UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS”

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en la Unidad de Consulta Externa de Colon y Recto de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt y de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la Facultad de Ciencias Médicas de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Stefano Marcelo Bocaletti Girón
Elmer Virgilio Sop Salquil
Héctor Magallón Martínez

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2018

El infrascrito Decano y el Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

1.	Stefano Marcelo Bocaletti Girón	200721031	2633065770101
2.	Elmer Virgilio Sop Salquil	200910454	1910473331017
3.	Héctor Magallón Martínez	201010009	2352030681705

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en la Consulta Externa de Colon y Recto de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt y de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

Trabajo asesorado por el Dr. Rafael Pivaral Matínez, co-asesorado por el Dr. Manuel Alejandro García Girón, Dr. Maxi Alexander Méndez Morán y revisado por el Dr. José Pablo de León Linares, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el nueve de octubre del dos mil dieciocho

DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO

DECANATO
FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA
COORDINADOR

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Trabajos de Graduación
COORDINADOR

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

1.	Stefano Marcelo Bocaletti Girón	200721031	2633065770101
2.	Elmer Virgilio Sop Salquil	200910454	1910473331017
3.	Héctor Magallón Martínez	201010009	2352030681705

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en la Consulta Externa de Colon y Recto de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt y de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

El cual ha sido revisado por la Dra. Mónica Ninet Rodas González, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los nueve días de octubre del año dos mil dieciocho.

"ID Y ENSAÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

Guatemala, 9 de octubre del 2018

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Stefano Marcelo Bocaletti Girón
2. Elmer Virgilio Sop Salquil
3. Héctor Magallón Martínez

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA GASTROINTESTINAL EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS"

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en la Consulta Externa de Colon y Recto de los hospitales: General San Juan de Dios, Roosevelt y de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

Del cual el asesor, co-asesores y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES:

Revisor:	Dr. José Pablo de León Linares Reg. de personal 20151539
Asesor:	Dr. Rafael Pivaral Matínez
Co-asesores:	Dr. Manuel Alejandro García Girón
	Dr. Maxi Alexander Méndez Morán

Dr. José Pablo de León
Médico y Cirujano
Msc. Salud
Col. 15

Dr. Rafael Pivaral M.
Médico y Cirujano
Col. 5578

Dr. Manuel García Girón
Coloproctólogo
Col. 14,342

Dr. Maxi A. Méndez M.
Cirugía General
Colegiado No. 9,165

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Tricentenaria, nuestra alma mater, grande entre las del mundo, por abrirnos las puertas y darlos una excelente educación formándonos como futuros médicos y profesionales.

A los hospitales: IGSS, Roosevelt, Hospital Regional de Cuilapa, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Pedro Betancourt Antigua Guatemala, gracias por abrirnos sus puertas y ser parte de nuestra formación como médico.

A nuestros asesores y revisores de tesis: Dr. José Pablo de León, revisor; Dr. Rafael Pivaral, asesor; Dr. Maxi Méndez y Dr. Manuel García Girón co- asesores por sus aportes académicos a este trabajo de investigación

A: Dra. Mónica Rodas un agradecimiento especial por su dedicación, paciencia y orientación durante la elaboración de este trabajo de tesis.

Acto que dedico

A Dios: Por permitirme culminar esta meta en mi vida.

A mis padres: Virgilio Sop y Zoila Salquil por guiarme en el camino correcto de la vida, por sus consejos, por sus oraciones.

A mis hermanos: Elías, Jorge, Lidia y Carlos por su apoyo moral y los ánimos a seguir adelante en la vida, sobre todo Elías y Jorge un especial agradecimiento por su apoyo incondional.

A mis tíos: Carlos Aguilar, Luis Aguilar, Jorge Aguilar y Juan Tzul por sus sabios consejos en la vida

A mis amigos y compañeros: en los salones dentro el CUM y en los de hospitales en turnos como en los servicios, gracias, por su amistad y su apoyo ya que hicieron menos cansados esos días que parecían nunca terminar en las emergencias, en los pases de visita, en el cumplimento de los chivos, en los días de parciales post-turnos

A la hermandad: Lucas, Cristian, David, Arim, Hugo y Oscar por ser ese apoyo durante toda la carrera.

