

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE
COLOSTOMIZADO
ÁREA METROPOLITANA DE GUATEMALA
(INFORME FINAL)

Estudio Observacional – Descriptivo, Transversal
realizado en Pacientes Colostomizados Miembros de
la Asociación Guatemalteca de Ostomias

Juan Manuel Aguilar Juárez

Guatemala Agosto 2003

Capitulo	Pagina
I. Introducción.	3 ,
II. Definición y Análisis del Problema.	4,5,6,
III. Justificación.	7,8
IV. Objetivos.	9
V. Revisión Bibliográfica.	
A. Calidad de vida	10
1. Concepto.	10
2. Importancia.	10
3. Instrumentos de medición.	11
a. SF – 36 Health Survey	12
i. Interpretación	
ii. Conceptos Psicometricos	13
iii. Validez	
B. Generalidades y Terminología sobre ostomías.	14
1. Conceptos.	14
a. Ostomia.	14
b. Paciente Ostomizado	14
2. Clasificación de Ostomías.	14
3. Colostomia.	15
a. Definición.	15
b. Clasificación.	15
c. Objetivos.	16
d. Funcionalidad.	16
e. Tiempo.	16
f. Presentación.	16
g. Maduración.	17
h. Ubicación.	17
4. Colostomia Terminal.	17
a. Indicaciones.	18
5. Derechos de los Ostomizados	18
6. Aspectos Psicológicos del Paciente ostomizado.	19
a. Reacciones ante la ostomia.	20
b. Estrategias de afrontamiento.	
c. Cuidados.	20
7. Sexualidad y Reproducción del Colostomizado.	20
a. Alteraciones Físicas.	21
b. Alteraciones Psíquicas.	21
8. Complicaciones.	21
	21
	22
VI. Material y Métodos.	23
a. Metodología	
1. Tipo de Estudio.	23
2. Población.	23
3. Criterios de Inclusión.	23
4. Criterios de Exclusión.	23
5. Variables.	
- Independiente	23
- Dependiente.	24
6. Instrumento SF – 36 Health Survey.	24
7. Recopilación de Datos.	25
8. Tratamiento Estadístico.	25
9. Aspectos Éticos de la Investigación.	25
VII. Presentación de Resultados.	26 – 38
VIII. Análisis y Discusión de Resultados.	39 – 41
IX. Conclusiones.	42
X. Recomendaciones.	43
XI. Resumen.	44
XII. Referencias Bibliográficas.	45
XIII. Anexos.	53

I. INTRODUCCIÓN

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

La Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales (b), como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (c) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

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. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, ocho dimensiones a evaluar: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental.

En el caso particular de las ostomías y en especial de las colostomias, no existen datos concluyentes sobre la interacción de las mismas con la vida del paciente, tomando en cuenta que interactúa con todas las variables que se miden en el concepto de calidad de vida.

El siguiente trabajo aborda, la realidad de 27 colostomizados, 7 mujeres y 20 Hombres, se les caracterizó por: edad, estado civil, escolaridad, tipo y tiempo de colostomía; Se identifican los problemas mas comunes del Colostomizado Guatemalteco y sus diferentes métodos de soporte estomal, se presenta el índice de calidad de vida, y los datos concluyentes, de la caracterización del Colostomizado Guatemalteco, donde su Calidad de Vida se ve afectada por la carencia de programas nacionales de atención al Colostomizado en todo tipo de soporte a su esquema de vida.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Calidad de Vida Relacionada con la Salud, es un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. (1,4,5,6,7,9,10,70)

En nuestro país el contexto social y político hoy día es el resultado de un doble proceso: el de las políticas de reforma del Estado por un lado y el de exclusión social por otro, ambos producto de la aplicación de modelos neoliberales en estas últimas décadas. La exclusión del mercado de trabajo y de la vida, se extiende hoy a los sectores medios, lo que genera una ruptura de los lazos solidarios, aislamiento y desmovilización.(43,85) La tendencia del Estado actual, coloca al individuo en un lugar central, promoviendo en la esfera social la cultura del individualismo y la competitividad.(53,92)

En este marco, la violencia social de la exclusión reproduce y genera mas violencia y es la característica dominante en las relaciones sociales aportando cuotas de dolor, miedo, muerte y desesperanza.(56)

Mientras recrudecen algunos de los viejos problemas de salud (característicos de los países subdesarrollados: enfermedades infecciosas, desnutrición, entre otras), este contexto cada vez mas complejo, genera nuevos problemas de salud -propios de los países desarrollados- como la violencia urbana, la expansión del abuso del alcohol y drogas legales e ilegales, accidentes, enfermedades cardiovasculares y congénitas, trastornos de la alimentación, deterioro del medio ambiente.(56,57,76,87,88)

La violencia urbana, empieza a considerarse una pandemia, producto de esas características; en lo que corresponde al colon que es la víscera hueca mas afectada, las consecuencias se reflejan en los siguientes porcentajes:

70% de los traumatismos de colon se distribuyen en individuos de entre 14 y 31 años de edad. Entre las causas más frecuentes están:

- Arma Blanca 52.9%
- Arma de Fuego 25.6%
- Iatrogénicas 10.8%
- Contusiones 8.8%
- Cuerpos extraños 1.9%

(2,3,21,27,38,44,58,79,120)

Las partes afectadas por traumatismos generalmente son los segmentos móviles del colon, o sea, el transverso y el sigmoidees, que son partes que no son retroperitoneales:

- Transverso 30.4%
- Sigmoidees 19.6%
- Ciego 12.7%

(54,68)

La mayoría de estas afecciones arrojan datos alarmantes sobre la realización de colostomias, se estima que 0.5 % de la población Guatemalteca vive con una colostomía.

(90)

"Es derecho de todos los a ostomizados tener una adecuada calidad de vida después de su intervención quirúrgica".

Asociación Internacional de
Ostomizados.

(115)

De los estudios realizados a nivel mundial, los datos no son concluyentes, en una revisión hecha en el sistema internacional de búsqueda MEDLINE, se encontraron 3 estudios sobre la calidad de vida del paciente Colostomizado, 1 realizado en Holanda, 1 en el Reino Unido y otro en la Republica de Argentina; los estudios han definido afecciones específicamente delimitadas por la vida con una ostomía - colostomía. (66,69,91,102)

Por ejemplo: en el estudio argentino se habla de que el 48% de ostomizados no manifiesta cambios en su vida sexual . El 16 % acusa cambios positivos. El 17% de Mujeres y el 21% de Hombres argentinos ostomizados, reportan frustración y separación de su vida marital o íntima.

La adaptación a la vida cotidiana resulto fácil en el 60% de los casos, difícil y no superada en el 24.42%.

La mayoría de dificultades de adaptación se presentan en el hombre respecto a su adaptación personal, con su cónyuge e íntimos. La reinserción laboral fue mas fácil en el hombre.(69)

Los Holandeses reportaron que el 30% de sus pacientes padecen problemas emocionales y sociales; al igual que los ingleses coinciden en los datos respecto al distres por la presencia de las colostomias.(66)

Sin embargo la problemática del colostomizado no termina allí, los problemas mayormente reportados en los 3 estudios citados, son los siguientes:

en orden de prioridad;

- Falta de provisión de bolsas.
- Olores.
- Fugas.
- Posibilidad de que se note.
- Ruidos

(66,69,91)

Se debe conocer en Guatemala, qué sucede con los pacientes colostomizados, ya que los problemas mencionados en la literatura pueden también estar presentes en nuestro medio. La problemática puede ser mas que evidente; por las características de acceso a los servicios de salud que son tan limitados. Es muy probable que el paciente Colostomizado viva en el olvido por parte de los prestadores de servicios de salud en Guatemala.

Al conocer los datos, se pretende interactuar con los limitados recursos y la Asociación de Ostomias de Guatemala, para crear programas de soporte estomal y de mejoramiento de la calidad de vida.

III. JUSTIFICACIÓN

La calidad de Vida se utiliza para: la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción; la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos; la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas.(4,6,7,8,36,38,72,114)

La mejora de la Calidad de Vida es actualmente una meta compartida por muchos programas de des-institucionalización y acceso al empleo. La posibilidad de satisfacer dichas necesidades y la oportunidad de desplegar nuestro potencial creativo y recreativo, así como el logro de una mayor autonomía, constituyen también aspectos fundamentales para el desarrollo de una mejor calidad de vida.(12,16,18)

La desigualdad en la posesión de los bienes comunes de quienes habitamos la ciudad (bienes públicos) y las inequidades en el acceso a los recursos y a las oportunidades, condicionan nuestra calidad de vida.(28,31) Mejorar la calidad de vida requiere un fuerte compromiso del Estado en el desarrollo de políticas que garanticen a los ciudadanos la satisfacción de sus necesidades.(22,55,88)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), definen a la promoción de la salud como "la suma de acciones de la población, de los servicios de salud, de las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva".(19,22,37,126,127)

En Guatemala no existen programas de atención al paciente Colostomizado, el concepto de soporte estomal, es llevado por la auxiliar de enfermería, los datos sobre la calidad de vida del paciente Colostomizado se desconocen(89,99); la problemática detectada en los países desarrollados, puede variar en nuestro país creando nuevas necesidades, las cuales son necesarias de conocer para poder implementar programas de soporte estomal en nuestros centros de atención, los cuales además deben brindar una atención integral y específica a este grupo de pacientes inmersos en el abandono.

Se hace también indispensable tener una caracterización de la mayoría de los pacientes, para la búsqueda de tecnologías acordes a nuestra realidad. No es necesario, para dar el mejor soporte estomal, la mejor de las tecnologías o lo mas caro de las prótesis, para mejorar las características personales de cada individuo Colostomizado, lo que si hace falta es crear el interés de los prestadores de servicios en la mejora de la atención que presta.

La mejora de la calidad de vida de los pacientes colostomizados, persigue la integralidad de la atención de salud, y complementa los niveles de atención en salud que se deben cubrir, para decir que se hace salud pública. (72)

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Evaluar la calidad de vida de los pacientes Colostomizados en los diferentes aspectos de su vida, caracterizarlos y describir su grado de adaptación al nuevo esquema corporal, el uso y confortabilidad de prótesis y necesidades personales, sociales y laborales.

B. ESPECÍFICOS:

1. Evaluar la calidad de vida de los pacientes colostomizados, en cuanto a:
 - Función física.
 - Rol físico.
 - Dolor corporal.
 - Salud general.
 - Vitalidad.
 - Función social.
 - Rol emocional.
 - Salud mental.
2. Caracterizar a los Pacientes Colostomizados:
Sexo, Edad, Estado Civil, Escolaridad, Tipo de Colostomia, Tiempo de Colostomizado.
3. Describir los diferentes aspectos de la vida del Colostomizado, su grado de adaptación al nuevo esquema corporal, el uso y confortabilidad de prótesis, y necesidades personales, sociales y laborales.

