puede ser temporal o permanente, según las circunstancias ⁽⁴⁾.

Hoy en día, las condiciones que conducen a la cirugía de estoma van en aumento. El cáncer colorrectal es la causa más común de cirugía de ostomía intestinal con un 44% por sobre las otras causas ⁽⁵⁾. A pesar de los esfuerzos para mantener el tejido intestinal y tratar estas enfermedades, una gran cantidad de pacientes se someten a una cirugía de ostomía cada año ⁽⁶⁾. El uso de un estoma ya sea permanente o temporal, reduce en gran medida la calidad de vida del paciente. Algunos pacientes presentan inflamación alrededor del estoma, trastornos del sueño e incapacidad para controlar los gases ⁽⁷⁾. El miedo al futuro y las preocupaciones sobre sus relaciones con familiares y amigos se encuentran entre algunos de los problemas psicológicos que enfrentan estos pacientes ⁽⁸⁾.

Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa de morbilidad de pacientes con colostomía, alcanza el 66% en pacientes adultos, que son los de mayor prevalencia, 50% en menores de 12 años de edad, además de una tasa de mortalidad del 3% al 5% ⁽⁹⁾. En el 2016 una revisión sistemática publicada por Vonk-Klaassen que incluyó 14 estudios transversales predominantemente descriptivos, demostró que vivir con una colostomía influye negativamente en la calidad de vida general. Los problemas relacionados con la ostomía descritos incluyen problemas sexuales, sentimientos depresivos, gases, estreñimiento, insatisfacción con la apariencia, cambio de ropa, dificultades para viajar, sensación de cansancio y preocupación por los ruidos ⁽¹⁰⁾. Este procedimiento médico genera cambios que afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes, incluyendo la imagen corporal, la autoestima y la preocupación del mismo estoma. ⁽¹¹⁾.

En el Ecuador de acuerdo con Sarmiento et al, el desmejoramiento de la calidad de vida de los pacientes colostomizados es observable porque el 60% de ellos sufre de depresión frecuente, lo que afecta su nivel de autoestima, trayendo como consecuencia

que no acepten su nueva condición de vida, lo que se opone a los derechos del paciente y a los preceptos constitucionales y de la legislación en materia de salud ⁽¹²⁾.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de una colostomía sobre la calidad de vida en los pacientes sometidos a una colostomía?

1.4 Justificación

Debido al aumento en la incidencia de patologías que derivan en la colocación de una bolsa de colostomía ⁽¹³⁾, y su repercusión negativa en la calidad de vida en términos de salud mental ⁽¹⁰⁾; al identificar los principales factores que afectan directamente a la CDV de estos pacientes, conducirá a una mejor comprensión de las necesidades y atenciones especiales que permitirán mejorar la misma.

Finalmente, este trabajo está delimitado en el área número cuatro: Neoplasias; específicamente en la línea de investigación: Sistema digestivo, y conforme a las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública se profundizará en la sublínea correspondiente al tema de calidad de vida y cuidados paliativos. De acuerdo con la línea de investigación de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, se encuentra en el área de salud pública.

1.5 Objetivo general

Evaluar la calidad de vida de los pacientes con colostomía utilizando el cuestionario STOMA QOL.

1.6 Objetivos específicos

1. Identificar los factores que modifican la calidad de vida en pacientes sometidos a una colostomía.
2. Determinar la calidad de vida en pacientes con o sin colostomía permanente.
3. Identificar la relación entre el nivel socioeconómico y los cambios en la calidad de vida de los pacientes colostomizados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Ostomía

Concepto

Una ostomía es una anastomosis intencional entre un segmento del tracto gastrointestinal y la piel de la pared abdominal anterior ⁽¹⁴⁾. Se puede crear una ostomía prácticamente en cualquier lugar a lo largo del tracto gastrointestinal. Para la desviación del flujo fecal, las ostomías más comunes involucran el intestino delgado distal (p. ej., ileostomía) y el intestino grueso (p. ej., colostomía).

La resección intestinal y la formación de una ostomía es una intervención quirúrgica común para las personas que desarrollan cáncer colorrectal ⁽¹⁵⁾. En el Ecuador según diversos autores se indica que existen al menos 32,000 personas ostomizadas, de las cuales el 75% presentan una colostomía ⁽¹⁶⁾. La principal causa en el Ecuador para la realización de una colostomía es la obstrucción intestinal, y esta puede ser de origen oncológico siendo la más frecuente los tumores de ovario, y los gastrointestinales ⁽¹⁷⁾. Así también puede ser por enfermedad inflamatoria intestinal, infartos intestinales, traumatismos graves y malformaciones congénitas.

Sin embargo, existen muchos otros factores que pueden requerir la formación de una ostomía, como el cáncer de vejiga, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn ⁽¹⁸⁾. La palabra ostomía deriva del latín ostium y significa boca o abertura. Se puede formar una ostomía cuando se extrae a la superficie abdominal el colon, el recto, el íleon o la vejiga o parte de cada uno de ellos ⁽¹⁹⁾. La palabra estoma, que es la abertura formada en la superficie de la piel, a menudo se usa indistintamente con ostomía. Los pacientes con estoma urinario y fecal utilizan un sistema de recolección de bolsa de forma permanente como resultado de la incapacidad para controlar el flujo de heces y orina desde la ostomía ⁽²⁰⁾. Como una ostomía a menudo es permanente, los pacientes con una ostomía son parte de la población de salud crónica con desafíos e impactos significativos en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ^(20,21)

La formación de estomas puede prolongar la vida de los pacientes y ayudarlos a volver a una vida saludable. Sin embargo, este proceso puede causar que el individuo experimente diversos problemas en términos de aspectos fisiológicos, sociales y

psicológicos. Las personas ostomizadas experimentan problemas psicológicos como depresión, ansiedad, cambios en la imagen corporal, baja autoestima, problemas sexuales, negación, soledad, desesperanza y estigmatización. Los problemas sociales son la pérdida de interés y la menor participación en actividades sociales, evitación de viajar, disminución de las actividades laborales, empeoramiento de la relación de pareja, disminución del contacto con amigos/familiares. Estos problemas pueden afectar negativamente la adaptación del individuo al estoma y la capacidad para lidiar con el estoma.

Como el cáncer colorrectal tiende a tener un mejor resultado y se asocia con menos morbilidad que la enfermedad maligna en otros sitios (p. ej., estómago, pulmones e hígado), el estado psicosocial es particularmente importante. La adaptación psicosocial también se asocia positivamente con la calidad de vida. Los estudios muestran que las personas con estoma tienen su calidad de vida afectada negativamente debido a problemas fisiológicos y sociales. Por lo tanto, para aumentar la calidad de vida de una persona con un estoma, también se resuelven los problemas psicosociales. ya que se requieren cuestiones fisiológicas y establecer la adaptación al estoma.

Marco histórico de la ostomía

La palabra estoma u ostomía se deriva de la palabra latina ostium, que significa abertura o boca. Un estoma intestinal es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes. Se realiza la exteriorización del intestino delgado (ileostomía) o del intestino grueso (colostomía) a través de la pared abdominal anterior. El primer estoma intestinal registrado fue creado por el cirujano alemán Baum en 1879 para desviar un carcinoma de colon obstructivo⁽²²⁾.

En la actualidad, el estoma intestinal se considera uno de los procedimientos de emergencia para salvar vidas más habituales realizados en todo el mundo⁽²³⁾. Se puede realizar para controlar una amplia gama de afecciones gastrointestinales benignas y malignas de forma electiva o de emergencia. En los Estados Unidos, se crean más de 130 000 estomas intestinales por año para tratar enfermedades como el cáncer colorrectal, las enfermedades inflamatorias del intestino, las lesiones por radiación, la diverticulitis colónica y la incontinencia fecal⁽²⁴⁾. Los estomas intestinales pueden ser temporales o permanentes. Aunque los estomas intestinales se consideran

procedimientos quirúrgicos que salvan vidas, están asociados con diversas complicaciones ⁽²⁵⁾.