A mi equipo de tesis: Maga y Boca por el esfuerzo dedicado a la culminación de esta investigación.

A los doctores y catedráticos dentro de las aulas de la universidad: como dentro de los hospitales, gracias, por su tiempo y paciencia para mi formación académica.

Elmer Virgilio Sop Salquil

Acto que dedico

A Dios: por darme la vida y gracias a la sabiduría que me otorgó pude estudiar esta gran carrera para ayudar al prójimo.

A mis padres: José Luis Bocaletti Gómez † y Ana Regina Girón Valdez de Bocaletti por haberme educado por el camino correcto de la vida, por darme tanto amor incondicional, por ser un ejemplo a seguir y por apoyarme en los momentos difíciles de mi vida.

A mis hermanos: Ana Regina, José Luis y Marco Alessandro por ser unos hermanos espectaculares con los que puedo contar en cualquier momento, por apoyarme a lo largo de mi vida y por haberme dado tanto cariño desde el momento que nací.

A mis familiares: Cuñados y sobrinos que forman parte de mi vida y están en mis pensamientos todo el tiempo. Que sin ellos la familia no estaría completa y no existiera tanta alegría.

A mis amigos: Sebastián Cáceres, Guillermo González, Kelvin Méndez, María Inés Muñoz, Anita Kristensson, Elizabeth Escobar y Cecilia García por haberme dado ánimos mientras estudiaba esta magnífica carrera.

A mis colegas: Elmer Sop y Héctor Magallón por su paciencia y comprensión, ya que sin ellos haber realizado la tesis hubiera sido un trabajo muy dificultoso.

Stefano Marcelo Bocaletti Girón

Acto que dedico

A Dios: por ser siempre mi guía, amigo fiel en la vida, y permitirme llegar a cumplir esta meta.

A mis padres: Héctor Rolando Magallón y Betty Martínez infinitamente agradecido por la confianza, por estar presente en sus oraciones, me llenaron de inspiración cada día para llegar a ser lo que hoy logro, a Doña Berta Castillo por su cariño, apoyo incondicional y ser una segunda mamá.

A mis hermanos: Ernesto, Yaileni †, Irwin, Edgardo, Zirakán, Angelita y Joshua, por su apoyo moral y los ánimos de seguir adelante, que mi triunfo sea un ejemplo para su vida.

A mis tíos: por sus sabios consejos en la vida.

A mis abuelos: Héctor Magallón †, Gloria Kilkán †, Ernesto Martínez †, un abrazo hasta el cielo, a mi abuelita María Alarcón por compartir estos momentos de felicidad.

A mis amigos: Cendi Galicia, por motivarme siempre, a Londy Alarcón y Marvin Vásquez gracias por su apoyo incondicional.

A mis compañeros de tesis: Stefano y Sop por su amistad y empeño a culminar esta investigación.

A: Dr. Roy Flores, Dra. Cristina Chalí, Dr. Leonel Díaz, Dra. Anabella González y Dr. Edler Quiñónez por su comprensión y apoyo incondicional.

Héctor Magallón Martínez

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida gastrointestinal en los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de julio a agosto del 2018. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado con 70 pacientes colostomizados. Se utilizó el *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI); traducido/validado al idioma español. Se realizó un análisis estadístico de forma descriptiva univariada. **RESULTADOS:** El 70% (49) correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 51 años y DE ± 13.68, el principal motivo de la colostomía fue neoplasia colorrectal 67.14% (47), seguido por diverticulitis 14.29% (10); colostomías temporales 64.29% (45); tiempo de colostomía de dos a seis meses 28.57% (20); las complicaciones más frecuentes fueron hernia periostomal y prolapso 15.71% (11) ambas. El 70% (49) de los pacientes tuvieron mala calidad de vida gastrointestinal, con puntuación en los dominios tratamiento 111.6, síntomas 103.12, disfunción emocional 89.90, disfunción física 86.25 y disfunción social 70.08. **CONCLUSIONES:** En los pacientes colostomizados, la relación de hombre mujer es de 2:1, con edad media de 51 años, casados, con nivel de escolaridad diversificado, desempleados. El motivo principal de la colostomía en los pacientes fue neoplasia colorrectal seguido por diverticulitis, con una colostomía temporal entre dos a seis meses; siete de cada diez pacientes colostomizados tienen mala calidad de vida gastrointestinal, con mayor afección del dominio de disfunción social.