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. CALIDAD DE VIDA:

1. El Concepto de Calidad de Vida (CV), presenta diferentes significados, refleja los diversos conocimientos, la experiencia y los valores individuales; depende, en gran medida, de la escala de valores por la que cada individuo ha optado más o menos libremente y de sus recursos personales y emocionales; y además está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, y se modifica con el paso de los años para un mismo individuo. (8,9,33,45,100,105,116)

Para algunos la CV puede estar basada en la satisfacción de una vida familiar o en un sentido espiritual de la existencia. Para aquellos que padecen alguna enfermedad, la CV se centra en la dolencia y sus consecuencias. (71) Así, calidad está ligada a múltiples facetas de la experiencia, desde la más completa multidimensionalidad al nivel de interrelaciones sociales que confieren significado a la vida. Por lo tanto, no podemos escoger una única característica - dimensión - para definir la CV. (1,4,15,60,70)

Al intentar medir el impacto de la salud sobre la CV, surge el concepto CV relacionada con la salud (CVRS). A modo de consenso, la CVRS consiste en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y que se refleje en un bienestar general. Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico - cognitivo y social.(20,23) La mayor limitación que se puede argumentar contra este propósito consiste en pretender que las personas analicen separadamente los componentes relacionados con la salud de los que no tienen relación con ella. Así, esta perspectiva ignora la interconexión del estado de salud con otros aspectos de la existencia humana por ejemplo, las valoraciones de los ingresos, la condición laboral, las estrategias para enfrentarse a situaciones, la responsabilidad, la auto imagen y los modos de ser habituales de cada persona.(11,35,61,73,74)

2. Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la atención primaria:

Su importancia radica en utilizarla:

- En determinadas poblaciones o de sub grupos con alguna característica socio demográfica y/o condición patológica; así como,(65)
- Para evaluar las diferencias entre pacientes cumplidores e incumplidores del tratamiento.(66)

- Para aquellas patologías crónicas en las que no se espera la curación, las estrategias terapéuticas deben valorarse según su capacidad de proporcionar un salto cualitativo y cuantitativo en la Calidad de Vida.(82)
- Para la indagación de la efectividad clínica: con datos comunes sobre la Calidad de Vida Relacionada con las Salud sobre las consecuencias de las decisiones clínicas, y acerca de la trayectoria de determinadas patologías y poblaciones específicas.(64)
- Y para detectar nuevos problemas en la consulta de atención primaria.(95)

3. Instrumentos de medición de calidad de vida:

Disponemos en la actualidad de varios instrumentos genéricos para la valoración de la CVRS: el Perfil de Salud de Nottingham, el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad y el SF-36, son algunos ejemplos de los cuestionarios más reconocidos internacionalmente. De todos ellos disponemos de una adaptación trans cultural con criterios psico métricos de calidad, todos son multidimensionales, fiables y válidos, pero son difíciles de incorporar a la práctica diaria porque son extensos y laboriosos de administrar e interpretar.(24,83,100)

El SF – 36 es uno de los instrumentos más cortos validados y disponibles; por su brevedad y representación visual puede utilizarse por personas con un nivel de instrucción muy bajo; puede administrarse por un profesional sanitario o ser auto administrado, interpretarse directamente sin necesidad de cálculos aritméticos y es atractivo y aceptado tanto por los profesionales como por los pacientes, es decir, que los pacientes en su mayoría pueden realizarlo en la sala de espera. (124,125)

El tiempo empleado en su complementación es de aproximadamente unos 5 minutos y a los pacientes les resulta atractivo el instrumento, lo comprenden sin muchas dificultades y en su mayoría creen que es importante que su médico conozca la información aportada por el cuestionario.(84,94) Aunque normalmente los hallazgos son consistentes con la impresión del médico, en numerosas ocasiones revelan mayores niveles de disfunción y abren nuevas vías de comunicación. (108,123)

A pesar de todo lo dicho, la utilización de todos estos instrumentos es prácticamente nula. Se han apuntado varios tipos de barreras: los profesionales carecen de confianza acerca de la validez de la información proporcionada por estos cuestionarios, temen encontrar muchos falsos positivos, lo que podría sobrecargar las consultas, ya que se debería invertir un tiempo considerable en estudiar todos estos casos; aunque los hallazgos sean válidos, los médicos dudan respecto a que puedan servir de ayuda al paciente y sean útiles clínicamente, y pueden suponer un elemento de ansiedad para el profesional si siente sobrecargada su labor asistencial, por lo que se resistirá a su aplicación.(34,113)

En primer lugar clasificaremos las encuestas sobre la salud en genéricas y en específicas o relativas a una patología concreta.

Las encuestas genéricas sobre calidad de vida en relación con la salud tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, bienestar corporal, etc. y entre las más conocidos están:

NHP (Nottingham Health Profile)

SF-36 Health Survey

SIP (Sickness Impact Profile)

(109)

El uso de encuestas específicas para una patología o grupo de patologías es cada vez más amplio, aunque los cuestionarios utilizados tienen, por su propia naturaleza, una menor difusión al restringirse su campo de aplicación a un área específica.(63,65,70,81,82,113)

a. SF-36 Health Survey.

Aunque la orientación de cada tipo de encuesta es diferente, los criterios estadísticos a aplicar son muy parecidos y podemos resumirlos en tres grandes rasgos: interpretación, fiabilidad y validez. Únicamente el primero de ellos va muy asociado a las características de la encuesta, los otros dos podemos considerarlos conceptos generales.(15,59,61,62)

- i. Interpretación: La interpretación de un cuestionario puede ser tipo descriptivo del estado de salud de un paciente concreto o de un conjunto muestral con unas características determinadas. O puede ser una medida comparativa entre dos grupos de pacientes, por ejemplo con diferentes tratamientos. Precisamente la utilidad de un cuestionario estará asociada a las posibilidades de interpretar las puntuaciones obtenidas, con el fin de poder obtener conclusiones que puedan ayudar a la toma de decisiones clínicas, económicas o incluso diagnósticas. La sabiduría popular siempre ha considerado que la evolución de una enfermedad va íntimamente ligada a las "ganas de vivir" que le quedan al paciente, lo cual no se sabe si es la causa o el efecto, pero en cualquier caso ese concepto vitalista o humanístico subyace en el objetivo de las escalas de medida de la calidad de vida. No conviene olvidar que estamos manejando valores subjetivos, que a diferencia de una analítica, un registro de presión, o una radiografía, son inherentemente difíciles de medir, y en los que factores tan importantes como el número de preguntas, o la comprensibilidad de éstas, que influyen en el tiempo de complementación van a alterar el grado de cooperación del paciente y por consecuencia el rigor de la información recogida (validez aparente).(62,63,84,102)

Se utilizan diferentes técnicas estadísticas a la hora de interpretar los resultados de una encuesta. Así, por ejemplo, un enfoque es comparar los cambios en las puntuaciones medias de los pacientes en diferentes estadios de la enfermedad, para el caso de cuestionarios específicos, o comparar las puntuaciones medias de los pacientes con diferentes patologías en los cuestionarios generales.(74,93,97)

En el caso de los cuestionarios genéricos, como es el SF-36, el método más ampliamente utilizado es realizar un estudio de una muestra representativa de la población general, con el fin de obtener valores que puedan ser considerados normales en la población general, para poder contrastar con esos valores de referencia los resultados de cada estudio.(73)

Por todo ello es recomendable usar los cuestionarios en su forma original, y valorar asimismo las puntuaciones de acuerdo a los criterios indicados en las instrucciones originales, a fin de obtener resultados comparables.

Resulta entonces muy útil disponer de valores de referencia de la población normal, en concreto lo más habitual es disponer de la media, y desviación típica, así como de la mediana, y diversos percentiles, tanto de la muestra global como estratificada, por ejemplo en función de la edad, el sexo, etc.

Para el cuestionario SF- 36 se han publicado numerosos estudios de referencia, pero no existen datos publicados de los valores para la población guatemalteca.

- ii. Conceptos Psico métricos: La fiabilidad de un cuestionario determina la consistencia de los resultados obtenidos por los mismos individuos cuando son completados en diferentes ocasiones. Al ser, por tanto, la fiabilidad una medida del grado de consistencia o concordancia, puede expresarse siempre mediante algún coeficiente de correlación.

Los parámetros estadísticos a utilizar serán los coeficientes de correlación habituales: Pearson para variables cualitativas, Spearman para variables ordinales, coeficiente de correlación intra clase en el caso de más de 2 muestras, Kappa de Fleiss para medida de concordancia en resultados cualitativos.

Hay diferentes tipos de fiabilidad. Tenemos así la fiabilidad de la repetición, también denominada "retest", que valora hasta qué punto los resultados pueden generalizarse, y cuanto mayor es menos susceptibles son los resultados a cambios causales en el paciente. Cuando se especifica la fiabilidad "retest" debe indicarse el periodo de tiempo sobre el que fue medida.(62,63)

- Fiabilidad interna: Partiendo de una sola aplicación del cuestionario por paciente es posible determinar una medida de fiabilidad, así en un cuestionario que midiera un único rasgo podríamos dividir todas las preguntas en dos mitades, por ejemplo items pares e impares, y calcular un índice de concordancia entre ambas. El parámetro más utilizado es el denominado alfa de Cronbach, que es, en realidad, la media de todos los coeficientes de todas las posibles combinaciones de división en mitades (no sólo pares e impares) del cuestionario. Como criterio de "andar por casa" se considera que un cuestionario con un alfa superior a 0.7 tiene una buena fiabilidad interna, tanto mejor cuanto más se acerque a 1.(85)

Hay que tener presente que los coeficientes de fiabilidad dependen tanto del cuestionario como de la variabilidad de la muestra.

En el caso de cuestionarios que no son completados directamente por el paciente, sino por otra persona, médico o cuidador, tenemos hablar también de fiabilidad del encuestador

- iii. La validez de una encuesta se refiere a lo que mide y a cómo lo mide. Los cuestionarios se diseñan para unos propósitos concretos y, por lo tanto, no existe el cuestionario perfecto para cuantificar cualquier aspecto. Así, no podemos hablar de la validez de un cuestionario en términos generales, diciendo que su validez es alta o baja en abstracto, sino que ésta se determinará respecto al objetivo específico para el que fue diseñado.

B. GENERALIDADES Y TERMINOLOGÍA SOBRE OSTOMIAS.

1. Conceptos:

a. Ostomía:

- Es el término con que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal, para abocar al exterior los productos de desecho del organismo. La nueva abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma.(48)
- Es la comunicación de una víscera con la pared abdominal directamente o a través de una Sonda.(28)

b. Paciente ostomizado:

- Entendemos por paciente ostomizado la persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones.(40,48)

2. Clasificación de las ostomías;

a. Según su función:

- Estomas de nutrición
- Estomas de drenaje
- Estomas de eliminación

b. Según el tiempo de permanencia:

- Temporales
- Definitivas

c. Según el órgano implicado:

- Colostomía
- Ileostomía
- Urostomía
- Nefrostomía

(47)

3. Colostomía:

a. Definición:

- "Abocamiento del intestino grueso con el fin de desviar total o parcialmente el tránsito intestinal".(48)
- Es definida como la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso.(47)

Las primeras colostomías fueron realizadas en el siglo XVIII y XIX por cirujanos franceses Maydl en 1884 describió la técnica de la colostomía en asa sobre un vástago. En 1908, E. Miles describe la colostomía sigmoidea terminal con resección abdomino perineal y Hartmann en 1923 popularizó el procedimiento quirúrgico de resección del colon sigmoideas con colostomía terminal y cierre del muñón rectal para obstrucción del colon sigmoideas o recto superior, procedimientos quirúrgicos que aún se realizan en la actualidad.(47)

b. Clasificación:

- i. Laterales (Cecostomia Per Cutánea): Parcialmente derivantes. Asienta en la pared del asa. Su indicación es fijar el vólvulo del ciego, donde mediante una sonda se deriva parcialmente el tránsito.
 - ii. Circunferenciales: Donde todo el lumen es abocado y la derivación es total. Las colostomías circunferenciales se pueden clasificar en:
 - En asa
 - No seccionada Wangesteen
 - Seccionada Denis y Fallis
 - Doble boca o bara.
 - Cabos adyacentes Mikulicz
 - Cabos separados Devine
 - En un cabo
 - Definitiva Milles
 - Transitoria Hartmann
- (68)