Anatomía y fisiopatología

El intestino delgado se extiende desde el esfínter pilórico del estómago hasta la válvula ileocecal y consta de tres segmentos: el duodeno, el yeyuno y el íleon. Se cree que la longitud estimada del intestino delgado es de 4 a 6 metros en personas vivas, dependiendo de si se realizan mediciones quirúrgicas, radiológicas o de autopsia. Embriológicamente, el intestino delgado deriva del intestino primitivo. El duodeno proviene del intestino anterior, mientras que el yeyuno y el íleon surgen del intestino medio ⁽²⁶⁾. El duodeno es la sección más proximal del intestino delgado. Está irrigado por las arterias pancreatoduodenales superior e inferior, mientras que las venas siguen a las arterias y drenan en la vena porta. El duodeno combina las secreciones del páncreas y el hígado. La siguiente parte del intestino delgado es el yeyuno, donde ocurre la mayor parte de la digestión y absorción. La parte final del intestino delgado es el íleon. La arteria mesentérica superior irriga el yeyuno y el íleon. Por el contrario, la sangre venosa se drena a través de la vena mesentérica superior, que se une a la vena esplénica detrás de la cabeza del páncreas para formar la vena porta ⁽²⁷⁾.

El intestino grueso se extiende desde la válvula ileocecal hasta el ano. Se divide anatómicamente y funcionalmente en colon (ascendente, transverso, descendente y sigmoideo), recto y conducto anal. La irrigación arterial del intestino grueso está íntimamente ligada a su origen embriológico. El intestino medio (ciego al colon transverso distal) es irrigado por la arteria mesentérica superior (AMS) a través de las arterias ileocólica, cólica derecha y cólica media. El intestino posterior (colon transverso distal al recto) está irrigado por la arteria mesentérica inferior (AMI). El recto tiene una vascularización más compleja, estando irrigado su tercio superior por la arteria rectal superior, que nace de la AMI.

Por el contrario, su tercio medio e inferior está irrigado por arterias de las arterias ilíacas internas. Finalmente, la arteria marginal de Drummond y el arco de Riolan constituyen dos anastomosis arteriales mayores entre la AMI y la SMA, que pueden proporcionar un flujo colateral valioso en caso de estenosis, oclusión o durante resecciones oncológicas del colon sigmoideo. El drenaje venoso sigue el suministro arterial excepto por la vena

mesentérica inferior, que se une a la vena esplénica. El papel principal del colon es la absorción de agua y el intercambio de electrolitos. En circunstancias normales, el colon puede absorber diariamente hasta 5000 ml de líquido y hasta 400 mEq de sodio. Además, el colon juega un papel esencial en el suministro de vitaminas esenciales, como las vitaminas K y B12, producidas por las bacterias del colon ⁽²⁸⁾.

La ileostomía se crea a partir de una sección del íleon. Su salida está directamente relacionada con la ubicación del estoma. Si el estoma está ubicado más proximal, hay menos área de superficie para la absorción de electrolitos y agua. La consistencia de la salida suele ser suave. Sin embargo, eso puede verse afectado por muchas afecciones, como la ingesta de alimentos y líquidos, enfermedades como la enfermedad de Crohn activa, medicamentos y radioterapia. El gasto de la ileostomía es de aproximadamente 600 ml por día (rango de 500 a 700 ml). Esta salida se reduce a la mitad en el estado de ayuno. La salida de la ileostomía de más de 1,5 l se considera excesiva y los pacientes pueden ser propensos a la deshidratación ⁽²⁹⁾.

Una colostomía es una exteriorización del colon ascendente, transverso, descendente o sigmoide. Hay muchos tipos de colostomía, como la colostomía de doble barril, la colostomía en asa y la colostomía terminal. Una colostomía sigmoidea y la colostomía transversa son el tipo de colostomía más común, mientras que las colostomías ascendentes y descendentes son poco comunes y rara vez se realizan. La colostomía perineal es una técnica de reconstrucción perineal segura y eficaz tras la resección abdominoperineal por cáncer de recto bajo. Los estudios muestran una mejor calidad de vida para estos pacientes, ya que hay una preservación de la imagen corporal por la colocación perineal invisible. Además, existe una continencia razonable con resultados funcionales aceptables mediante esta técnica. El contenido de una colostomía del lado izquierdo normalmente es semisólido. El contenido de las colostomías de asa transversa es un poco más líquido, pero bien formado, y el paciente lo vacía solo una vez al día. Cuanto más proximal es la colostomía, más líquido es el contenido ⁽³⁰⁾.

Indicaciones

Los estomas intestinales juegan un papel importante en el manejo de muchas enfermedades gastrointestinales. La colostomía terminal de Hartmann, la colostomía en asa y la ileostomía son los estomas más habituales que se realizan en la práctica

quirúrgica. Las indicaciones de estos procedimientos en personas mayores difieren de las de los niños. En la actualidad, el cáncer colorrectal es la indicación más común para la creación de estomas en adultos. A diferencia de los adultos, el estoma intestinal en los niños puede controlar las malformaciones congénitas del intestino, como la enfermedad de Hirschsprung y la malformación anorrectal ⁽³¹⁾. En adultos, algunas de las condiciones que requieren un estoma intestinal como parte de su manejo son cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular con obstrucción, lesiones penetrantes del intestino, incontinencia anal, protección de una anastomosis distal, vólvulo sigmoideo gangrenoso, gangrena de Fournier y fuga anastomótica.

Indicaciones colostomía de Hartmann

1. Resección rectal con pérdida de la continuidad por malignidad
2. Perforación diverticular con peritonitis fecaloide
3. Resección abdominoperineal y rectal

Indicaciones colostomía en asa

1. Carcinoma rectal no resecable
2. Estoma protector en resección rectal profunda anterior
3. Proctitis por radiación
4. Incontinencia
5. Carcinoma rectal complicado con estenosis
6. Fístulas complejas perianales en el contexto de procesos inflamatorios

Contraindicaciones

No existen contraindicaciones absolutas para la formación de estomas. Sin embargo, la carcinomatosis, así como el mesenterio corto, son algunas contraindicaciones relativas para la creación de un estoma. La longitud inadecuada del mesenterio inhabilita la exteriorización libre de tensión del intestino a través de la pared abdominal. La tensión en el estoma, que es más común en pacientes obesos, es un factor de riesgo independiente para desarrollar una complicación del estoma.

Técnica quirúrgica

Los estomas se pueden dividir en dos grandes categorías según la parte del intestino exteriorizado: ileostomías, que involucran una parte del íleon, y colostomías, creadas usando una parte del colon. Ambos pueden ser ostomías terminales -donde el intestino se divide con la parte proximal que se utiliza para formar el estoma mientras que el periférico permanece dentro del abdomen como un muñón con su extremo suturado- u ostomías en asa, donde la pared antimesentérica del intestino está parcialmente dividida. El intestino se lleva hasta la piel, creando una ostomía con dos aberturas, una “funcional” y otra no funcional ⁽³⁰⁾.

Los pasos principales para crear una ostomía terminal son comunes tanto en ileostomías como en colostomías. En primer lugar, se extrae una parte circular de piel con un diámetro de 2,5 a 3 cm en el sitio deseado mediante electrocauterio monopolar después de levantarla con una pinza de Kocher. La vaina anterior del recto se expone a continuación, después de la división roma de la grasa subcutánea suprayacente. Se realiza una incisión cruciforme en la fascia, con extremidades de 3 cm de largo. Las fibras musculares subyacentes se dividen con un par de tijeras rectas o una pinza de Kelly para proteger los vasos epigástricos inferiores. Así se revela la pared posterior de la vaina del recto y se realiza una incisión vertical, separándola y el peritoneo parietal ⁽²²⁾.

A continuación, se sujeta la parte proximal del intestino dividido con una pinza de Babcock, que pasa a través de la abertura realizada en la pared abdominal, y se exterioriza el intestino. La longitud del intestino que debería sobresalir de la superficie de la piel es de 2 cm para las colostomías y de 5 cm para las ileostomías. Luego se debe cerrar la incisión de la línea media ⁽³²⁾.

Sigue la maduración del estoma, con la escisión de la línea de grapas del intestino que sobresale usando un bisturí No10. El intestino exteriorizado se fija a la piel mediante suturas absorbibles discontinuas. Las colostomías se pueden madurar evertidas o al ras. En la segunda etapa, la anastomosis enterocutánea se realiza mediante mordidas de espesor total de la pared del colon y mordidas dérmicas en la piel que rodea el estoma ⁽³³⁾.

Se realiza una ileostomía en asa o una colostomía cuando es necesaria la desviación fecal. El procedimiento es similar para ambas operaciones. Debe identificarse un asa

intestinal con movilidad suficiente para trasladarse a la superficie de la piel. Idealmente, cuando se crea una ileostomía, el asa intestinal elegida debe estar a una distancia mínima de 12 a 20 cm de la válvula ileocecal para garantizar una fácil reversión del procedimiento en el futuro ^(32,33).