Palabras clave: Calidad de vida, enfermedades gastrointestinales, colostomía, neoplasias del colon, Guatemala.

ÍNDICE

1. **INTRODUCCIÓN** 1
2. **MARCO DE REFERENCIA** 5
   - 2.1 Marco de antecedentes 5
   - 2.2 Marco referencial 6
   - 2.3 Marco teórico 14
   - 2.4 Marco conceptual 15
   - 2.5 Marco geográfico 15
   - 2.6 Marco institucional 16
3. **OBJETIVOS** 17
4. **POBLACIÓN Y MÉTODOS** 19
   - 4.1 Enfoque y diseño de investigación 19
   - 4.2 Unidad de análisis y de información 19
   - 4.3 Población y muestra 19
   - 4.4 Selección de los sujetos a estudio 21
   - 4.5 Definición y operacionalización de las variables 22
   - 4.6 Recolección de datos 24
   - 4.7 Procesamiento y análisis de datos 25
   - 4.8 Alcances y límites de la investigación 27
   - 4.9 Aspectos éticos de la investigación 27
5. **RESULTADOS** 29
6. **DISCUSIÓN** 35
7. **CONCLUSIONES** 39
8. **RECOMENDACIONES** 41
9. **APORTES** 43
10. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 45
11. **ANEXOS** 51

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de Calidad de Vida (CV) se ha estudiado hasta después de la segunda guerra mundial, en los Estados Unidos de América (EUA), donde inicia la idea de conocer la percepción de CV de las personas no solo en salud sino financieramente también. Posteriormente su uso se extiende a partir de los años sesenta, cuando científicos inician a recolectar datos para investigar la CV a través de la recopilación de datos objetivos, como estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda.[1]

En la actualidad el término de CV incorpora tres ramas de la ciencia: economía, medicina y ciencias sociales.[1] Cada una de estas ramas ha implementado la CV para que sea aplicable a su entorno, tal es caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo completo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".[2]

La salud ha sido considerada como uno de los principales dominios responsables de la CV ya que existen distintas morbilidades las cuales perjudican diversas áreas de la salud, siendo estas físicas o psicológicas; entre las físicas puede conocerse enfermedades que afecten diferentes órganos (neurológico, cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, etc.) los cuales pueden ser sujetos a evaluación para determinar la calidad de vida que presenta el sujeto entorno a su condición.[3,4]

No existe en la actualidad una definición consensuada de calidad de vida gastrointestinal, sin embargo, se ha obtenido una recopilación de varias definiciones para describir una interpretación acertada. La Calidad de Vida Gastrointestinal (CVGI) se identifica como un concepto que comprende un conjunto de diferentes aspectos de la digestión y absorción de nutrientes, así como funciones de secreción y excreción para mantener un equilibrio entre la alimentación y el bienestar digestivo.[3,5]

El paciente colostomizado atraviesa por cambios anatómicos y fisiológicos donde se ven afectados diversos aspectos de su vida como pérdida de control esfinteriano, liberación de gases, incomodidad a causa del olor, vigilancia del llenado de la bolsa de colostomía e irritación de la

piel, y en los cambios psicológicos se ve afectada la autoestima, falta de seguridad en sí mismo, se presenta aislamiento social, temor y depresión; así como también se ve afectada su situación laboral.

Otro aspecto importante de valorar en esta problemática es que el procedimiento de una colostomía puede ser temporal o permanente y las complicaciones colaterales que puedan surgir, por lo que es importante determinar la calidad de vida gastrointestinal que llevan para poder encontrar soluciones a las dificultades que puedan presentar, según el resultado de una buena o mala CVGI.[6-16]

Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen las evaluaciones sintomáticas, analíticas y morfológicas; sino que las complementan, introduciendo algo tan fundamental como la opinión del propio paciente sobre su percepción de salud, para complementar una adecuada valoración clínica. Por lo que es necesario documentar la CV para tener una visión global de los resultados del tratamiento.[17-19] La calidad de vida gastrointestinal del paciente colostomizado puede mejorarse, asesorando al paciente previo y durante la colostomía. De tal manera que se pueda mejorar los aspectos que le afectan y los síntomas del tracto gastrointestinal.[20]