Es más antigua y reglada. La clasificación depende de: Objetivos, Funcionalidad, Tiempo, Presentación, Maduración, Ubicación.(46)

c. Objetivos:

- Derivación
- Desfuncionalizar

d. Funcionalidad:

- Descompresiva: Cumple las mismas funciones que la lleostomía. Ej. Ca ángulo esplénico del Colon, estará el segmento proximal dilatado por la obstrucción, se soluciona la obstrucción exteriorizando el asa, abriendo una de sus caras, para permitir un drenaje del contenido, pero sin interrumpir el flujo hacia la parte distal. La técnica consiste en levantar el asa con una prótesis de hule, se abre un lado sin necesidad de que quede fija a pared abdominal. Clásicamente es transitoria pues su indicación es mientras persiste la obstrucción o mientras sea necesario cuidar el área lesionada.
- Desfuncionalizante: En este caso se desea que no pase contenido intestinal hacia la parte distal, para lo cual se exterioriza el segmento colónico y se aboca todo su lumen a la piel. Como por ejemplo en la Operación de Milles, en la que se secciona el recto y el aparato esfinteriano (Cáncer de recto) y el resto del sigmoides se aboca completamente.

e. Tiempo:

- Transitoria: Las descompresivas tienen este objeto para proteger algo o para descomprimir un área con obstrucción. Pero si en la operación se descubre que la obstrucción es por un Cáncer, la colostomía puede persistir y ser definitiva.
- Definitiva: La mayoría son irreversibles, como la que se hace en la Operación de Milles, no se debe permitir que haya flujo hacia distal por la posibilidad de incontinencia.

(114)

f. Presentación:

- Un Lumen: Colostomía terminal (Operación de Milles, Hartmann)
- Doble lumen: Un agujero corresponde al asa aferente y el otro a la eferente, se ve en Asa del Transverso.
- Colostomía más Fístula Mucosa: Son dos orificios en la piel totalmente separados, uno es de la colostomía y el otro de la fístula mucosa.

g. Maduración:

Se refiere a cuando va a funcionar la colostomía, o sea cuando va a tomar contacto la mucosa con el exterior. El tiempo que se demore en ser utilizada, permitirá una mejor adhesión del colon con el tejido subcutáneo.

- Inmediata: En una Colostomía terminal el lumen es suturado a la pared abdominal y queda inmediatamente funcional. Milles y Hartmann.
- Diferida: Se espera un tiempo para madurar la Colostomía (Cortar y abrir el lumen). En las Colostomías en Asa (doble lumen), por una Obstrucción Intestinal, algunos recomiendan operar para exteriorizar el asa debiendo esperar 48 horas para madurar la colostomía permitiendo así que la serosa del asa se adhiera al subcutáneo, disminuyendo así las complicaciones sépticas.

Sin embargo hay quienes defienden la maduración precoz, ya que si se hace una colostomía por obstrucción Intestinal y se espera 48 horas para madurarla, puede complicarse la obstrucción, además la maduración en el mismo momento operatorio permite dejar más plana el asa lo que es más cómodo para el paciente.

h. Ubicación:

Depende del segmento de colon que se desee exteriorizar, el transverso y el sigmoide por estar libres son los más fáciles de ligar a la pared cutánea. Así el cuadrante elegido depende del Asa escogida y debe analizarse en relación a cada paciente.

Las Colostomías las clasificaremos según su localización anatómica:

- Cecostomía
- Colostomía ascendente
- Colostomía transversa
- Colostomía descendente
- Sigmoidostomía

(75)

4. Colostomía Terminal.

Que una colostomía sea permanente o temporal depende fundamentalmente del proceso patológico por la cual se realizó. Es importante definir esto al realizarla ya que un gran número de colostomías que pretendieron ser temporales se transforman en permanentes en la medida que el cuadro clínico de base no logre resolverse. Si la colostomía va a ser permanente debe ser de tipo terminal (derivar totalmente el tránsito) realizada en un lugar de fácil manejo para el paciente y lo más distal posible ya que las deposiciones son mas formadas.

El lugar mas adecuado para este tipo de colostomía es en el cuadrante inferior izquierdo, por debajo del ombligo, 1 3-4 cm. lateral a la línea media y transrectal, fijando el peritoneo a la serosa del colon y también el mesó colon a la pared lateral del abdomen, evitando así una serie de complicaciones que analizaremos más adelante. En aquellos pacientes que requieren de reconstrucción del tránsito intestinal, esta debe realizarse a través de una laparotomía a lo menos 8 semanas de efectuada la colostomía, para dar tiempo que se resuelva la inflamación generada por el acto quirúrgico.(17,47,48)

a. Indicaciones.

Las indicaciones para realizar una colostomía son variadas, entre ellas las más importantes son: (76)

- i. La obstrucción del colon ya sea por patología maligna o benigna.
- ii. La perforación de colon como resultado de patología benigna o maligna, se acompaña de peritonitis localizada o generalizada, lo que hace no aconsejable efectuar resecciones y anastómosis inmediata. En tales situaciones una colostomía es lo recomendable, además de la resección del segmento patológico comprometido.
- iii. Los traumatismos de colon son una gran fuente para la creación de colostomías. Heridas pequeñas (que comprometen menos del 25% del perímetro del colon) con poca contaminación fecal intraabdominal, pacientes hemodinámicamente estables y operados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el traumatismo pueden ser cerradas en forma primaria. Sin embargo, daño tisular severo, grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos requieren ser tratadas con colostomía, que puede ser en las siguientes modalidades:
 - Exteriorización del segmento lesionado a modo de colostomía.
 - Reparación primaria de la lesión y colostomía proximal (habitualmente en heridas de recto).
 - Resección del segmento de colon lesionado, con colostomía proximal y fístula mucosa (colon distal exteriorizado)
 - Resección del segmento de colon lesionado, con colostomía y cierre del muñón distal (Operación de Hartmann).

- Existe un grupo de pacientes que se encuentran en una etapa intermedia entre estos 2 tipos de lesiones y pueden ser tratados en la modalidad de precolostomías que consiste en el cierre primario de la lesión y la exteriorización de este segmento suturado.
- iv. La resección del recto en su totalidad en continuidad con el aparato esfinteriano.
- v. Una resección anterior de recto baja o una anastómosis coloanal.

(107,111,112)

En los últimos decenios se registra un franco descenso en el uso de colostomías. Solo existe una indicación absoluta, que es el paciente con heridas de recto o destrucción perineal, en quien se requiere proteger la lesión del contenido intestinal para su adecuada cicatrización.(80,90)

El cierre de colostomía generalmente se realiza después de 8 semanas, una vez el proceso inflamatorio haya cedido. Se practicará estudio del colon por enema de bario preoperatorio en los pacientes que tuvieron heridas dístales a la colostomía. Un método de preparación del colon consiste en dar dieta líquida 48 horas antes, Manitol 250 ml y solución salina 750 ml para ingerir en una hora.

(14,91,92,94,96,98,101,103,104,106,110,120)

5. Derechos De Los Ostomizados.

- ✓ Recibir información pre operatoria completa, informando sobre los beneficios de la operación y de los factores esenciales del vivir con un estoma.
- ✓ Tener un estoma bien constituido y bien localizado en un sitio apropiado buscando el confort para el paciente.
- ✓ Recibir el soporte medico profesional y experimentado y el cuidado de enfermería durante el periodo pre y post operatorio, tanto en el hospital como en su comunidad.
- ✓ Recibir información completa e imparcial sobre los productos relacionados al cuidado de la ostomia disponibles en su país.
- ✓ Tener la oportunidad de escoger de la variedad de productos de manejo de ostomia disponibles y sin prejuicio.
- ✓ Recibir información sobre la Asociación Nacional de Ostomizados de su país, y de los servicios que puedan proveer.
- ✓ Recibir información y apoyo suficiente en beneficio de la familia y amigos para aumentar sus conocimientos y entendimiento sobre el standard de vida satisfactoria de personas con ostomías.

Tomado del Comité de Coordinación del IOA. Junio 1993.
(International Organization of Ostomies)(25)

6. Aspectos Psicologicos del Paciente Colostomizado.

Los pacientes son personas que proceden de los más variados círculos sociales, culturales y religiosos y han sido condicionados desde la infancia para aceptar diversas creencias, formas de vida y actitudes que dan lugar a una combinación única del individuo.

A lo largo de la vida, la autoestima traducida en auto cuidado (hábitos dietéticos, higiénicos, estéticos) se ha desarrollado con mayor o menor eficacia. Este proceso puede verse interrumpido o descompensado ante la vivencia de un proceso quirúrgico como es la ostomía (agresión a la imagen corporal), manifestándose en ansiedad por la pérdida de control, abocando al paciente a un estado depresivo que bloqueará el desarrollo posterior y se traducirá en la no aceptación del estoma, en agresividad y en retraimiento de sus relaciones interpersonales.

a. Reacciones ante la ostomía. (26)

La persona ostomizada puede presentar diferentes reacciones ante la ostomía:

- De alivio, después de la intervención quirúrgica.
- Preocupación y nerviosismo, aunque puede enfocar el futuro de forma constructiva.
- Pena y depresión intensa durante un periodo más o menos largo de tiempo, manifestando incluso cierta hostilidad.
- Reacción inmediata de aceptación en el postoperatorio inmediato a la que sigue un periodo de depresión.

b. Estrategias de Afrontamiento.

Para combatir esta situación, el paciente suele poner en marcha "Estrategias de Afrontamiento":

- Buena información.
- Buscar apoyo: intenta encontrar la comprensión del problema.
- Atribución del problema a causas externas para poder mantener su propia estima de forma positiva.
- Negación, ya que al evitar la confrontación directa con el problema disminuyen las emociones negativas y protege la autoestima.
- Afrontamiento directo y activo de la situación para intentar dominarla.

(28,29,117,118,119)

c. Cuidados:

- Informar al ostomizado a demanda de sus necesidades, transmitirle tranquilidad y soporte emocional.
- Proporcionarle la información clara, repetida y referida a auto cuidados, tratamiento y manera de seguirlos.
- Actitud empática por parte nuestra, para facilitar la intercomunicación con la finalidad de que sea la persona ostomizada, sujeto activo en el proceso de adaptación-aceptación.

(13,31,32,36,40,50,51,78,87,96,123,124,125)

7. Sexualidad Y Reproducción Del Colostomizado.

Hay numerosos estudios en los que se confirma la existencia de trastornos sexuales en los ostomizados. El abordaje de este problema recae en la Atención Primaria, cuando el sujeto vuelve a casa y se restablece, intenta volver a su relación sexual, en el momento en el que el contacto físico y afecto le son imprescindibles.

a. Alteraciones físicas:

- i. En los hombres el recto está situado entre el sacro y los órganos genitales, la resección del mismo puede producir lesiones en los nervios que provienen de los plexos sacro y lumbar produciéndose como consecuencia disfunciones en la erección y eyaculación. Ausencia de erección, ausencia de eyaculación y eyaculación retrógena.
- ii. En las mujeres la necesidad de extirpar la cara interna de la vagina puede producir una reducción de la misma, pudiendo ocasionar: Coitalgia, por disminución de diámetro de la vagina, cuando hay exéresis del recto. Dispaurenia, ausencia de lubricación vaginal por lesión del parasimpático.

b. Alteraciones psíquicas:

- o Se deben sobre todo a trastornos de la imagen e inseguridad.
- o Impotencia psíquica, disminución del apetito sexual.