El siguiente paso es crear un pequeño espacio en el mesenterio o mesocolon, a través del cual se pasa un tubo de Penrose para asegurar el control del asa intestinal. Deben usarse suturas para diferenciar las ramas distal y proximal del intestino. A continuación, se crea una abertura en la pared abdominal utilizando el mismo método que se mencionó anteriormente, y el intestino se expulsa a través de este. La incisión de la línea media se cierra y se cubre con paños estériles. Se realiza una incisión en la parte antimesentérica del intestino, que debe abarcar alrededor del 80% de su circunferencia. En este punto, es posible cambiar el tubo de Penrose por un dispositivo de puente de plástico. Luego se realiza la anastomosis enterocutánea, como se mencionó anteriormente ⁽³⁴⁾.

Se debe tener especial cuidado para asegurar la viabilidad del estoma. El asa intestinal por exteriorizar debe movilizarse adecuadamente para minimizar la tensión ejercida sobre el estoma. El trépano creado en la pared abdominal debe ser lo suficientemente ancho para no estrangular el asa intestinal, pero no tanto como para que el estoma sea propenso a prolapsarse o retraerse. La torsión del intestino que sobresale o la torsión del mesenterio ponen en peligro la perfusión del estoma y deben evitarse ^(22,30).

La creación de la ostomía también se puede realizar por vía laparoscópica, mostrando las conocidas ventajas de los procedimientos laparoscópicos, como la minimización del dolor, la reducción del íleo posoperatorio, la recuperación rápida, la duración de la hospitalización más corta, la formación de adherencias notablemente disminuida y los episodios posteriores de obstrucción del intestino delgado ⁽³⁵⁾.

Complicaciones

A pesar de que la creación de un estoma puede ser una cirugía salvavidas en algunas enfermedades gastrointestinales, algunos pacientes suelen tener complicaciones en relación al estoma. Pueden ser estas tempranas o tardías. Las tempranas pueden ser

irritación cutánea, o un hematoma y suelen ser tratadas de manera conservadora. Sin embargo, el prolapso y la hernia paraestomal sí tienen la posibilidad de tener otro abordaje quirúrgico a más del conservador según sea el caso. 10- 70% de los pacientes pueden experimentar alguna complicación en relación al estoma, de manera que su calidad de vida y percepción de bienestar puede comprometerse significativamente. Las causas más comunes de complicaciones por ostomías son ^(36,37):

1. Prolapso
2. Estenosis
3. Hernia paraestomal
4. Irritación cutánea
5. Retracción ostomía
6. Íleo u obstrucción intestinal
7. Necrosis o isquemia intestinal
8. Desequilibrio hidroelectrolítico
9. Hematoma y hemorragia
10. Fístula

Significancia clínica

La formación de un estoma intestinal (ileostomía o colostomía) es una de las operaciones quirúrgicas más habituales que realizan los cirujanos generales y, en muchos casos, se considera un procedimiento quirúrgico que salva vidas. Sin embargo, hasta un 10% a un 70% de los ostomizados sufrirán alguna complicación relacionada con su ostomía, lo que puede cambiar la vida del paciente de forma drástica. La educación preoperatoria y posoperatoria sobre el estoma es fundamental porque los pacientes pueden manejar mejor su estoma y adaptarse a la vida con una ostomía (1).

Manejo interdisciplinario de la ostomía

La anatomía de la ostomía afecta la viscosidad y la composición de la salida de materia fecal, la probabilidad de hernia o prolapso paraestomal, la facilidad de manejo de la bolsa y la calidad de vida. Es importante ser consciente de que los pacientes con estomas tienen perspectivas variadas sobre su experiencia y, para muchos, vivir con una ostomía mejora significativamente la calidad de vida mientras que a otros no. Los

especialistas en cuidados paliativos que interactúan con pacientes con ostomías son parte del equipo multidisciplinario que comprende sobre las mejores prácticas en el manejo de ostomías, las complicaciones comunes y cuándo derivar a un especialista (2).

Independientemente de la indicación o permanencia del estoma, se recomienda la participación temprana y continua de los profesionales de enfermería expertos en cuidados de ostomía. Idealmente, se debe citar preoperatoriamente al paciente para marcar el sitio del estoma en las posiciones supina, sentada y de pie. Además, las citas preoperatorias son importantes para la educación del paciente y del cuidador sobre las secuelas médicas y psicosociales de la cirugía de ostomía. En casos emergentes, la educación para pacientes y cuidadores debe comenzar temprano en el posoperatorio; sin embargo, incluso en estas circunstancias, el marcado preoperatorio del sitio del estoma merece atención. Esto es muy importante ya que el marcaje permite al paciente tener una idea de cómo va a tener la bolsa mientras se encuentra de pie, sentado o acostado y previene complicaciones importantes (3).

En un análisis de más de 1000 pacientes con ileostomías y colostomías terminales y en asa, 364 experimentaron una complicación importante relacionada con el estoma, que incluye hernia paraestomal, prolapso, retracción, fístula, estenosis, sangrado e isquemia. De estos 364 pacientes, el 70 % no se marcó antes de la operación y, en el análisis multivariado, el marcaje preoperatorio se asoció de forma independiente con tasas de complicaciones reducidas (odds ratio= 0,64; IC del 95%, 0,48–0,84; P= 0,001). De manera similar, los estudios observacionales han demostrado consistentemente que el marcado preoperatorio del sitio del estoma se asocia con significativamente menos complicaciones posoperatorias (4).

2.2 Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que pretende evaluar el bienestar, ya sea de una población o de un individuo, tanto en lo positivo como en lo negativo dentro de la totalidad de su existencia en un momento específico. Por ejemplo, las facetas comunes de la calidad de vida incluyen la salud personal (física, mental y espiritual), las relaciones, el estado educativo, el entorno laboral, el estado social, la riqueza, la sensación de seguridad y protección, la libertad, la autonomía en la toma de decisiones, la pertenencia social. y su entorno físico ⁽³⁰⁾.

La Organización Mundial de la Salud explica la calidad de vida como una evaluación subjetiva de la percepción que uno tiene de su realidad en relación con sus objetivos, tal como se observa a través de la lente de su cultura y sistema de valores.

El concepto de calidad de vida sigue siendo relevante para todos los entornos clínicos. Es de suma importancia en algunos campos de la medicina, como los hospicios y los cuidados paliativos, donde la búsqueda agresiva de una cura se deja de lado para satisfacer los objetivos del paciente y maximizar la calidad de vida del paciente. Es importante aclarar que los estudios muestran variabilidad entre individuos con respecto a cómo los procesos de la enfermedad, los síntomas, el pronóstico y los tratamientos paliativos impactan en la calidad de vida. Por lo tanto, vale la pena enfatizar que evaluar la CV a través de una definición limitada o aplicar un modelo particular a todos los pacientes sería un error tal como está la literatura. Si bien no faltan las definiciones de los libros de texto, quizás el significado más preciso de la calidad de vida es la definición que proporciona el paciente cuando se sienta frente a su médico (5).

Por lo tanto, la investigación en relación con la calidad de vida y el bienestar de los pacientes ostomizados necesita abordar la salud física, el estado psicológico, las relaciones sociales y los aspectos espirituales de la persona en su vida diaria. Con el tiempo, los pacientes experimentan cambios en su calidad de vida después de la cirugía de ostomía, de inicialmente negativos a más positivos con el tiempo y la adaptación (6). Varias áreas pueden influir en la calidad de vida de los pacientes con una ostomía, como las dificultades en el manejo de la ostomía, el acceso a la cobertura médica y el reembolso adecuado de los servicios y suministros (7).

Una consideración importante está relacionada con la carga financiera que se paga por los suministros de ostomía que pueden influir en la calidad de vida (8). Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones de ostomía son la falta de participación de un enfermero de cuidado de ostomía de heridas que también se relaciona con puntajes más bajos de las dimensiones de calidad de vida (7). Los efectos negativos se asocian con frecuencia a las complicaciones de la ostomía y, a menudo, conducen a limitaciones en la vida, ya sea en áreas físicas o psicosociales, para las personas y sus familias (9). El miedo, las limitaciones, la incomodidad y las dudas se han destacado como causas potenciales de consecuencias negativas después de la creación de una ostomía. La ausencia de apoyo familiar y social puede conducir a una

reducción en la autoidentidad y la autoestima de los pacientes ostomizados, lo que se suma a los resultados negativos (10).