En Guatemala no se cuenta con información sobre la calidad de vida gastrointestinal en pacientes colostomizados, su relación con la sociedad, de los cambios corporales y asesoría para los grupos de apoyo y asistencia que existen en el área metropolitana de Guatemala. Buscando con esto, reducir comorbilidades que se puedan dar a causa de una colostomía, éste índice podría ser utilizado como un método confiable para medir la calidad de vida relacionada con enfermedades digestivas. De acuerdo a los resultados obtenidos, se determinará el dominio más afectado y el impacto en la vida del paciente colostomizado identificando al grupo que presente una buena o mala calidad de vida gastrointestinal, precisamente, se desea proponer el manejo con un equipo multidisciplinario que comprenda personal médico, enfermería, psicología y trabajo social.

Por lo anterior descrito en cuanto a la falta de información sobre la calidad de vida de los pacientes colostomizados surge la pregunta ¿Cuál es la calidad de vida gastrointestinal en los pacientes colostomizados de los hospitales Consulta Externa de Enfermedades IGSS, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt, que asisten a la consulta externa de colon y recto, durante los meses de julio a agosto del 2018?

Para responder a esta interrogante se realizó un estudio de corte transversal con 70 pacientes de los hospitales ya descritos, utilizando el cuestionario índice de calidad de vida gastrointestinal, conocido como *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI) por sus siglas en inglés;[21] traducido y validado al idioma español en el 2001. Es un cuestionario que ha incrementado su importancia, determinando la calidad de vida al evaluar el funcionamiento de tratamientos médicos o procedimientos quirúrgicos en pacientes con morbilidades gastrointestinales específicamente.[22]

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

En Francia la estomaterapia existe desde hace 1976, impulsado por el profesor Georges Guillemin en Lyon, Suzanne Montandon continúa con la formación impartida en la Cleveland Clinic (Cleveland, Ohio Estados Unidos), por el profesor Rupert Turnbull y Norma N. Gill, la docencia en estomaterapia se inició en Lyon en 1978. Actualmente el certificado clínico en estomaterapia implica la garantía de calidad asistencial en el ámbito de las ciudades de los pacientes: ostomizados y/o portadores de fístulas; pacientes que presenten trastornos de la continencia urinaria y fecal; que tengan heridas agudas complejas.

El personal de enfermería se encuentra especializado y en formación en base a las directrices del *Word Council of Enterostomal Therapist (WCET)*. En el año 2003, *Association Francaise Éntérostomathérapeutes* publicó las guías de "Buenas prácticas en estomaterapia" juntamente con guías para enterostomía, urostomía, pediatría y 12 recomendaciones (*Guides de bones pratiques en stomathérapie*), éstas guías hacen mención acerca de la atención de los pacientes portadores de colostomías o ileostomía, definitiva o temporal, proporcionar una información preoperatoria clara y precisa, dada por el cirujano y completada por enfermería enteroestomaterapeuta. Por último, existe la *Fédération des Stomisés de France* (FSF) en toda Francia a través de asociaciones locales y regionales, que ayuda a personas ostomizadas y aporta pacientes expertos para que puedan integrarse en programas de educación terapéutica para pacientes.[23]

En Brasil, con el objetivo de conocer la calidad de vida en pacientes con colostomía abdominal temporal (CAT), atendidos en el Hospital Santa Casa de Misericordia de Vitória, se estudiaron el aspecto físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente, consta de un cuestionario genérico WHOQOL-bref, conformado por 26 cuestiones, se aplicó a 50 pacientes con CAT. Los resultados indican una mejor valoración de la calidad de vida psicológico y relaciones sociales, comparados con los dominios físicos y medio ambiente, siendo estos valores inferiores a los encontrados en una población sana en el sur de Brasil. concluyendo que la calidad de vida de los pacientes con CAT atendidos en este hospital tiene un mayor impacto en el dominio físico, para los portadores de una colostomía tienen una influencia negativa en la calidad de vida considerada media con fuertes consecuencias en los aspectos físico y medio ambiente.[24]