(42,43,48,49,50,52,67,104,121,126,128)

8. Complicaciones.

Las complicaciones que ocurren, suceden por la exteriorización del asa.

a. Las Graves son:

- Necrosis de Asa: El pedículo Vascular se torció o estiró mucho al momento de arrastrar el asa.
- Peritonitis: Al necrosarse y perforarse el asa en la cavidad abdominal.
- Obstrucción Intestinal: Por mala rotación del asa, por adherencias o por la Enfermedad de base.

b. Las más frecuentes(menos severas):

- Abscesos: Frecuentes por estar la pared abdominal en contacto con el contenido intestinal, sucede con más frecuencia cuando se hace de urgencia sin preparar el tubo digestivo.
- Dermatitis Severa: Sería la más frecuente, aparecen lesiones cutáneas. Si no se toman las precauciones necesarias ocurre este daño, imposibilitando el uso de la bolsa recolectora(más irritación), generando dolor e inflamación y complica la posibilidad de cierre.
- Prolapso. Es muy factible que, al proseguir los movimientos peristálticos intestinales, el lumen del intestino proximal protruya por la colostomía.

- Hernia paracolostómica. Generalmente secundaria a falla en la técnica o debilidad de la pared, se produce por una continuidad del orificio colostómico en la musculatura abdominal, que permite la salida de asas intestinales que quedan contenidas por piel.
- Edema de Mucosa. Complicación frecuente que, si es de importancia, puede obstruir el lumen por el edema.
- Retracción. Falla en la técnica que produce una dehiscencia de suturas de las colostomía, introduciéndose el asa nuevamente a el abdomen.
- Evisceración. Salida de asas y contenido abdominal por el orificio de colostomía, previa dehiscencia de suturas.

(30,39,41,67,77,80,110,116,121,122,127,128)

V. MATERIAL Y METODOS.

a. METODOLOGÍA.

1. Tipo de Estudio:

Observacional – Descriptivo.

2. Población:

La población de estudio 27 pacientes que tenían colostomía, miembros de la Asociación Guatemalteca de Ostomias.

3. Criterios de Inclusión:

Todos aquellos pacientes mayores de 18 años, que poseían una colostomía que dieron su colaboración con el estudio.

4. Criterios de Exclusión:

Pacientes que no desearon cooperar.
Que presentaban otro tipo de ostomía.

5. Definición de Variables:

- Variable Independiente:
Pacientes con Colostomía.
- Variables Dependientes:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medida.
Función física:	Estado de Completo bienestar del cuerpo.	Evalúa la capacidad del paciente para el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos. Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.	Nominal	• Nada. • Un Poco. • Mas o Menos. • Mucho. • Demasiado.
Rol físico:	Situación de relación entre el bienestar físico y la interacción con el medio.	Evalúa las consecuencias de un rendimiento menor del deseado, o limitando, así como el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.	Nominal	• Nada. • Un Poco. • Mas o Menos. • Mucho. • Demasiado.

Dolor corporal:	Sensación molesta desagradable y aflicta que no involucra una determinada parte del cuerpo.	Evalúa el efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar. Medida de la intensidad del dolor padecido.	Nominal	• Ningún Dolor. • Muy Poco Dolor. • Poco Dolor. • Moderado Dolor. • Severo Dolor. • Muy Severo Dolor.
Salud general:	Valoración personal del estado de salud, que involucra el pleno goce de todas las facultades humanas.	Evalúa la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar, en referencia a cierto tiempo.	Nominal	• Mucho Mejor Ahora que hace un año. • Algo Mejor ahora que hace un año. • Mas o Menos Igual Ahora que hace un año. • Algo Peor Ahora que hace un año. • Mucho Peor ahora que hace un año.
Vitalidad:	Sentimiento de energía y capacidad positiva de afrontar la vida.	Evalúa el cansancio y desánimo.	Nominal	• Nada. • Un Poco. • Mas o Menos. • Mucho. • Demasiado.
Función social:	Relación que el paciente tiene con la sociedad, con su familia, con su pareja.	Evalúa el grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.	Nominal	• Siempre. • Casi Siempre. • Muchas veces. • Algunas Veces. • Casi Nunca. • Nunca.
Rol emocional:	Interacción del paciente con sus propias percepciones hacia el mismo y otras personas.	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.	Nominal	• Nada • Un Poco • Mas o Menos • Mucho • Demasiado
Salud mental:	Uso pleno de todas las facultades mentales humanas, sin presencia de patología unipolar.	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	Nominal	• Siempre. • Casi Siempre. • Muchas veces. • Algunas Veces. • Casi Nunca. • Nunca.

6. Instrumento de SF-36 Health Survey:

El SF-36 Health Survey es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

Además se generó un instrumento de recolección de datos propios para la caracterización de los Colostomizados.

(Ver Anexos)

7. Recopilación de Datos:

Los datos fueron recabados por auto administración de los instrumentos o por entrevista dirigida, por medio del investigador, durante el periodo comprendido del mes de Junio 2002 a Julio 2003, por medio de visita domiciliar.

8. Tipo de Tratamiento Estadístico:

Los cuestionarios fueron enviados a la empresa QualityMetric Inc. 640 George Washington Highway, Lincoln, RI 02865 Estados Unidos.

9. Aspectos Éticos de la Investigación:

Por ser una investigación cualitativa y cuantitativa de la calidad de vida de los pacientes; se utilizó el consentimiento informado, guardando la confidencialidad pertinente de los datos obtenidos, para lo que se llevó una boleta específica.

Consentimiento Informado: El Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas define consentimiento informado de la siguiente manera:

- El consentimiento es informado cuando es proporcionado por una persona que comprende el propósito y naturaleza del estudio, lo que la participación en el mismo requiere realice la persona y los riesgos a que se expone, a igual que los beneficios se espera surgirán como resultados del mismo.
- Cualquier y todo tipo de información que una persona razonable pudiera considerar como materialmente importante para tomar la decisión de consentir.

El consentimiento verdaderamente informado no sólo es la mejor protección en contra de la explotación a la población

muestreada, sino también la mejor forma de mostrar respeto por la cultura de la misma.

El consentimiento individual informado, deberá ser obtenido poco antes de, o durante el proceso de muestreo mismo.

Debe satisfacer 3 requerimientos:

- Información adecuada:
 1. Descripción de la intervención y de los objetivos que se persiguen.
 2. Molestias y riesgos más importantes.
 3. Beneficios esperables.
- Alternativas factibles.
- No utilizar coacción.
- Total competencia del paciente para consentir o rechazar.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Caracterización del Paciente Colostomizado

Cuadro No. 1
Sexo de los Pacientes Colostomizados

Masculinos	Femeninos
20	7

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 2
Edades de los Pacientes Colostomizados

Rango de Edad	Pacientes Colostomizados
18 – 20	8
21 – 22	3
23 – 24	2
25 – 26	2
29 – 30	2
31 – 32	4
33 – 34	3
43 – 44	1
45 – 46	1
49- 50	1

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 3
Estado Civil de los Pacientes Colostomizados

Casados	Solteros
17	10

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 4
Nivel Educativo de los Pacientes Colostomizados

Grado Académico	Pacientes Colostomizados
Primaria	14
Secundaria	6
Pre - Vocacional	4
Técnico	2
Universitario	1

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 5
Tipo de Trabajo que Realiza el Paciente Colostomizado

Tipo de Trabajo	Pacientes Colostomizados
Físico	24
Intelectual	2
Ambos	1

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 6
Estabilidad Laboral del Paciente Colostomizado

Trabajo Estable	Pacientes Colostomizados
Si	14
No	13

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 7
Tipos de Colostomía de los Pacientes Colostomizados

Tipo de Colostomía	Pacientes Colostomizados
Temporal	21
Permanente	5

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 8
Tiempo de Colostomizado

Tiempo de Colostomizado	Pacientes Colostomizados
Menor de un año	15
Mayor que un año	12

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 9
Tipo de Prótesis Mas Usado

Tipo de Prótesis	Pacientes Colostomizados
Bolsa Especifica	23
Bolsa Especifica y Medio Alterno	4

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 10
Frecuencia de Cambio de Prótesis

Numero de Cambios	Pacientes Colostomizados
De 1 a 2	3
De 3 – 4	24
De 5 – 6	3

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 11
Soporte Estomal

Encargado del Soporte Estomal	Pacientes Colostomizados
Medico	10
Enfermera	8
Medico Y Enfermera	4
Nadie	5

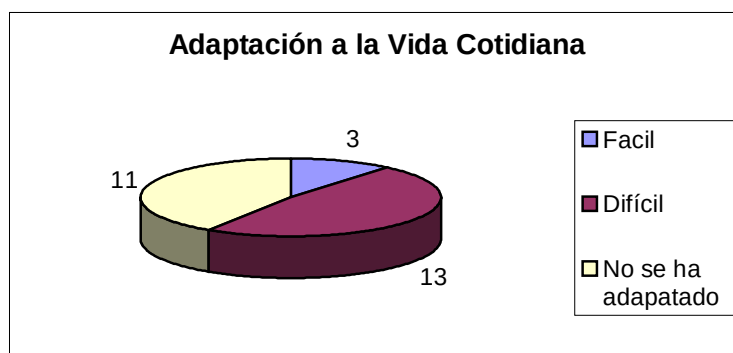
Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 12
Adaptación a la Vida Cotidiana

Proceso de Adaptación	Pacientes Colostomizados
Fácil	3
Difícil	13
No se Ha adaptado	11

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Grafica No. 1



Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

Cuadro No. 13
Molestias de la Colostomia

Tipo de Molestia	Pacientes Colostomizados
No tener Bolsas	27
Los Olores	22
Las Fugas	22
Que se Note	22
Los Ruidos	22

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

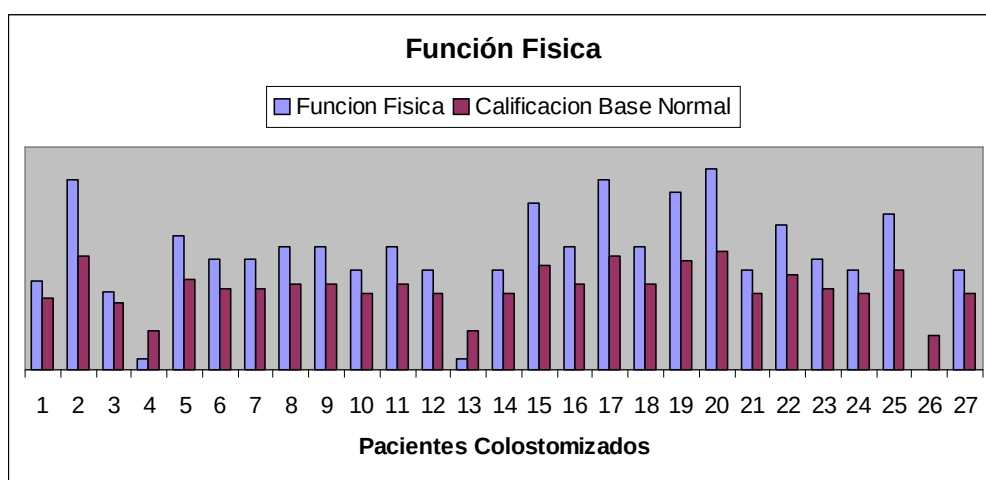
Cuadro No. 14
Génesis de Problemas por Tener Colostomía