Aunque se desconoce la incidencia exacta de la prevalencia de complicaciones estomales y periestomales, se ha sugerido que el 70% de las personas con ostomía enfrentan desafíos emocionales, psicológicos y financieros que afectan la calidad de vida. La calidad de vida se ha visto influenciada por factores como la duración de la implantación del estoma, género, educación, conocimiento y enfermedad crónica concurrente (7,11,12).

Las características comunes y los factores clínicos que han impactado la calidad de vida en pacientes con una ostomía incluyen el historial médico, el diagnóstico, los procedimientos y los componentes de la hospitalización y la atención (7). Además, la atención de una enfermera especialista en ostomía ha desempeñado un papel importante en la provisión de educación y apoyo apropiados que ayudaron a lograr una mejor calidad de vida (13). Además, el marcado preoperatorio del sitio de ostomía tuvo efectos positivos significativos en la calidad de vida de los pacientes y el ajuste a largo plazo (14).

Problemas psicosociales

La adaptación psicosocial también se asocia positivamente con la calidad de vida. Los estudios muestran que las personas con estoma tienen su calidad de vida afectada negativamente debido a problemas fisiológicos y sociales. Por lo tanto, para aumentar la calidad de vida de una persona con un estoma, se requieren resolver problemas psicosociales y fisiológicos y establecer la adaptación al estoma. Cuando se revisa la literatura, se puede ver que la investigación sobre los problemas psicosociales de las personas con estoma comenzó hace aproximadamente 50 años. A pesar de este hecho, los pacientes aún tienen problemas para lidiar con problemas psicosociales (15).

Desde la década de 2000 hasta la actualidad, diversos estudios cuantitativos realizados con diseños descriptivos, transversales y prospectivos mostraron los problemas psicosociales de las personas con estomas y su adaptación. Los problemas psicosociales identificados en estos estudios fueron que la percepción de la imagen corporal y el respeto por uno mismo deficientes, la ansiedad y la depresión se deben a la adaptación

psicosocial y la disfunción o problemas sexuales como impotencia, dispareunia, frigidez y abstención de las relaciones sexuales (16).

Los problemas psicosociales asociados con la formación de estomas comúnmente identificados en estudios cuantitativos fueron ansiedad, depresión, mala imagen corporal, problemas sexuales, deterioro en las relaciones sociales y problemas de adaptación. En estudios cualitativos, se explicaron diferentes sentimientos como la incertidumbre, el estigma, la frustración, el ser diferente y la imagen corporal alterada después de la creación del estoma (17).

Además de estos sentimientos, se encontró que las relaciones sociales y el apoyo de la pareja de la familia eran importantes. Se estima que más pacientes probablemente sufrirán problemas psicológicos relacionados con la cirugía de estoma en el futuro (18).

En un estudio de 920 pacientes con cáncer de recto, el 25 % de las mujeres y el 34 % de los hombres eran sexualmente activos un año después del diagnóstico (al momento del diagnóstico estos valores eran, respectivamente, 29 % y 41 %). De estos pacientes, el 51% de las mujeres y el 62% de los hombres se habían sometido a un procedimiento de estoma. La presencia de un estoma también contribuyó a una disminución de la actividad sexual. Las mujeres experimentaron lubricación reducida y más dispareunia al año en comparación con el momento del diagnóstico. En los hombres, la disfunción eréctil aumentó del 46 % al 55 % al año (19,20).

A través de su impacto negativo en la imagen corporal, un estoma reduce la autoestima y la calidad de vida del paciente. Yilmaz et al. examinó a 110 pacientes con estoma intestinal. No solo se tuvo en cuenta la imagen corporal, sino también la autoestima y la calidad de vida en general. Se encontró que el 75,7% calificó su imagen corporal como muy baja. Aproximadamente el 77% de los encuestados tenían baja autoestima. Se ha demostrado que un estoma afecta negativamente la vida mental, física, social, espiritual y sexual (21).

El apoyo de la pareja es fundamental para que los pacientes acepten su nuevo cuerpo. Los pacientes ostomizados con fuertes lazos con sus parejas regresaron a la actividad sexual con mayor facilidad, llevaron vidas íntimas más felices y demostraron una actitud positiva hacia su condición. El deterioro del proceso fisiológico del movimiento intestinal, la alteración de la imagen corporal y los problemas con el funcionamiento

sexual después de la cirugía de ostomía son elementos clave que alteran las relaciones íntimas de los pacientes con ostomía (22).

Resulta que el riesgo de divorcio en pacientes con cáncer (la neoplasia maligna es una de las principales causas de creación de estomas) es 1,77 veces mayor que el de las personas sanas. Los problemas en la vida sexual aumentan el riesgo de depresión. Se observaron mejores relaciones con las parejas en pacientes que pudieron cuidar su estoma por sí mismos. Un estudio que involucró a 390 pacientes mostró que el 42,6% tenía problemas con las relaciones íntimas ⁽⁵¹⁾.

Se demostró que las mujeres, más a menudo que los hombres, describieron sus relaciones como relaciones con un fuerte sentido de intimidad. Además, las mujeres eran más capaces de hablar abiertamente sobre los problemas en sus relaciones. La capacidad de autocuidado y el tiempo transcurrido desde la cirugía fueron los factores que más importaron al evaluar las relaciones íntimas ⁽⁵⁰⁾.

La cirugía que termina en la creación de un estoma es un problema tanto para jóvenes como para personas mayores, muchos de los cuales ni siquiera intentan tener relaciones íntimas y relaciones sexuales después de la cirugía. Un tema muy importante para posibilitar el retorno a la actividad sexual es la adecuada educación del paciente, tanto antes como después de la cirugía. La educación sexual también debe incluir a la pareja en la que el paciente ostomizado suele encontrar apoyo.

La cirugía puede causar muchas complicaciones. Según el tipo de estoma, los nervios del área perineal a veces se dañan, lo que reduce el rendimiento sexual. Las disfunciones sexuales durante la convalecencia también están impulsadas psicológicamente y son el resultado de la ansiedad del paciente. Es crucial que el paciente hable con el personal médico sobre la importancia de una vida sexual satisfactoria. Se debe asegurar al paciente que existen muchas formas de terapia que pueden mejorar la calidad de la vida sexual.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Descripción del lugar

Es un estudio multicéntrico realizado en el Hospital General del Norte de la Ciudad de Guayaquil del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Clínica Bermúdez y Hospital Gustavo Domínguez, estos dos últimos de la ciudad de Santo Domingo.

3.2 Período de estudio

El presente estudio recogió información de 1 año (enero 2022- enero 2023)

3.3 Tipo de diseño de investigación

Investigación observacional, prospectiva, con diseño transversal realizada con 25 pacientes con colostomía. Las medidas de tendencia central (medias) de los cuestionarios usados (WHOQOL-BREF y STOMA- QOL) fueron comparados con variables sociodemográficas de edad, sexo y escolaridad.

3.4 Instrumento medición

Calidad de vida (WHOQOL- BREF)

Este es un cuestionario de 26 preguntas, 24 de ellas estudian la calidad de vida según cuatro dimensiones (física, psicológica, relaciones sociales y ambiente). Las preguntas van enfocada a determinar el estado de percepción de calidad de vida en las últimas dos semanas. Se escogió este cuestionario ya que se centra en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, y es la de mayor solidez conceptual y metodológica. Este cuestionario no tiene valores de corte sino más

bien cuando se obtiene un puntaje este se evalúa viendo qué tan alto es; a mayor puntaje, mejor autopercepción en la calidad de vida.

Stoma- Quality of Life (STOMA- QOL)

Como se indicó previamente, este cuestionario fue desarrollado para personas con ostomías y poder evaluar el impacto físico y psicosocial. El cuestionario consta de 20 preguntas con cuatro posibles respuestas, al final el puntaje se suma aportando un porcentaje 80% al que se le añade otro 20% para la puntuación final. Este sí posee un puntaje con niveles de corte:

70- 100%: buena calidad de vida

30- 70%: moderada calidad de vida

0- 30%: mala calidad de vida

3.5 Población

La población está constituida por pacientes sometidos a cirugía de ostomía que acuden a controles por consulta externa de los diferentes hospitales. La selección de las personas no fue aleatoria por conveniencia debido al tipo de población estudiada.

3.6 Criterios de inclusión

1. Edad mayor a 18 años y menor de 90 años
2. Paciente que haya sido sometido a una colostomía.
3. Personas que hayan firmado el consentimiento informado.
4. Paciente que no haya sido sometido a una ostomía tipo Bishop- Koop o Santulli durante la infancia.