En Brasil, se realizó un estudio descriptivo transversal, que se basa en analizar la percepción de las mujeres ostomizadas con respecto a la actividad sexual como una dimensión importante de la calidad de vida y en el proceso de cuidado, con una muestra de 40 pacientes que participan en el Programa de pacientes ostomizados de la secretaría de salud del Distrito Federal de Brasil, durante el periodo de mayo a noviembre de 2011, utilizando un cuestionario demográfico y clínico con entrevistas personales. Determinando que las mujeres ostomizadas enfrentan diversos problemas de adaptación y rehabilitación que impiden con las relaciones sociales, a causa de esto con la imagen corporal y la autoestima relacionada a la actividad sexual, concluyendo con la necesidad de profesionales de la salud y así tener una visión más amplia en la colocación de un estoma, las secuelas y rehabilitación que repercute para mejorar el proceso de cuidado en la calidad. En este sentido, el estudio concluye que la bolsa colectora se considera una barrera en la actividad sexual de la paciente.[25]

2.2 Marco referencial

2.2.1 Calidad de vida

No existe una definición acertada de calidad de vida, sin embargo, algunos autores utilizan diferentes definiciones implícitas, pero no las explicitan, por tal razón citamos algunas definiciones propuestas de la calidad de vida:

“Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”

“Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”

“Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”

“La calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo”

“Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado”

Una definición propuesta e integradora en todos los aspectos relevantes: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión

emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida"[26]

La calidad de vida, según la OMS la define "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo completo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".[2]

Cuando en la práctica médica y en el curso de tratamientos de enfermedades complejas en las que agotan y consumen física y emocionalmente a un paciente y a su familia afecta su calidad de vida. En el ambiente médico y hospitalario con frecuencia escucha y se reclama por parte de pacientes y familiares un método o procedimiento con dignidad humana. En la enfermedad puede y debe haber calidad de vida, generalmente un paciente entiende y desea por calidad de vida recuperarse de una enfermedad, su familiar; que no sufra, y el médico, prolongar la existencia.[27]

2.2.2 Calidad de vida gastrointestinal

No existe una definición apropiada de calidad de vida gastrointestinal, sin embargo, se ha obtenido una recopilación de varias bibliografías para describir una interpretación acertada. La Calidad de Vida Gastrointestinal (CVGI) se identifica como un concepto que comprende un conjunto de diferentes aspectos de la digestión y absorción de nutrientes, así como funciones de secreción y excreción para mantener un equilibrio entre la alimentación y el bienestar digestivo.[3,5]

La CVGI como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) definen un estado general adecuado al entorno de un individuo ampliando diferentes expectativas de vida y buen funcionamiento corporal y gastrointestinal.

2.2.3 Cuestionario Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)

Traducido al español conocido como Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (ICVGI) y validado al español en el 2001,[22] referido cuestionario incluye 5 dimensiones con un total de 36 preguntas orientadas a identificar el índice de calidad de vida gastrointestinal, la cual está distribuida de la siguiente manera: Síntomas (19 preguntas que van de la pregunta 1 a 9 y 27 a

36), disfunción emocional (5 preguntas que van de la 10 a la 14), disfunción física (7 preguntas que van de la 15 a la 21), disfunción social (4 preguntas que van de la 23 a la 26) y por último, los efectos del tratamiento médico realizado (pregunta 22).

El cuestionario GIQLI tiene un intervalo de confianza del 77 al 97% y se calificará de la siguiente manera con 5 respuestas, codificadas de 0 a 4 (cuanto más alta, mayor o mejor calidad de vida) el cual propone sumar todos los resultados (de 0 a 144) el cual indica como sanos una media y desviación estándar de 125.8 y 13.0 respectivamente; enfermos 105 y 12.5, con movilidad en la comunidad y/o confinados en casa 89 y 16.5.[6]

2.2.4 Estoma

La realización de una ostomía es probablemente una de las operaciones más antiguas realizadas en el tubo digestivo, y aunque las noticias de la medicina histórica sobre los estomas son exiguas, existen referencias desde épocas muy antiguas sobre lesiones traumáticas del intestino, con salida de heces de su interior y la consecuente peritonitis fecal que desembocaba en la muerte del individuo. Es de suponer que, en épocas anteriores, heridas abdominales ocasionadas por armas blancas (flechas, lanzas, espadas, etc) pudieron lesionar vísceras huecas que en algunas ocasiones desencadenaban la muerte por peritonitis fecal, pero en otras, es posible que ocasionaran una fístula fecal externa (estoma) y que incluso en algunos casos, este estoma llegara a cerrar. La oclusión intestinal ya era conocida desde muy antiguo. La creación de una ostomía digestiva tiene como consecuencia la pérdida total del control voluntario de la expulsión del material fecal.