Tipo de Problema	Pacientes Colostomizados
Con Todos	23
En el trabajo	3
Con la familia	1

Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

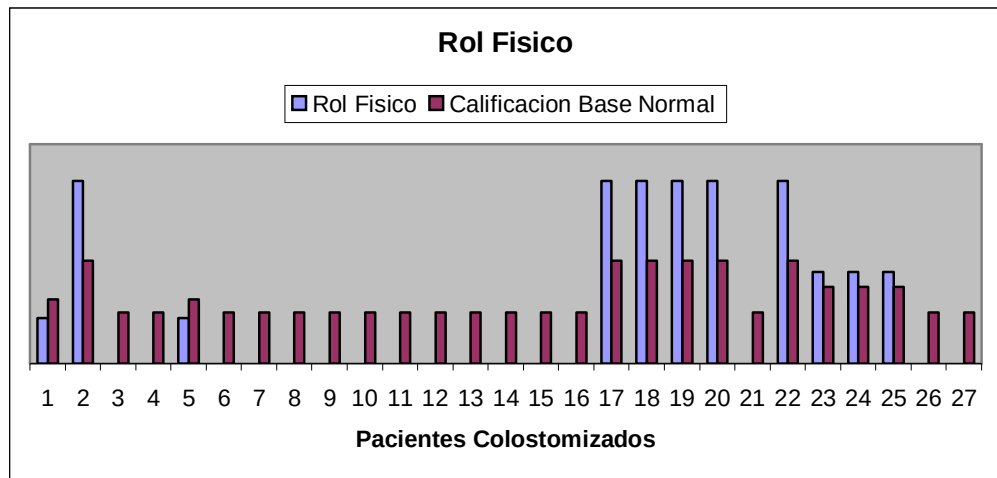
Calidad de Vida del Paciente Colostomizado

Grafica No. 2



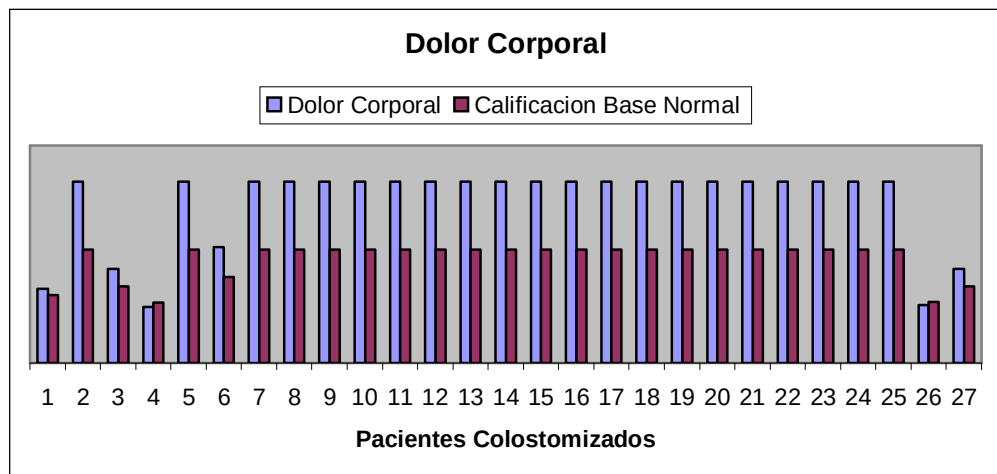
Fuente: SF – 36
 QualityMetric Inc.

Grafica No. 3



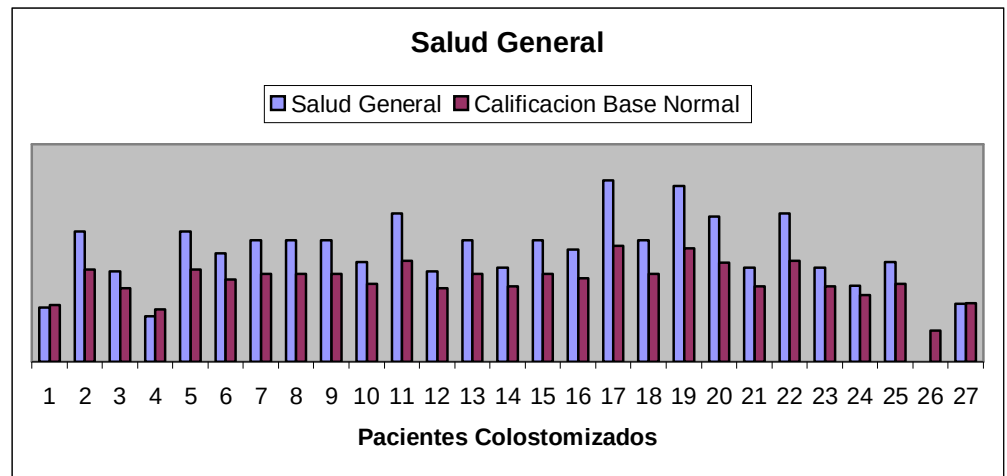
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 4



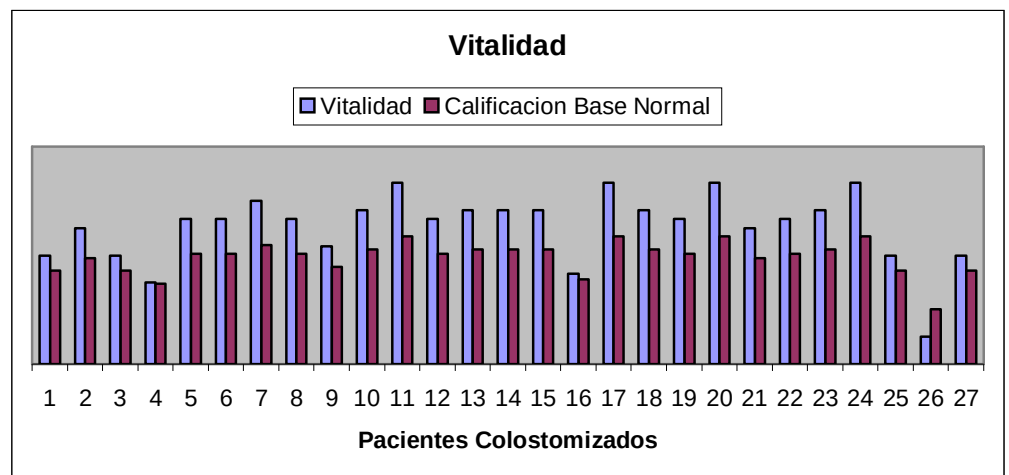
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 5



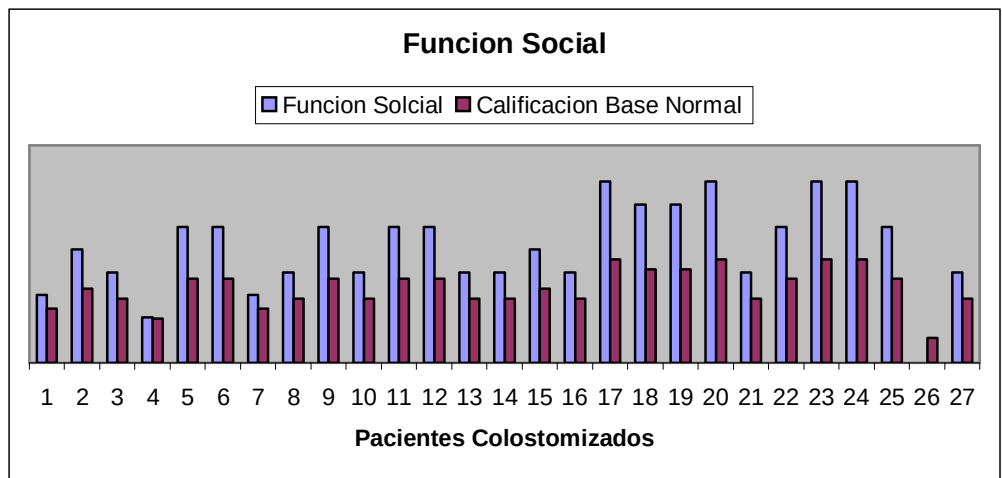
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 6



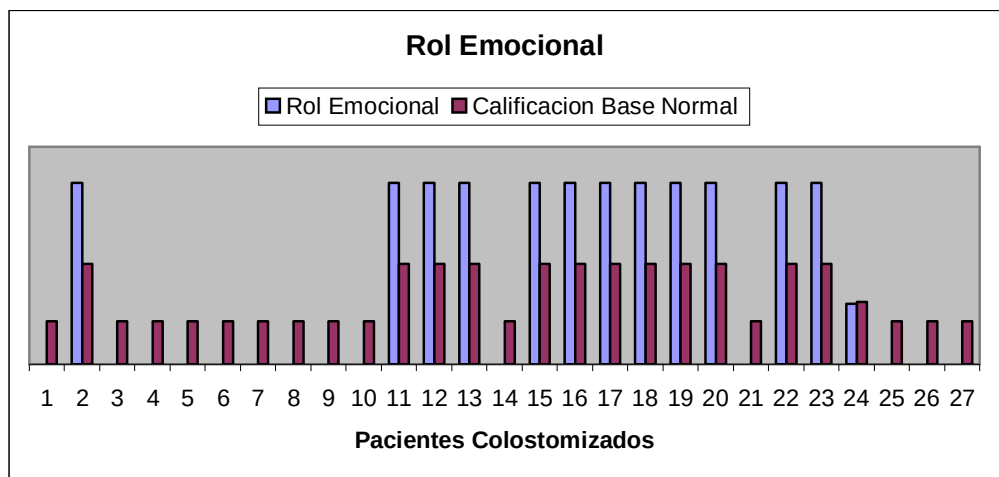
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 7



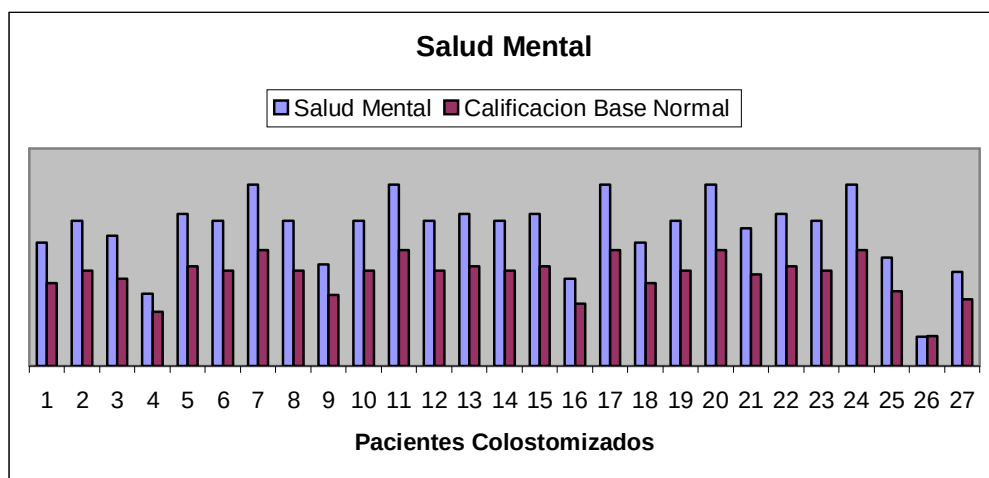
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 8