3.7 Criterios de exclusión

1. Datos incompletos durante la resolución del cuestionario.
2. Pacientes sometidos a cualquier cirugía cuya etapa de recuperación supere los 15 días.
3. Pacientes con enfermedades autoinmunes con excepción de enfermedades inflamatorias intestinales.

4. Pacientes con enfermedades en fase terminal.
5. Paciente con historial previo de formación de ostomía durante la infancia.

3.8 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	OPERATIVIDAD	TIPO DE VARIABLE
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina que identifican a los animales o a las plantas” (RAE)	Hombre Mujer	1:H 2:M	Cualitativa nominal
EDAD	“Tiempo que ha vivido una persona” (RAE)	Edad mayor de 18 años	Número de años	Cuantitativa discreta
CALIDAD DE VIDA	Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.” (OMS, 2002)	Muy mala Regular Normal Bastante buena Muy buena	MM: 1 R: 2 N: 3 BB: 4 MB: 5	Cualitativa Ordinal
SATISFACCIÓN SALUD	Acción y efecto de satisfacer o satisfacerse (RAE). Estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS).	MUY INSATISFECHO UN POCO INSATISFECHO LO NORMAL BASTANTE SATISFECHO MUY SATISFECHO	MI: 1 UPI:2 N: 3 BS: 4 MS: 5	Cualitativa Ordinal

DOLOR FÍSICO IMPIDE HACER	Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. (RAE)	NADA UN POCO LO NORMAL BASTANTE EXTREMADA MENTE	N: 1 UP: 2 N: 3 B: 4 E: 5	Cualitativa Ordinal
GRADO DE TTO MÉDICO PARA VIDA DIARIA NORMAL	Un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. (RAE)	NADA UN POCO LO NORMAL BASTANTE EXTREMADA MENTE	N: 1 UP: 2 N: 3 B: 4 E: 5	Cualitativa Ordinal
DISFRUTAR VIDA	Experimentar gozo, placer o alegría con alguien o algo. (RAE)	NADA UN POCO LO NORMAL BASTANTE EXTREMADA MENTE	N: 1 UP: 2 N: 3 B: 4 E: 5	Cualitativa Ordinal
SENTIDO DE VIDA		NADA UN POCO LO NORMAL BASTANTE EXTREMADA MENTE	N: 1 UP: 2 N: 3 B: 4 E: 5	Cualitativa Ordinal
CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN	Estado de la persona que fija el pensamiento en	NADA UN POCO LO NORMAL	N: 1 UP: 2 N: 3	Cualitativa Ordinal

	algo, sin distraerse. (RAE)	BASTANTE EXTREMADAMENTE	B: 4 E: 5	
SEGURIDAD EN VIDA DIARIA	Ausencia de peligro o riesgo RAE).	NADA UN POCO LO NORMAL BASTANTE EXTREMADAMENTE	N: 1 UP: 2 N: 3 B: 4 E: 5	Cualitativa Ordinal
ESTATUS MARITAL	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	El estado civil reportado por los pacientes mediante la encuesta	S: 1 C: 2 SD: 3 V: 4	Cualitativa Nominal
NIVEL DE ESTUDIOS	Serie ordenada de programas educativos agrupados en relación con una gradación de las experiencias de aprendizaje, conocimiento, habilidades y competencias que imparte cada uno de estos programas.	El grado de escolaridad reportado por los pacientes mediante la encuesta	SE: 1 BAS: 2 BAC: 3 U: 4 O: 5	Cualitativa Nominal
ACTIVIDAD LABORAL	Ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico o mental, y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas	El tipo de actividad laboral que desempeña y por lo tanto es reportado por los pacientes mediante la encuesta	J: 1 AU: 2 CA: 3 O: 4	Cualitativa Nominal
NERVIOSISMO BOLSA LLENA	Estado pasajero de excitación nerviosa,	El grado de nerviosismo reportado por	S: 1	Cualitativa Ordinal

	inquietud o falta de tranquilidad (RAE), al sentir la bolsa de colostomía llena o a punto de llenarse.	los pacientes mediante la encuesta	AV: 2 RV: 3 J: 4	
PREOCUPACIÓN BOLSA DESPEGADA	Estado de desasosiego, inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema (RAE), debido a la separación de la bolsa y la placa.	El grado de preocupación reportado por los pacientes mediante la encuesta	S: 1 AV: 2 RV: 3 J: 4	Cualitativa Ordinal

3.9 Análisis de datos

Para el análisis estadístico se realizaron tablas de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, se desarrollaron gráficos de barras según corresponde. Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central como la media, la mediana y moda, además de medidas de dispersión como desviación estándar. Para analizar la distribución de las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La significancia estadística se estableció con un valor P menor a 0.05.

3.10 Aspectos legales y éticos

Los pacientes que formaron parte de la investigación fueron informados por la finalidad del estudio, y sobre el uso de la información; se da total confidencialidad con respecto a los resultados obtenidos, respetando la identificación de cada paciente. Asimismo, una vez explicado y aceptada la participación, los sujetos de estudio firmaron el consentimiento informado.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados obtenidos

25 pacientes fueron los que participaron en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión, eran de diferentes casas de salud, pero pertenecían a un mismo servicio (Cirugía General y Digestiva). La tabla 1 muestra las principales características de los pacientes incluidos en el estudio. La media de edad fue de 62 años, es decir una población en su mayoría adulta mayor. En cuanto a la duración media del estoma fue 1503 días (DE 1833, min 150, máx 15122). Gran parte de los pacientes eran hombres (60%, n= 15), casados (72%, n= 18), jubilados (60%, n= 15), autónomos en el cuidado del estoma (88%, n= 22), con estudios secundarios (60%, n= 15). En cuanto a las características clínicas del estoma, este fue en su mayoría permanente (64%, n= 16) y la gran mayoría no experimentó complicaciones posquirúrgicas salvo en un 24% que experimentó dolor y edema.

Tabla 1: *Caracterización clínica de la muestra de estudio*

Características clínicas	n= 25 (%)
Sexo masculino	15 (60)
Edad, media ± DE	62 (± 11.85)
Antecedentes patológicos personales	Hipertensión arterial: 17 (23.9) Diabetes Mellitus: 1 (1.4) Artrosis: 1 (1.4)
Estado civil	Soltero: 2 (8)
	Casado: 18 (72)
	Separado- divorciado: 4 (16)
	Viudo: 1 (4)
Escolaridad	Sin estudios: 2 (8)
	Básicos: 3 (12)
	Bachiller: 15 (60)
	Universitarios: 5 (20)

Actividad laboral	Jubilado: 15 (60)
	Autónomo: 2 (8)
	Dependiente: 7 (28)
	Desempleado: 1 (4)
Tipo de colostomía	Permanente: 16 (64)
	Temporal: 9 (36)
Medias de días con estoma (DE)	1503 (1833)
Autónomo para el cuidado del estoma	Sí: 22 (88)
	No: 3 (12)
Complicaciones	Ninguna: 19 (76)
	Edema: 6 (24)
	Prolapso: 3 (12)
	Dolor: 6 (24)

Posterior a caracterizar a la población de estudio se procedió a evaluar el nivel de calidad de vida en general usando el cuestionario *WHOQoL- bref*, el cual se encuentra descrito en la Tabla 2 según su dominio evaluado. Se puede decir que la dimensión de mayor compromiso (negativo) es el físico y ambiental, y el más preservado es el psicológico. Todos los dominios se correlacionaron positiva y significativamente con la calidad de vida en general de los pacientes encuestados siendo el psicológico el de mayor magnitud.