2.2.5 Preparación preoperatoria

Para una estomía debe de haber una preparación preoperatoria, ya que para la misma puede ser temporal o permanente, según la situación del paciente, la cual puede ser formada con un extremo o con un asa, su colocación y construcción es crucial para su funcionamiento. Debe incluir lo siguiente, consulta con una enfermera especializada en terapia estomal, significa que debe tener un entrenamiento especial y estar certificada por la *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society,* además de agregar una asesoría, educación y determinación del sitio del estoma, para después de la operación los cuidados de enfermería comprenden el cuidado de la piel local y la colocación de la bolsa. Es importante valorar otros trastornos médicos como visión y destreza manual. La mayoría de colostomías son creadas como colostomías terminales, no colostomías de asa, esto por el gran tamaño del colon y hace que sea incómodo para el dispositivo, la Mayoría se realizan en el lado izquierdo del colon.[28]

2.2.6 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
   - Nefrostomia.

2.2.7 Colostomía

"Abocamiento del intestino grueso con el fin de desviar total o parcialmente el tránsito intestinal", 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. La mayoría de colostomías son creadas como colostomías terminales, no colostomías de asa, esto por el gran tamaño del colon y hace que sea incómodo para el dispositivo, la Mayoría se realizan en el lado izquierdo del colon.[28]

2.2.8 Cierre

En un estoma temporal puede realizarse el cierre de la pared abdominal, puede considerarse a veces como un procedimiento menor, pero para otros autores no lo es, ya que la pared abdominal consta de piel, aponeurosis, músculo y peritoneo, al cerrar un estoma es necesario tratar una herida en la piel y otra musculo-aponeurótica. En la herida musculo-aponeurótica puede encontrarse una hernia paraestomal, de manera que puede repararse tratando a la vez la hernia con un material protésico o ya sea para prevenirla, mientras que el cierre de la pared abdominal, se asocia a con una infección de la abertura, la cual debe ser tratada con antibioticoterapia, actualmente es tomada en cuenta la cirugía mínimamente invasiva, que algunos autores describen ventajas en su abordaje, como una recuperación postoperatoria más rápida, una disminución de la estancia hospitalaria, evita la reapertura de laparotomías previas,

disminución de la tasa de reoperaciones por obstrucción intestinal, ofrece una visión de toda la cavidad abdominal y disminuye la tasa de infecciones del sitio quirúrgico.

Para el cierre de la piel algunos autores proponen dejarla abierta, permitiendo que la herida, granule por segunda intención y disminuya la infección, en otra opción se propone el cierre primario con variantes: cierre primario hermético, cierre primario holgado o retardado, lo que facilita una pronta cicatrización, pero con mayor riesgo de infección, por último, se prefiere realizar un cierre híbrido entre las 2 opciones anteriores, en la que se aproxima la piel con una sutura en "bolsa de tabaco".[15]

2.2.9 Complicaciones

Puede producirse necrosis de la colostomía al inicio del posoperatorio, debido al deterioro en el riego sanguíneo por la disección exagerada del colon distal o un defecto estrecho en la fascia; retracción lo cual no representa la misma gravedad que en una ileostomía, ya que el contenido fecal es menos irritante que el jugo entérico; rara vez puede producirse obstrucción. Hernia paraestomal es la complicación tardía más frecuente la cual deber repararse solo si el paciente presenta sintomatología, el prolapso puede darse en muy pocas ocasiones la cual es más frecuente en colostomías en asa, siendo el extremo eferente el que se prolapsa, la deshidratación es muy rara y la irritación cutánea es menos frecuente.[28]

Una colostomía se considera que es un procedimiento quirúrgico simple, la frecuencia en complicaciones oscila entre el 10 y 60%, con un porcentaje de reintervención del 10 al 30%; por lo que podemos distinguir una clasificación entre complicaciones precoces, estas apareces en el primer mes de postoperatorio y pueden comprometer la vida del paciente, complicaciones tardías, de aparición posterior en las se produce dificultad en el manejo de la bolsa colectora y una calidad de vida mediocre. La aparición de estas complicaciones puede deberse al estado general del paciente o una enfermedad de base como la obesidad, diabetes, cirrosis o discrasia sanguínea.[19]

2.2.10 Complicaciones precoces

La frecuencia de las complicaciones precoces se encuentra entre 10 – 36%, la importancia de reconocerlas es por su grado de gravedad y necesidad de reintervención del paciente, con un elevado porcentaje de mortalidad postoperatoria.