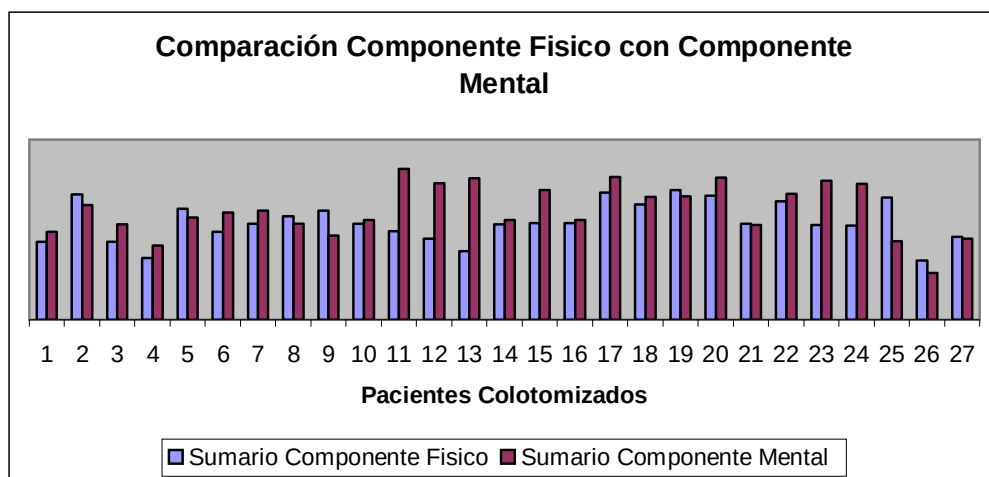
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 9



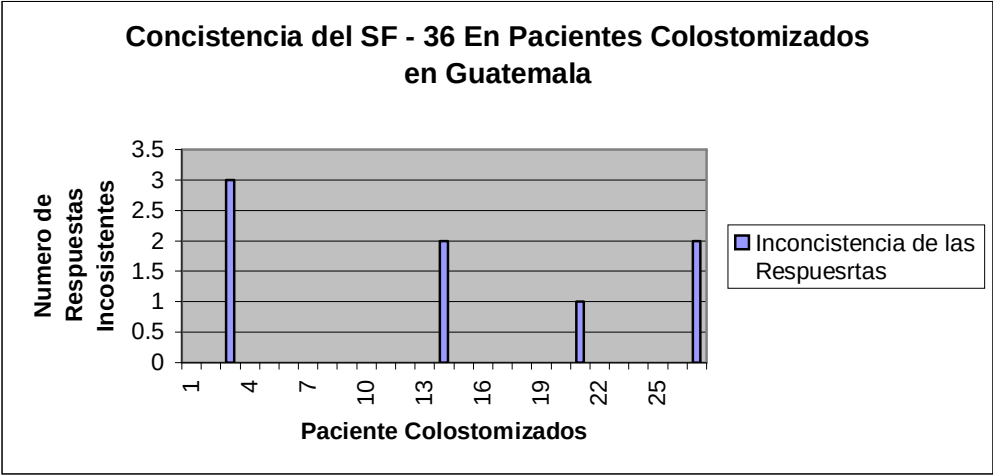
Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 10



Fuente: SF – 36
QualityMetric Inc.

Grafica No. 11



Fuente: SF - 36
QualityMetric Inc.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los pacientes con colostomía afrontan múltiples problemas, dificultades que se manifiestan en las esferas emocionales y físicas. Poco es lo conocido de las verdaderas causas que ocasionan dichos eventos y menos es lo estudiado sobre el impacto de las colostomías en la vida cotidiana de dichos pacientes.

A nivel de Guatemala es el primer estudio terminado sobre la calidad de vida de los pacientes con colostomía, a nivel americano, existe otra publicación en Argentina que aborda la problemática del soporte estomal en general (69), a nivel europeo hay dos estudios, uno de Holanda que hace énfasis en la afección del estoma en la vida cotidiana (66) y otro en el Reino Unido que compara la calidad de vida de los pacientes que tienen ileostomía con los que tienen colostomía (91). Es decir un estudio que valore directamente las características de la calidad de vida de los pacientes con colostomía, no existe.

Fue necesario realizar una caracterización fundamental sobre los pacientes que se estudiaron como parte del enfoque totalitario que ofrece la medición de la calidad de vida.

Se estudiaron a 27 pacientes; 7 del sexo femenino y 20 del sexo Masculino, comprendidos en las edades de 18 a 50 años, siendo la población juvenil la de mayor frecuencia, es decir que de los 27 pacientes estudiados 24 pacientes se encontraban en el grupo atareo menor de 35 años; por lo mismo antes mencionado predominaba la población sin compromiso estable a nivel marital, 17 solteros y 10 casados. (Cuadro 1, 2 y 3)

Es importante mencionar que el estudio fue realizado en el área metropolitana de la capital, evento que hace que el analfabetismo no se haga evidente ya que no se tiene dentro del estudio a ningún paciente analfabeta, pero se evidencio la necesidad de hacer la entrevista dirigida, por la dificultad de comprensión a la misma, es decir, no se reporta el analfabetismo per se, pero se manifestó por los niveles de comprensión, solo se tuvo la oportunidad de trabajar con 6 pacientes con grado académico mayor a la primaria. (Cuadro 4)

En cuanto al desarrollo económico de los pacientes, todos desempeñaban una función productiva de alguna índole, no siendo un problema para la mitad de la población estudiada la estabilidad laboral, pero llama la atención que casi todas las funciones productivas que los pacientes desarrollan, llevan consigo una carga física (Cuadro 5 y 6); razón que será desarrollada mas adelante cuando de aborde el tema de la función física. (Grafica 2)

De los pacientes entrevistados el 78 % tenia una colostomia temporal (Cuadro 7), 55 % tenia menos de un año de haber sido Colostomizado (Cuadro 8), el 85 % utiliza el método comercial como prótesis para su estoma (Cuadro 9) , el 77 % cambia su prótesis de 3 a 4 veces al día (Cuadro 10), todos los pacientes cuidan de su colostomia ellos mismos, y cuando deben de recibir ayuda de profesional el escogido para dar el soporte estomal es el medico, levemente seleccionado antes que la enfermera, nadie busca soporte emocional a la vez de buscar soporte para su estoma (Cuadro 11).

El 48 % Encontró difícil su adaptación a la vida cotidiana, teniendo una colostomia, pero 40 % no se ha adaptado y no esta buscando como adaptarse. (Cuadro 12 y Grafica 1)

Todos los pacientes manifiestan haber tenido directa o indirectamente problemas de relacionamiento social por poseer una colostomia, por diversas causas (Cuadro 13).

Todos los pacientes manifiestan sufrir de Fugas, Olores y Ruidos; así como también no les gusta que la Colostomia sea vista o percibida por otros (Cuadro 12).

Calidad de Vida: 8 esferas fueron evaluadas, la cuales se presentan de manera individual para mayor desarrollo del análisis.

1. Función física: 23 pacientes tienen una función física arriba de lo esperado para todo el Test, lo que hace manifiesto que no se ve afectada directamente la función física pura. (Grafica 2)
2. Rol físico: 9 pacientes consideran que no se ve afectado por la presencia de la colostomia, si embargo, 18 pacientes lo encuentran seriamente afectado, en especial por las limitaciones que acarrea el cambio de prótesis y su aseo que para algunos significa acarrear toda una infraestructura, todos manifestaron su disconfort a la necesidad de agacharse, por las molestias de fuga y olores posteriores a ese evento, no fue posible tabular los datos de todos los pacientes en este rubro, por la afectación directa que la colostomia hace manifiesta. (Grafica 3)

3. Dolor corporal: No existe afección dolorosa que se manifieste paralela a la presencia de colostomía, por lo que todos los pacientes no son afectados directamente por la colostomía en este rubro. (Grafica 4)
4. Salud general: Todos los pacientes perciben su salud adecuadamente, y no interpretan que la colostomía les afecte directamente, para hacerlos enfermar. (Grafica 5)
5. Vitalidad: Solo un paciente cursa con rechazo rotundo hacia la colostomía, actitud que hace manifiesta con la pérdida de los deseos de vivir, afectando directamente su vitalidad, pero es uno de los pacientes que fue detectado en el índice de inconsistencia, lo cual lo hace presentar como dudosa su respuesta. (Grafica 6)
6. Función social: Todos los pacientes interactúan adecuadamente con su medio, cosa que se hace manifiesta, al desenvolverse como sujetos productivos con percepción apropiada de la vida y su entorno. (Grafica 7)
7. Rol emocional: 12 Pacientes no ven afectado su rol emocional, sin embargo 15 pacientes hacen manifiesto su desagrado de interacción con otros individuos, a menos que no sea estrictamente necesario, y ven a la colostomía como factor determinante como limitación para ese efecto. (Grafica 8)
8. Salud mental: Todos los pacientes gozaban al momento del estudio una plena salud mental que se hizo manifiesta, con la demostración de la vitalidad y la percepción de la salud que ellos tenían hacia si mismos, es importante recalcar que si bien la colostomía afecta de alguna manera la función física y su desarrollo, no afecta directamente la salud mental, ya que habría sido de esperar haber descubierto afecciones psicosomáticas asociadas a las colostomías. No hay forma de identificar si los pacientes, perciben su colostomía como elemento capaz de salvarles la vida y por eso afrontan el hecho sin afección a este rubro. (Grafica 9)

No existe afección directa del componente mental, sin embargo el componente físico si es mermado marcadamente por la presencia de la colostomía, evento que se hace manifiesto en la comparación de los sumarios de los componentes físicos y mentales. (Grafica 10)

Los pacientes 3M, 14H, 20H y 26H, fueron detectados como que dieron respuestas inconsistentes, sin pasar de 3 en el índice de inconsistencia, lo que no los descarta del estudio, pero; deja un mínimo margen que debe ser tomado en cuenta para el análisis, ya que en estos casos es aconsejable dar soporte en todos los aspectos y aplicar un nuevo test para determinar adecuada y certeramente la calidad de vida. (Grafica 11)

X. CONCLUSIONES

1. La calidad de vida de los pacientes colostomizados se encuentra directamente afectada por la interacción de su situación de relación entre el bienestar físico y la interacción con el medio y su interacción con sus propias percepciones hacia el mismo y otras personas.
2. Es la población joven de sexo masculino y soltera en edad económicamente activa que obtiene sus recursos en el intercambio de su fuerza física, como trabajo , la que se ve mayormente afectada por la violencia y la violencia delimita la mayoría de colostomias temporales en ese grupo etareo.
3. Se utilizan muy poco, los medios alternos para el soporte estomal, ya que la mayoría utiliza el método comercial convencional, a pesar del costo de cambiar su prótesis de 3 a 4 veces al día, la mayoría de pacientes cuida por si mismo su colostomia y si necesita ayuda, consulta a medico o a enfermera.
4. Toda la población estudiada ve de difícil a imposible su adaptación a su nuevo esquema corporal, y delimitan como problemas: las fugas, los olores, los ruidos y la detección de la colostomia.
5. La colostomia no afecta la función física pura , sin embargo existe una clara relación en la afectación del rol físico y emocional en donde no se hace manifiesto ningún dolor corporal; se percibe una buena salud general y ganas de vivir, la función social no se ve afectada ya que los pacientes son productivos, todos gozan de buena salud mental.