Tabla 2: Puntajes obtenidos en el *WHOQoL- bref* de pacientes portadores de colostomía ($n= 25$)

Dominios	Media/Puntaje total (%)	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
Físico	26.08/35 (74.6)	12.5	25	19	35
Psicológico	24.5/30 (81.6)	9.3	24	20	30
Social	12.04/15 (80.3)	14.7	12	9	15
Ambiental	31.6/40 (79)	11.2	30	24	38
Puntaje total	94.2/120 (78.5)	16.7	94	75	118

Tabla 3: Correlación entre los dominios del cuestionario WHOQoL- bref de pacientes portadores de colostomía (n= 25)

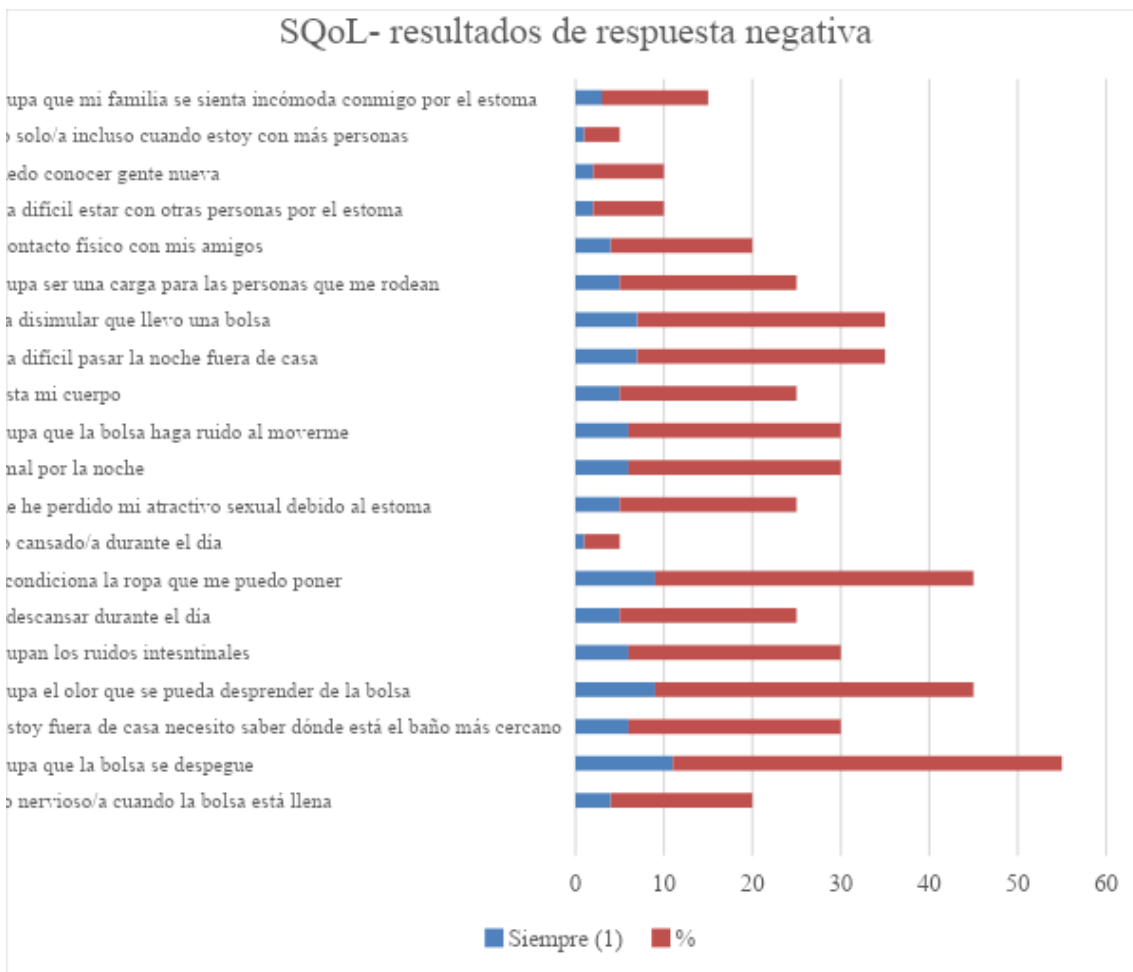
Variables	Dominios			
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental
Calidad de vida en general (WHOQoL- bref)	0.51	0.6	0.4	0.41

*p: menor 0.05

Para el caso de las mujeres, la calidad de vida en general fue de 93.4% y para los hombres de 94.8%. Cuando se analizaron los dominios, se observó que las mujeres tenían un compromiso mayor en las áreas físicas y ambientales; mientras que los hombres tenían mayor compromiso en el área psicológica; ambos sexos coincidieron en el dominio social.

El presente estudio pretendió evaluar el estado de calidad de vida en pacientes ostomizados, para ello existe una escala validada que se llama *SQoL (stoma quality of life)* que no ha sido utilizada en nuestro país, y por ende no hay datos objetivos sobre la calidad de vida de estos pacientes; si bien hay estudios realizados con la *WHOQoL-bref*, esta valoración es más subjetiva ya que no tiene puntajes de corte, a diferencia del *SQoL* que sí.

A continuación, se detallan los resultados de cada pregunta realizada a los 25 pacientes que en promedio indican tener una moderada calidad de vida (66.76%, n= 25). Asimismo, se evidenció que la variable “a veces” en las 20 preguntas del cuestionario fue la de mayor frecuencia en un 35.8%, esto pone de manifiesto que al menos en la mitad de las veces que el paciente se encuentra expuesto se puede manifestar negativamente en el aspecto físico y psicosocial que es lo que este cuestionario evalúa específicamente.



Como puede observarse en el gráfico anterior, la mayor preocupación de los pacientes encuestados fue que la bolsa de colostomía se despegara, y en segundo lugar la ropa era un tema difícil de abordar dado que portan una funda para colostomía. Estas dos preguntas fueron las de mayor impacto negativo en la población estudiada y coinciden con la percepción del dominio físico que fue el de mayor impacto según el WHOQoL-bref.

Dentro del análisis, destaca un aspecto interesante fue ver que el promedio de calidad de vida de las mujeres ostomizadas era inferior al de los hombres; 84.2% versus 88.4% respectivamente, sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo ($p= 0.153$).

Tabla 4: Resultados cuestionario Stoma- Quality of Life (SQoL) (n= 25)

Resultados cuestionario SQoL	Siempre (1)	%	A veces (2)	%	Rara vez (3)	%	Jamás (4)	%
Me pongo nervioso/a cuando la bolsa está llena	4	16	9	36	6	24	6	24
Me preocupa que la bolsa se despegue	11	44	7	28	7	28	0	0
Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el baño más cercano	6	24	8	32	11	44	0	0
Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	9	36	10	40	6	24	0	0
Me preocupan los ruidos intestinales	6	24	9	36	10	40	0	0
Necesito descansar durante el día	5	20	9	36	10	40	1	4
La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	9	36	7	28	8	32	1	4
Me siento cansado/a durante el día	1	4	13	52	9	36	2	8
Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	5	20	12	48	6	24	2	8
Duermo mal por la noche	6	24	7	28	11	44	1	4
Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme	6	24	6	24	10	40	3	12
Me disgusta mi cuerpo	5	20	11	44	8	32	1	4
Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	7	28	14	56	4	16	0	0
Me cuesta disimular que llevo una bolsa	7	28	11	44	7	28	0	0
Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	5	20	8	32	8	32	4	16
Evito el contacto físico con mis amigos	4	16	9	36	7	28	5	20
Me resulta difícil estar con otras personas por el estoma	2	8	10	40	7	28	6	24
Me da miedo conocer gente nueva	2	8	5	20	10	40	8	32
Me siento solo/a incluso cuando estoy con más personas	1	4	7	28	9	36	8	32
Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo por el estoma	3	12	7	28	7	28	8	32

4.2 Discusión de resultados

El propósito principal de este estudio fue determinar la calidad de vida del paciente ostomizado de varios centros hospitalarios del Ecuador, específicamente de los servicios de Cirugía General y Digestivo. Cuando se habló de calidad de vida se identificaron varias definiciones como la de la OMS que no hay duda de que debe incluir múltiples conceptos adicionales como la ausencia de alteraciones físicas, necesidades personales cubiertas, vida en libertad, derecho al trabajo y al ocio, etc.

A manera práctica, se dice que la calidad de vida es un proceso cuantitativo del impacto de la enfermedad en la vida del paciente y su percepción de cómo se siente. El cuestionario de la OMS (WHOQoL- bref) está compuesto de 26 preguntas las cuales valoran varias aristas (física, psicológica, social y ambiental), siendo positivos o negativos.

Es importante destacar que la salud, su concepto, debe estar fundamentado en un contexto biopsicosocial, socioeconómico y cultural, con lo positivo y negativo, de su impacto, alcance y percepción. Es por ello, que medir la calidad de vida resulta tan importante debido a su interrelación con el bienestar humano y sus necesidades.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes ostomizados eran hombres (60%), esto coincide con estudios realizados en La Coruña- España (Estudio multicéntrico transversal) en donde el 64% de sus pacientes eran de sexo masculino. Este estudio utiliza el cuestionario STOMA-QOL para evaluar la calidad de vida de sus pacientes con ostomías debido a la validez encontrada (0.861), y otros estudios como los de George y Mallory con una validez de 0.90 (95% CI: 0.88- 0.92) (23).