- Oclusión

Puede producirse en el colon o en el intestino delgado, va a depender de diversos mecanismos: Incarceración de un asa de intestino delgado por medio de una brecha peritoneal entre el intestino colocado directamente en un estoma y la pared abdominal lateral, Incarceración de un asa intestinal del orificio musculoaponeurótico demasiado grande, torsión axial del asa exteriorizada, obstáculo en trayecto parietal, Error de montaje quirúrgico debido a cierre con grapas del segmento cólico proximal en lugar del cierre del segmento distal. Clínicamente, puede notarse ausencia de gases y heces en la bolsa colectora.

- Derivación incompleta

Se observa en las colostomías laterales sin varilla o con varilla y pérdida precoz de la misma, impidiendo garantizar una derivación total del contenido fecal, lo cual se hace necesario una nueva intervención para terminalizar la colostomía por vía local.

- Hemorragia y hematoma

Se produce con una frecuencia de 2%, se puede diagnosticar clínicamente identificando si la hemorragia proviene de la mucosa o de la sutura enterocutánea, al igual utilizando ecografía. Una herida de un vaso sanguíneo puede comprometer la vitalidad de la ostomía o provocar hemorragia intraperitoneal, con una necesidad de reintervención quirúrgica.

- Edema y necrosis del estoma

Frecuente en 1 – 14%, principal causa de mortalidad en los pacientes con estoma. Puede deberse a una esqueletización excesiva del intestino con desvascularización del extremo distal, tracción excesiva sobre un meso corto, torsión o compresión del meso a la altura del orificio parietal, se diagnóstica clínicamente y se basa en la inspección regular del estoma.

- Retracción del estoma

Puede considerarse como una complicación grave con una frecuencia de 2 – 3%, por la exteriorización del asa intestinal sometida a tensión. Factores de riesgo que la predisponen: meso corto, engrosado o retraído, obesidad, distención abdominal y supuraciones periestomales, por lo que resulta una tracción sobre el colon que provoca desgarro y desinserción de los puntos colocutáneos.

- Supuraciones periestomales

Son las complicaciones precoces más frecuentes, con una frecuencia de 10 – 25 %, la mayoría de veces relacionadas con infección secundario a un hematoma periestomal, puede resolver con antibioticoterapia, curaciones y manejo del dispositivo colector, sino evoluciona a un auténtico flemón periestomal.

- Evisceraciones a través del estoma

Con una incidencia del 1 – 2% de las complicaciones precoces, producidas por un orificio parietal demasiado grande, la evisceración puede ser cólica, relacionada con un asa exteriorizada demasiado larga.

2.2.11 Complicaciones tardías

Estas complicaciones son frecuentes, se producen 1 de cada 4 pacientes ostomizados con una incidencia de reintervenciones entre 13 – 33%, presentándose las siguientes:

- Prolapso

Es una complicación frecuente, entre 2 – 10% de las colostomías, siendo raro una reintervención. La mayoría se produce por una simple eversión de la mucosa, tratándose de un prolapso total, es poco frecuente, pero si se presenta constituye una auténtica complicación. Se forma habitualmente de forma progresiva provocando un trastorno funcional moderado sin necesidad intervención quirúrgica, sólo se operan los prolapsos importantes que impiden una manipulación la bolsa colectora, y los prolapsos complicados con estrangulación.

- Hemorragias

Se puede presentar en dos tipos, una debida a una herida de la mucosa cólica, se puede tratar mediante compresión; hemorragia relacionada con la ruptura de una várice estomal, se considera que aparecen en un 27.3% de los pacientes con hipertensión portal, quienes tiene un riesgo de hemorragia de 1%.