X. RECOMENDACIONES

1. Difundir y publicar apropiadamente el estudio a nivel nacional, para valorar el soporte estomal , dentro de las normas de atención general del ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.
2. Replicar a nivel nacional el presente estudio para conocer la calidad de vida de los pacientes colostomizados de toda la nación, y así desarrollar un plan multidisciplinario de soporte integral.
3. Reducir directamente las tasas de violencia, como alternativa de prevención a las colostomias temporales.
4. Investigar, Validar, implementar y sistematizar el uso de medios alternos para soporte estomal, como mediación a la problemática del alto costo de las prótesis.
5. Crear programas de capacitación, incluyentes, que involucren a todos los individuos directa o indirectamente en el soporte estomal del individuo afectado, en especial capacitar a la familia para el apoyo integral del individuo.
6. Incentivar y Fortalecer la Asociación de Ostromías de Guatemala, como red de apoyo para todos los colostomizados del país.
7. Fomentar la tolerancia y la reverencia por la vida , por medio de la educación popular y la sensibilización a todos los individuos para evitar la marginación y la discriminación.

XI. RESUMEN

Primer estudio Observacional – Descriptivo, a nivel Guatemalteco donde se entrevistaron dirigidamente 27 pacientes 7 Mujeres y 20 Hombres , en el área metropolotiana de la ciudad de Guatemala.

Se evaluó la calidad de vida de los pacientes colostomizados, en los diferentes aspectos de su vida, se caracterizaron y se logro describir su nivel de adaptación a su nuevo esquema corporal.

Para determinar la calidad de vida se evaluaron los siguientes aspectos:

Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental.

Se utilizo para ese efecto el Perfil de medición SF – 36 Health Survey

Los pacientes en su mayoría son menores de los 35 años, solo 5 pacientes tienen colostomia permanente.

El 48 % encontró difícil su adaptación al nuevo esquema corporal; el 40 % no se ha adaptado.

No se afecta la función física; Si se afecta el rol físico especialmente en el rubro de alejarse de su hogar por la dificultad del cambio de bolsa, también se afecta al momento de agacharse; No existe dolor corporal; No se afecta la percepción de salud general al tener colostomia; La vitalidad y la Salud mental son prácticamente iguales a los sumarios de los componentes físico y mental.

Si se afecta el Rol emocional y la función social al tener colostomia, ya que existe el deseo de interactuar con otros colostomizados para el intercambio de experiencias pero no es posible.

La vida cotidiana es afectada por la dificultad de conseguir las bolsas de prótesis por el alto costo que estas tienen, sin embargo no existen medios alternos validados o útiles que puedan ser difundidos.

Se deben crear programas de capacitación, incluyentes, que involucren a todos los individuos directa o indirectamente en el soporte estomal del individuo afectado, en especial capacitar a la familia para el apoyo integral del individuo;

También se debe incentivar y fortalecer la Asociación de Ostomías de Guatemala, como red de apoyo para todos los colostomizados del país; y lo mas importante fomentar la tolerancia y la reverencia por la vida , por medio de la educación popular y la sensibilización a todos los individuos para evitar la marginación y la discriminación.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aaronson NK, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Modular approach to quality of life assessment in oncology: an update.
2. Abcarian H, Pearl RK. "Stomas" in Surg Clin North Am. 1988. Dec. pag: 1296 - 1305.
3. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative and medical procedures and trauma. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1992. AHCPR Publication 92-0032, pags 23 - 30.
4. Ahmedzai S. Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. Eur J Cancer Clin Oncol. 1995; 31- 34 A(suppl 6):S2-7.
5. Alejandro Castillo, P.: 1997. Recursos para la educación del ostomizado en fase Hospitalaria. III Congreso Nacional de Enfermería en Ostomía. Madrid Indugrafix ,20:35.1997.
6. Alonso J, et al. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. Am J Public Health 1990; 80: 704-708.
7. Alonso J, et al. La versión española del SF-36 health survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Medicina Clínica 1995; 104: 771-776
8. _____.The Spanish version of the nottingham health profile: a review of adaptation and instrument characteristics. Quality of Life Research 1994; 3: 385-393.
9. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall; 1992. p. 200 – 210.
10. American College of Surgeons. ATLS, advanced trauma life support course for physicians. Fifth edition. ACS Committee on Trauma. Chicago: American College of Surgeons. 1993 p. 3 - 90
11. Badia X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. Medicina Clínica. 1994:Junio; 102: 90-5.
12. Badia X, Gutiérrez F, Wiklund Y, Alonso J. Validity and reliability of the spanish version of the psychological General Well -Being Index. Quality of Life Research 1996; 5: 101-108.
13. Beck AT, et al. Screeningfor major depression disorders in medical inpatients with the Beck depression inventory for primary care. Behavior Residence Therapy. 1997;35(8):785-91.
14. Berci G, Sackier JM, Patz-Partlow M. Emergency laparoscopy. Am J. Surgery 1991,Mar; 161(3)332 – 335.
15. Bergner M, et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. Medical Care. 1981;19(8):787-806.

16. Bergner M, et all. Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. Medical Care. 1996;14(1):57-61.
17. Billingham R. Conservative treatment of rectal cancer. Cancer 1992;70(5):1355 - 1357.
18. Bonomi AE, et all. Validation of the United States' version of the world health organization quality of life instrument. J Clin Epidemiol 2000;53:1-12.
19. Bonomi AE, Patrick DL. User's manual and interpretation guide for the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. Seattle, Washington: WHOQOL Center; 1997:1 - 5
20. Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In L. Rowitz (Ed.), Mental retardation in the year 2000. Berlin: Springer-Verlag, 1992: p. 52 - 66
21. Bostick PJ, et al: Management of penetrating colon injuries. J Natl Med Assoc 1994;86:378-82.
22. Boyle MH, et al. Reliability of the health utilities index . Mark III used in 1992 cycle general social survey health questionnaire. Ontario, Canada. 1994:35 – 37.
23. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis; March, 1994. Working paper, 1994. pp: 94 – 9.7
24. Brazier J,et al. Testing the validity of the euroQol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. Quality of Life Research. 1993;2(3):169-80.
25. Breckman, B. : Enfermería del estoma. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1997.pp: 120 – 126.
26. Brownell KD, et al. Understanding and preventing relapse. A J of Psychol 1996; 41(7): 756-782.
27. Bubrick MP, Roistad BS. "Intestinal Stomas" in Principles and Practice of Surgery for the colon Diseases of the Colon Rectum and Anus . 1992 pag: 855-905.
28. Campo Gascón, et al. Impacto de la puesta en marcha de una unidad de Estomaterapia en el medio hospitalario. Enfermería Científica. 1996, Enero-Febrero. Volumen 1, pp: 200 –230.
29. Campo Gascón, J. et al. Estudio sobre el comportamiento de dos nuevas bolsas cerradas de ostomía, de diseño único y con dos tipos diferentes de protector cutáneo. Revista del Rol de Enfermería. 23:137-144. Feb 2000.
30. Campo Gascón, J. et al: Pioderma Gangrenoso Periestomal (Caso Clínico). Boletín de S.E.D.E. Nº 1995 ,junio 4:3-6.
31. Campo Gascón, J.; Lecona Elortegui, A. Seguimiento del paciente ostomizado en una Unidad de Estomaterapia. VIII Simposium de enfermería. "Atención de Enfermería al paciente quirúrgico". Madrid 23 y24 de Noviembre de 1995.

32. Castillo Gutierrez, M.: 1996. Valoración por patrones funcionales de Salud del Ostomizado Digestivo desde la perspectiva de Atención Primaria. Revista de Formación Continuada. Olalla. (Madrid) 103:115 - 120.
33. Cella DF, Bonomi AE. Measuring quality of life today: 1995 update. Oncology. 1995;9(11 suppl):47-60.
34. Cella DF, et al. The functional assessment of cancer therapy (FACT) scale: development and validation of the general measure. J Clin Oncol. 1993;11(3):570-9.
35. Cella DF. Manual for the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system. Evanston, Ill: 1997:80 – 90.
36. Cerdan de Miguel F.J; et al. Aceptabilidad de la irrigación en pacientes colostomizados. XXII Congreso Nacional de Cirugía Argentina 1990:30 - 34
37. Chambers LW. The McMaster health index questionnaire. In: Spilker B, ed. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, Second Edition. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:267-79.
38. Champions HR, et al. A revision of the trauma score. J Trauma. 1989; 29:623-29.
39. Cibiriaín, M.: Formación en Ostomías. A Coruña, 1997:33 – 38.
40. Corella Calatayud, J. M.; et al. Importancia y justificación de la consulta de estomaterapia. Enfermería Integral. 1999,Valencia, N.º 51: 23 – 27.
41. Corella Calatayud, J. M.; et al. Complicaciones de las colostomías. Enfermería Integral. Valencia, N.º 48. 1999:12 – 15.
42. De la Garza, R, et al Binational impact of Latino remittances. Policy Brief. Claremont, CA: The Tomás Rivera Policy Institute.1997: 45 – 67.
43. Decannière D, et al. Colostomie définitive et qualité de la vie. Acta Chir Belg 1987;87:355-7.
44. Demetriades D, et al. Gunshot wounds of the colon: Role of primary repair. Annals Royal College of Surgery England 1992;74:381-384.
45. Dennis, R.; et al. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. Siglo Cero, 1994: 25,155:5-18.
46. Devlin HB. Colostomy: past and present. Annals Royal College of Surgery England 1990;72:175-6.
47. Dinnick T. The origin and evolution of colostomy. Br J Surg. 1984: 142-154
48. Diz Gomez, J.; et al. Oferta de servicios de una unidad de estomaterapia y análisis del coste de sus productos intermedios. Congreso Nacional de Hospitales. Madrid, 4 al 6 de Octubre de 1995:1 – 30.
49. Dlin BM. Emotional aspects of colostomy and ileostomy. Psychosomatics 1978;19:214-8.

50. Druss RG, et al. Psychologic response to colectomy. Arch Gen Psychiatry 1968;18:53-9.
51. Druss RG, et al. Psychologic response to colectomy II. Arch Gen Psychiatry 1969;20:419-27.
52. Dupuy HJ. The psychological general well-being (PGWB) index. In: Wenger NK, Mattson ME, Fuberg CP, eds. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York: Le Jacq, 1994:200 – 220.
53. Early, J. (1982) The demographic structure and evolution of a peasant system: the Guatemalan population. Boca Raton: University Presses of Florida. 2000:30 – 35.
54. Edwards DP, Galbraith KA. Colostomy in conflict Military colonic Surgery. Annals Royal College of Surgery England 1997; 79:243-44.
55. ENSMI (1996) Encuesta de Salud Materno Infantil 1995. Guatemala: Ministerio de Salud y Asistencia Social / Instituto Nacional de Estadística.1995: 1 – 50.
56. Environment. The Urban Environment. New York: Oxford University Press. 2000:50 – 60.
57. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Escépticos, rebeldes, narcisos: Ensayos sobre la juventud. San José: FLACSO.1988: 89 - 120
58. Falcone RE, et al: Colorectal trauma: Primary repair or anastomosis with intracolonic bypass vs ostomy. Dis Colon Rectum 1992;35:957-63.
59. Feeny DH. Health Utilities Index. In: Spilker B, ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:239 - 252.
60. Felce, et al. Quality of life: It's definition and measurement. Research in developmental disabilities,1995;16(1):51-74.
61. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of Life index. Nursery Health. 1992;15(1):29-38.
62. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. Advances in Nursery Sci. 1985;8(1):15-24.
63. Ferrell BR. The impact of pain on quality of life. Nurs Clin North Am. 1995;30(4):609-24.
64. Fitzpatrick R,et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992; 305(6861) 1074 - 1077.
65. Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, et al. The Beaver Dam Health Outcomes Study: initial catalog of health-related quality factors. Medical Decision Making. 1993;13(2):89-102.
66. Geelkenken RH, et al. Quality of Life with a temporay stoma ileostomy vrs. Colostomy. Dis Colon Rectum 2000 May 43(5): 650 – 655.