El análisis también permitió observar que el dominio más comprometido en calidad de vida fue el físico en un 74.6%, otros estudios como el de Ruyz et al publicado en la Rev. Latino-Am destaca que en su población de estudio la arista física estuvo comprometida en un 56% y asimismo seguido del ambiental como en el presente estudio (79%). La calidad de vida de estos pacientes fue más baja (68.6%) y la nuestra del 78.5% (24).

En el caso de los pacientes que no experimentaron complicaciones, se logró identificar que la calidad de vida de ellos tenía un puntaje alto (SQoL 83.3%), además eran

personas casadas (72%) y jubilados (60%) que recibían una pensión mensual. Estos datos guardan relación con el estudio publicado en *Nursing Research* por S. Ketterer et al en donde concluyen que los pacientes portadores de ostomías con mejor calidad de vida son aquellos que reciben algún tipo de remuneración económica (ya sea activa o pasiva).

Nuestros pacientes informaron las mayores molestias en la subescala física de la calidad de vida, que es comparable a los informes de Roshini y et al., quienes estudiaron un grupo de 40 pacientes con estoma en un hospital de atención terciaria del sur de la India y encontraron que sus preocupaciones más intensas fueron problemas relacionados con el estoma, como erupción cutánea con irritación y fugas, dificultades en las interacciones sociales y familiares (25). En la presente investigación la preocupación número 1 fue que la bolsa de ostomía se despegara. Este resultado guarda relación con lo encontrado por diversos autores. De acuerdo con el estudio “Ostomy life Study” se encontró que el 91% de los encuestados tenían temor sobre posibles fugas. (26)

En cuanto al sexo y la calidad de vida, en un estudio chino, los investigadores buscaron averiguar los factores que influían en la calidad de vida de los pacientes ostomizados (27). Los investigadores utilizaron una gran muestra de 827 encuestados de cinco provincias chinas. A partir de un análisis multivariado de los datos, los investigadores pudieron identificar varios factores sociales que influyen en la calidad de vida relacionada con la salud de los ostomizados. En particular, los investigadores informaron que los hombres con ostomía en comparación con las mujeres tenían una mejor calidad de vida relacionada con la salud; esto ocurrió igual en la presente investigación en donde las mujeres puntuaron en 84% versus 88% de los hombres en cuanto a calidad de vida referida. Los investigadores señalan que este hallazgo no es exclusivo de su estudio, ya que, en una investigación similar realizada en la India, en general, los hombres se enfrentaron a una nueva ostomía mejor que las mujeres (27). Estos estudios guardan relación con lo encontrado en el presente trabajo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La creación quirúrgica de un estoma puede ser un procedimiento que salva vidas y cambia la vida. A pesar de los avances significativos en el cuidado de los estomas, la creación de una ostomía afecta profundamente la salud y el bienestar del individuo y, por lo tanto, la calidad de vida. La investigación relacionada a la calidad de vida ha identificado una variedad de factores clínicos, sociodemográficos y psicosociales importantes para los resultados de los pacientes.

Según el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios de calidad de vida esta fue regular (78.5% *WHOQoL- breff* y *SQoL* 66.7%). Dentro de los temores más prevalentes de la población portadora de ostomías está que la bolsa se desprenda, el olor que se desprende de la misma, y la ropa que uno está condicionado a usar por la ostomía. Lo que menos preocupó a la población estudiada fue el miedo a conocer gente nueva, al sentirse solos en compañía de más personas, o de pensar que la familia puede estar incómoda por la ostomía.

Este estudio aporta información valiosa al respecto del uso de cuestionarios específicos de calidad de vida, confirma que el cuestionario STOMA-QoL es una herramienta válida de investigación para pacientes con ostomías. Se recomienda finalmente que existan más estudios a futuro que usen este cuestionario, para así demostrar su validez, fiabilidad y precisión en un mayor número de pacientes con el fin de lograr una literatura más amplia en este tema que en nuestro país resulta ser nula.

Es importante denotar que el bienestar holístico de los pacientes debe siempre valorar el estado mental, estudiar cómo se autoperceben aquellos pacientes ya que esa autoevaluación que se realizan día a día es clave para la condición general del estado de salud de ellos mismos. Como médicos a más de realizar procedimientos, debemos poder realizar tamizajes y abordajes oportunos a los pacientes, sobre todo en la población adulta mayor donde la salud mental se encuentra infravalorada por estigmas sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salomé GM, de Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*. 1 de octubre de 2014;34(4):231-9.
2. Collado E, García P. Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. *Eur J Health Research*. 2015;1(3):107-18.
3. Schwartz SI, Brunickardi FC, Andersen DK. Principios de cirugía. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2015.
4. Cameron JL. *Current surgical therapy*. 13th edition. St. Louis, MO: Elsevier; 2019.
5. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage*. febrero de 2003;49(2):48-55.
6. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence*. 21 de diciembre de 2010;5:1-5.
7. Aluzaitė K, Nuttall JW, O'Connor M, Harvie R, Schultz M. Quality of life in postostomy surgery patients: A cross-sectional survey. *JGH Open*. octubre de 2020;4(5):987-94.
8. Boraii S. A Descriptive Study to Assess Quality of Life in Egyptian Patients With a Stoma. *Ostomy Wound Manage*. julio de 2017;63(7):28-33.
9. Randell N, Lynch A, Anthony A, Dobbs B, Roake J, Frizelle F. Does a colostomy alter quality of life in patients with spinal cord injury? A controlled study. *Spinal Cord* [Internet]. mayo de 2001 [citado 24 de noviembre de 2021];39(5):279-82. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/3101156>
10. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. enero de 2016;25(1):125-33.
11. Carlsson E, Berndtsson I, Hallén AM, Lindholm E, Persson E. Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. diciembre de 2010;37(6):654-61.
12. Javier CSA, Jacquelin CSY. Título: autocuidado domiciliario de los pacientes con colostomía egresados de cirugía del hospital “Abel Gilbert Pontón” de noviembre 2014 a febrero del 2015. :97.
13. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. *World J Emerg Surg*. 2018;13:36.

14. Cataldo PA. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. *Clin Colon Rectal Surg.* febrero de 2008;21(1):17-22.
15. Jansen F, van Uden-Kraan CF, Braakman JA, van Keizerswaard PM, Witte BI, Verdonck-de Leeuw IM. A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Support Care Cancer.* junio de 2015;23(6):1689-97.
16. Morán Mancero MC. Factores causales en las complicaciones de estomas intestinales en cirugía de emergencia. Hospital Luis Vernaza, 2013. 2014 [citado 15 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3883>
17. Idrovo Murillo LA, Pazmiño Palacios JB. Colostomía Trepine vs Colostomía Convencional en pacientes con obstrucción intestinal de etiología tumoral en el servicio de Cirugía del ION Solca- Guayaquil. Enero 2015- Diciembre 2017. [Internet]. [Guayaquil]: Universidad de Especialidades Espíritu Santo; 2018 [citado 10 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uees.edu.ec/bitstream/123456789/2936/1/IDROVO%20MURILLO%20LUIS%20ANDRES%20-%20PAZMI%20c3%91O%20PALACIOS%20JUAN%20BERNARDO.pdf>
18. O'Flynn SK. Care of the stoma: complications and treatments. *Br J Community Nurs.* 2 de agosto de 2018;23(8):382-7.
19. Ambe P, Kurz N, Nitschke C, Odeh S, Moeslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy: Classification, Indications, Ostomy Care and Complication Management. *Deutsches Aerzteblatt Online.* 16 de marzo de 2018;115.
20. Santos VLC de G, Augusto F da S, Gomboski G. Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies Managed in an Outpatient Care Setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;43(2):158-64.
21. Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, Livesay karen. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *J Clin Nurs.* noviembre de 2021;30(21-22):3111-23.
22. Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas: indications, management, and complications. *Adv Surg.* 2021;46:19-49.
23. Massenga A, Chibwae A, Nuri AA, Bugimbi M, Munisi YK, Mfinanga R, et al. Indications for and complications of intestinal stomas in the children and adults at a tertiary care hospital in a resource-limited setting: a Tanzanian experience. *BMC Gastroenterol.* 28 de agosto de 2019;19:157.
24. Krishnamurty DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* julio de 2018;30(3):193-200.
25. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery. *Ethiop J Health Sci.* marzo de 2017;26(2):117-20.