67. Gómez Mejías, V.: Guías de cuidados de Enfermería en pacientes ostomizados. Madrid: Draft, 1997:12 – 15.
68. Gonzalez RP, et al. Colostomy in penetrating colon injury: Is it necessary? Journal of Trauma 1998;41:271-5.
69. Griffero REH, Encuesta sobre la calida de vida de los Ostomizados. Revista Argentina de Coloproctología 1998; 9(4): 176 – 179.
70. Grundmann R, Said S, Krinke S. Quality of life after rectal resection or extirpation. A comparison using different measurement parameters. Dtsch Med Wochenschr 1989;114:453-7.
71. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Inter Med 1993; 118: 622-629.
72. Kaplan RM, Bush J. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. Health Psychology. 1982;1:61-80.
73. Katz JN, Larson MG, Phillips CB, et al. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. Medical Care. 1992;30(10):917-25.
74. Kind P. The EuroQoL Instrument: an index of health-related quality of life. In: Spilker B, ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:191-201.
75. Kodner IJ. Colostomy: Indications, techniques for construction and management of complications. Seminary of Colon Rectal Surgery. 1991; 2:73-85.
76. Lattes, A. Urbanización, crecimiento urbano y migraciones en América Latina. Pensamiento Iberoamericana 28.1995:12 – 15.
77. Leão PHS. The post-ostomy syndrome. Argentina y Brasil Cirugía Digestiva. 1990;5:27-8.
78. Lecona Elortegui, A.; et al. Aceptabilidad de la Irrigación en pacientes colostomizados. III Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. Madrid 13 al 15 de Noviembre de 1997:23 – 25.
79. Lemrow N, et al. The 50 Most Frequent Diagnosis-Related Groups, Diagnoses, and Procedures: Statistics by Hospital Size and Location. Rockville, Md: Public Health Service; 1990. DHHS publication 34 - 65 .
80. Leo E; et al. Total rectal resection, mesorection excision and coloendoanal anastomosis: a terapeutic option for the treatment of low rectal cancer. Annals of Surgery and Oncology. 1996;3(4):336-43.
81. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. JAMA 1997; 278 (1): 47-50.
82. McEwen J, McKenna SP. Nottingham health profile. In: Spilker B, ed. quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Second Edition. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers: 1996:281-6.

83. McHorney CA, et al. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Medical Care. 1994;32(1):40-66.
84. McHorney CA, et al. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Medical Care. 1993;31(3):247-63.
85. Mendoza, C. Diagnóstico de la violencia en Guatemala. Guatemala: CIEN.1999: 5 –12.
86. Milano F, et al. Psychoanalytic evaluation of a case study: does the colostomy reproduce the problems of childhood “anal phase”? Journal of Enterostomal Therapy. 1987;14:240-2.
87. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (1998a) Situación de salud en Guatemala: indicadores básicos 1997. Guatemala: Sistema de Información Gerencial de Salud, MSPAS.1998:20 – 30.
88. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (1998b) Cuentas nacionales de salud, 1995-97. Informe final, Unidad Sectorial de Planificación de la Salud. Guatemala: MSPAS.1998:12 – 24.
89. Molina García, A.; et al. Atención integral al paciente ostomizado. Madrid: Molina García, A., 1992:10 – 23.
90. Morgado PJ; et al: Colon trauma -- clinical staging for surgical decision making. Analysis of 119 cases. Dis Colon Rectum. 35:986-90, 1992
91. Nugent KP, et al. Quality of Life with in stoma patients. Dis Colon Rectum. 1999 Dec 42(12): 1569 – 1574.
92. Organización Mundial para la Salud-Organización Organización Panamericana para la Salud (OMS-OPS) (1998) La salud en las Américas. 2:569.
93. Peterman A, et al. Effect of symptom type and symptom intensity on multiple dimensions of quality of life. Quality of Life Research. 1997;6:696.
94. Ramey DR, et al. The Health Assessment Questionnaire 1995 -- Status and Review. In: Spilker B, ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:227-35.
95. Ramey DR, et al. The Health Assessment Questionnaire 1992: status and review. Arthritis Care Res. 1992;5(3):119-29.
96. Rehm CG, Talucci RC, Ross SE: Colostomy in trauma surgery: Friend or foe? **Injury** 24:595-6, 1993.
97. Revicki DA, Kaplan RM. Relationship between psychometric and utility-based approaches to the measurement of health-related quality of life. Quality of Life Research. 1993;2(6):477-87.
98. Ridgeway CA, Frame SB, Rice JC, et al: Primary repair vs. colostomy for the treatment of penetrating colon injuries. Dis Colon Rectum.1989;32:1046-9.

99. Robles Miralbell, G.: 1997. Planificación de Cuidados Integrales al Ostomizado: Función Asistencial. III Congreso Nacional de Enfermería en Ostomía. Indugrafix S.A. Madrid 20:35
100. Rose G, Bengtsson C. Effects of a health examination programme on quality of life and subjective well-being. Scandinavian Journal of Societies of Medicine. 1996; 2: 124-131.
101. Ross SE. The abdomen. En: Early care of the Injured Patient. Fourth edition. Edited by EE Moore. Committee on Trauma, American Colleg of Surgeons.
102. Rubin GP, Devlin HB. The quality of life with a stoma. British Journal of Hospital Medicine. 1987;38:300-3.
103. Sanchez Martos, J.: La Consulta de Enfermería en Estomaterapia en España. Enfermería Científica. N.º 91 Oct. 1989:12 – 23.
104. Sasaki LS, Mittal V, Allaben RD: Primary repair of colon injuries: A retrospective analysis. Am J of Surg. 1994;60:522- 7.
105. Schag CAC, Heinrich RL. Development of a comprehensive quality of life measurement tool: CARES. Oncology. 1990;4(5):135-8.
106. Schultz SC, Magnant CM, Richman MF, et al: Identifying the low-risk patient with penetrating colonic injury for selective use of primary repair. Surgical Gynecology and Obstetrics 177:237-42, 1993
107. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker SA, Berzon R, eds. Quality of life: theory, translation, measurement & analysis. Oxford: Rapid Communications of Oxford Ltd., 1995; 3-10.
108. Silberg, W. M., Lundberg, G. D., and Musacchio, R. A. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewor--Let the reader and viewer beware [editorial] [see comments]. JAMA 277, (15), 1244-1245.
109. Sola JE, Bender JS, Buchman TG: Morbidity and timing of colostomy closure in trauma patients. Injury. 24:438-40, 1993.
110. Stewart RM, Fabian TC, Croce MA, et al: Is resection with primary anastomosis following destructive colon wounds always safe? Am J of Surg 168:316-9, 1994
111. Stone HH, Fabian TC: Management of perforating colon trauma: Randomization between primary study. Am J of Surgery. 59:43-9, 1993.
112. Szabo S. The World Health Organization Quality of Life instrument. In: Spilker B, ed.
113. Taheri PA, Ferrara JJ, Johnson CE, et al: A convincing case for primary repair of penetrating colon injuries. Am J of Surgery. 166:39-44, 1993

114. Tejido Valenti, M. y M. Vargas Laguna: Pacientes ostomizados. Barcelona: Ediciones Rol, 1991:34 – 36.
115. The EuroQoL Group. EuroQoL: a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16:199-208.
116. Thomas C, Maddes F, Jehu D. Psychological effects of stomas – I. Psychosocial morbidity one year after surgery. Journal of Psychosomatic Diseases. 1987;31:311-6.
117. Thomas C, Maddes F, Jehu D. Psychological effects of stomas – II. Factors influencing outcome. Journal of Psychosomatic Diseases. 1987;31:317-23.
118. Thomas C, Maddes F, Jehu D. Psychosocial morbidity in the first three months following stoma surgery. Journal of Psychosomatic Diseases. 1984;28:251-7.
119. Thomas C, et al. Coping and the outcome of stoma surgery. Journal of Psychosomatic Diseases. 1988;32:457-67.
120. Unidad de Estomaterapia. Atención Integral de Enfermería al paciente ostomizado. Publicación de Atención Especializada Area 7 de Madrid. Nº 3. Febrero de 1996
121. Vaquer Casas, G.; Lerin Cabrejas; Aranda Doménech G.: Guía del ostomizado digestivo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1990:1 - 12
122. Velmahos GC, Degiannis E, Wells M, et al: Early closure of colostomies in trauma patients -- a prospective randomized trial. Surgery 1995;118:815-20.
123. Ware JE, Keller SD. Interpreting general health measures. En: Spilker B, ed. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996: 445-460.
124. Ware JE. The SF-36 Survey. In: Spilker B ed., Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1996:337-45.
125. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (the WHOQOL). Quality of Life Research. 1993;2:153-9.
126. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Society of Scientific Medicine. 1998;46(12):1569-85.
127. Wirsching M, Drüner HU, Hermann G. Results of psychosocial adjustment to long-term colostomy. Psychotherapy and Psychosomatic. 1975;26:245-56.

XIII. ANEXOS

ANEXO No. 1

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas
Unidad de Tesis

“ Calidad de Vida del Paciente Colostomizado ”
Área Metropolitana de Guatemala

Responsable: Br. Juan Manuel Aguilar Juárez

Guatemala ____ de	
____ 200	
Yo _____ he mantenido una reunión con Juan Manuel Aguilar J. Quien me ha informado acerca del cuidado y manejo de mi Colostomia. Me ha informado de los derechos y obligaciones que poseo como colostomizado y también de las limitaciones que poseo por la misma. Se de los beneficios que voy a obtener al participar en la investigación. He realizado las preguntas que consideré oportunas, y el médico me ha dado respuestas aceptables. Por lo tanto doy mi consentimiento para la investigación de la Calidad de Vida del Paciente Colostomizado.	
_____ Firma Paciente	_____ Br. Juan Manuel Aguilar

A continuación encontrara una seria de preguntas que servirán para la elaboración de un estudio, que pretende ayudar a todas las personas como usted a sentirse mejor.

Los datos que usted nos proporcione, serán totalmente confidenciales y secretos y serán utilizados solo por los médicos involucrados en la investigación.

Siéntase libre en cualquier momento de preguntar todo lo que usted considere necesario saber para poder completar el cuestionario, así como todo lo que usted considere necesario saber para vivir mejor con su colostomia.

Sexo: Masculino / Femenino

Edad:

Estado Civil: Soltero
Casado
Separado
Viudo

Nivel Educativo: Primaria
Secundaria
Pre Vocacional
Técnico
Universitario

Tipo de Trabajo que usted realiza: Físico
Intelectual

Su trabajo es estable: Si
No

Tipo de Colostomia: Temporal
Permanente

Tiempo de Colostomizado: Menos de un año
Mas de una año

Prótesis que utiliza: Bolsa específica
Un Medio Alternativo

Cantas veces Cambia su prótesis:

Quien cuida su colostomia: Usted Mismo
Le ayuda otra persona

A quien recurre usted por ayuda para su colostomia: Enfermera
Médico
Psicólogo
Otro: _____

Su adaptación a la vida cotidiana fue: Fácil
Difícil
No se ha adaptado.

Que es lo que mas le molesta de su colostomia: No tener Bolsas
Los Olores
Las Fugas
Que se note
Los Ruidos
Otro: _____

Tener una colostomia le ha generado problemas: En el trabajo
Con su Familia
Con sus amigos
Con todos