26. Collins JT, Nguyen A, Badireddy M. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Small Intestine. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459366/>
27. Greenwood-Van Meerveld B, Johnson AC, Grundy D. Gastrointestinal Physiology and Function. *Handb Exp Pharmacol*. 2018;239:1-16.
28. Andrews CN, Storr M. The pathophysiology of chronic constipation. *Can J Gastroenterol*. octubre de 2011;25(Suppl B):16B-21B.
29. Mulita F, Lotfollahzadeh S. Intestinal Stoma. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565910/>
30. Ambe* PC, Kurz* NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy: Classification, Indications, Ostomy Care and Complication Management. *Deutsches Ärzteblatt International*. marzo de 2018;115(11):182.
31. Lopez MPJ, Encila VI, Alamo SG, Monroy HJ, Roxas MFT. Anorectal malformations: definitive surgery during adulthood. *Tech Coloproctol*. febrero de 2019;21(2):111-8.
32. Whitehead A, Cataldo PA. Technical Considerations in Stoma Creation. *Clin Colon Rectal Surg*. julio de 2018;30(3):162-71.
33. Correa Marinez A, Erestam S, Haglind E, Ekelund J, Angerås U, Rosenberg J, et al. Stoma-Const - the technical aspects of stoma construction: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 27 de junio de 2021;15:254.
34. Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F, et al. Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol*. noviembre de 2019;23(11):1037-56.
35. Francone T. Overview of surgical stomy for fecal diversion [Internet]. UpToDate. 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgical-ostomy-for-fecal-diversion>
36. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TRC, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. diciembre de 2010;97(12):1885-9.
37. Tsujinaka S, Tan KY, Miyakura Y, Fukano R, Oshima M, Konishi F, et al. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications. *J Anus Rectum Colon*. 30 de enero de 2020;4(1):25-33.
38. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018;45(1):50-8.
39. Zwiép TM, Helewa RM, Robertson R, Moloo H, Hill R, Chaplain V, et al. Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy):

position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. *Can J Surg.* 2022;65(3):E359-63.

40. Rivet EB. Ostomy Management: A Model of Interdisciplinary Care. *Surg Clin North Am.* octubre de 2019;99(5):885-98.

41. Teoli D, Bhardwaj A. Quality Of Life. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>

42. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(5):493-503.

43. Coons SJ, Chongpison Y, Wendel CS, Grant M, Krouse RS. Overall quality of life and difficulty paying for ostomy supplies in the Veterans Affairs ostomy health-related quality of life study: an exploratory analysis. *Med Care.* septiembre de 2018;45(9):891-5.

44. Davidson F. Quality of life, wellbeing and care needs of Irish ostomates. *Br J Nurs.* 22 de septiembre de 2016;25(17):S4-12.

45. Cetolin SF, Beltrame V, Cetolin SK, Presta AA. Social and family dynamic with patients with definitive intestinal ostomy. *Arq Bras Cir Dig.* 2013;26(3):170-2.

46. Liao C, Qin Y. Factors associated with stoma quality of life among stoma patients. *International Journal of Nursing Sciences.* 1 de junio de 2019;1(2):196-201.

47. Ketterer SN, Leach MJ, Fraser C. Factors Associated With Quality of Life Among People Living With a Stoma in Nonmetropolitan Areas. *Nursing Research.* agosto de 2021;70(4):281.

48. Burch J. Care of patients with a stoma. *Nurs Stand.* 10 de abril de 2013;27(32):49-56; quiz 58.

49. Maydick Youngberg D. A Descriptive Study to Explore the Effect of Peristomal Skin Complications on Quality of Life of Adults With a Permanent Ostomy. *Ostomy Wound Management.* 4 de mayo de 2017;63:10-23.

50. Jayarajah U, Samarasekera DN. Psychological Adaptation to Alteration of Body Image among Stoma Patients: A Descriptive Study. *Indian J Psychol Med.* 2017;39(1):63-8.

51. Cengiz B, Bahar Z. Perceived Barriers and Home Care Needs When Adapting to a Fecal Ostomy: A Phenomenological Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(1):63-8.

52. Sutsunbuloglu E, Vural F. Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study. *Sex Disabil.* 1 de diciembre de 2018;36(4):349-61.

53. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J.* febrero de 2019;16(1):243-9.
54. Paszyńska W, Zborowska K, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Quality of Sex Life in Intestinal Stoma Patients—A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 1 de febrero de 2023;20(3):2660.
55. García-Rodríguez MT, Barreiro-Trillo A, Seijo-Bestilleiro R, González-Martin C. Sexual Dysfunction in Ostomized Patients: A Systematized Review. *Healthcare (Basel).* 29 de abril de 2021;9(5):520.
56. Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. *Colorectal Dis.* mayo de 2020;22(5):500-12.
57. Miletic B, Lekic A, Courteney U. Depression in Elderly with Different Comorbidities - Just a Small Problem or Something More? *Psychiatr Danub.* 2021;33(Suppl 4):471-4.
58. Samuel CA, Mbah OM, Elkins W, Pinheiro LC, Szymeczek MA, Padilla N, et al. Calidad de Vida: a systematic review of quality of life in Latino cancer survivors in the USA. *Qual Life Res.* octubre de 2020;29(10):2615-30.
59. Roshini AP, Sunny A, Rozario AP. Quality of life assessment in stoma patients in a tertiary care hospital in South India: a cross- sectional study. *International Surgery Journal.* 24 de mayo de 2017;4(6):2037-41.
60. Claessens I, Probert R, Tielemans C, Steen Hansen A, Nilsson C, Andersen B, et al. The Ostomy Life Study: The everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing.* 2 de junio de 2020;13:18-25.
61. Geng Z, Howell D, Xu H, Yuan C. Quality of Life in Chinese Persons Living With an Ostomy: A Multisite Cross-sectional Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(3):249-56.

ANEXOS

STOMA QOL:

Stoma-QOL
Cuestionario de calidad de vida para personas con ostomía

Paciente iniciales _____ Fecha: ____/____/20____

Por favor, marque en cada pregunta aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted en este momento

	Siempre	A veces	Raras veces	Jamais
1. Me pongo nervioso/a cuando la bolsa esta llena.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
2. Me preocupa que la bolsa se despegue	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
3. Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el aseo más cercano	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
4. Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
5. Me preocupan los ruidos del intestino	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
6. Necesito descansar durante el día	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
7. La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
8. Me siento cansado/a durante el día	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
9. Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
10. Duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
11. Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
12. Me disgusta mi cuerpo	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
13. Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
14. Me cuesta disimular que llevo una bolsa	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
15. Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
16. Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar)	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
17. Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
18. Me da miedo conocer gente nueva	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
19. Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴
20. Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴

Gracias por contestar al cuestionario

WHOQOL-BREF:

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Presupuesto

Material	Cantidad	Costo/unidad	Costo total
Libros	5	\$300	\$1500
Acceso a artículos actualizados de revista	18	\$40	\$720
Recursos humanos	3	\$100	\$300
TOTAL			\$2520

Cronograma de actividades

Actividad	ene-2 3	feb-2 3	mar-2 3	abr-2 3
Análisis de marco teórico referencial	X	X	X	
Elaboración de fichas de datos de historias clínicas	X	X		
Observación de características presentes		X	X	
Análisis de historias clínicas		X	X	
Elaboración de informes y conclusiones			X	
Correlación de causas y efectos			X	X
Elaboración de propuesta final				X

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS PARTICIPANTES

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio. En el estudio se investigará cual es el efecto de una colostomía sobre la calidad de vida en los pacientes sometidos a una colectomía.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de las personas sometidas a colostomía, pues con este estudio se da a conocer sobre los cambios en la calidad de vida que lleva a cabo esta condición.

Riesgos del Estudio: Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y psicológica.

Confidencialidad. La información que obtengamos se usará únicamente para los objetivos de esta investigación y nadie más tendrá acceso a los datos.

Participación: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libertad de decidir si desea o no contestar las preguntas, sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Además, usted puede retirarse del estudio cuando así lo desee.

Costos: Usted no tendrá que pagar nada por participar en este estudio, ni tampoco recibirá erogación económica alguna.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese con Josué Bermúdez al teléfono, 0997307947, quien es el responsable del proyecto de investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Para la firma:

Yo _____, con cédula de identidad # _____, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre mi participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del/la participante del estudio
(Huella digital si no puede firmar.)

Nombre del entrevistador/ y
Firma