- Estenosis

Puede deberse a una estenosis cutánea, asociado a cierto grado de retracción y un estoma en forma de embudo o aponeurótica, debido a un orificio parietal demasiado estrecho. Se puede diagnosticar clínicamente y tacto del estoma para localizar el sitio de estenosis, esta complicación el paciente puede ser soportado por el paciente por bastante tiempo, puede alterar

la evacuación de heces, meteorismo hasta impedir las irrigaciones. Cuando una estenosis se vuelve sintomática, conviene tratarla.

- Tumores y pseudotumores

Los tumores intestinales son poco frecuentes, en un tumor parietal como el sarcoma o el desarrollo de un carcinoma basocelular, en un tumor maligno, con o sin invasión de la pared, de igual manera se puede observar enfermedades dermatológicas como pioderma gangrenoso, enfermedad de Crohn, irritaciones cutáneas periestomales.

- Eventraciones periestomales

Es la complicación que con más frecuencia se observa a largo plazo en una colostomía, con una incidencia del 10 – 50%. Las eventraciones periestomales con tan frecuentes que su aparición resulta casi inevitable. Actualmente la adhesividad, tolerabilidad y flexibilidad de las bolsas colectoras los pacientes pueden soportar mejor las eventraciones, lo que hace innecesario una intervención quirúrgica.[29-31]

2.2.12 Guías de las buenas prácticas de estomaterapia

La estomaterapia se define como un conjunto de conocimientos y principios de la relación de ayuda que debe permitir al ostomizado a recuperar su autonomía posterior al procedimiento quirúrgico al que es sometido para llevar a cabo una vida personal, familiar profesional y social adecuada. Desde 1998 la Asociación Francesa de Terapeutas Enterostómicos analizando 28,500 pacientes con ostomía, analizando resultados y evaluando los conocimientos y prácticas para el control de calidad, difusión de buenas prácticas en estomatología y mejorar la calidad de la atención para todos los pacientes en Francia. Por lo que han publicado las 12 recomendaciones en estomatología:

1. La persona candidata a ser ostomizado recibe información justa, clara y apropiada sobre su estado de salud y la evolución de este estado y previsible con o sin tratamiento, proporcionando su consentimiento informado.
2. El futuro ostomizado recibe evaluación de su estado de salud y necesidades.
3. Identificación preoperatoria del lugar del estoma.
4. Un estoma quirúrgico impecable es la mejor garantía de equipos eficientes y cómodos.
5. El ostomizado tiene el equipo apropiado y / o la técnica de cuidado necesaria para su condición.
6. El ostomizado tiene una relación de apoyo adaptada a sus necesidades específicas.

7. El ostomizado adquiere el conocimiento del cuidado de la autonomía y regreso a casa en caso de complicaciones, tener una persona o familiar cercano.
8. El ostomizado conoce y controla las posibles complicaciones tempranas o tardías, así como su recuperación progresiva de la enfermedad inicial, con el conocimiento mínimo para reconocer los principales signos.
9. El ostomizado tiene cuidado y asesoría multiprofesional.
10. El ostomizado tiene un registro de su cuidado y un relevo estructurado.
11. El cuidado del ostomizado está organizado por una red de atención multidisciplinaria.
12. El ostomizado se beneficia del seguimiento regular de una enfermera con especialidad en estomaterapia cerca de casa.[32]

2.3 Marco teórico

2.3.1 Calidad de vida en las teorías del desarrollo

La calidad de vida se ha planteado analizar un concepto con base a el marco de las diferentes teorías del desarrollo, noción que para algunas corrientes de formación reciente que asumen el buen vivir como una propuesta implementada en Bolivia, Ecuador y Colombia.

En el desarrollo y calidad de vida es importante conocer e implementar el enfoque desde una visión integral desde diferentes aspectos que influyen en el desarrollo humano y su calidad de vida.

A la vez un conjunto de oportunidades que se asocian a capacidades propias de los individuos, para adquirir criterios para evaluar el bienestar y la calidad de vida. Este aspecto fue conocido en el contexto de la teoría de la justicia y utilizada por las Naciones Unidas para conceptualizar primero y medir después el desarrollo humano. La perspectiva de la calidad de vida y el desarrollo humano, conlleva a expresar el concepto de bienestar, satisfacción de necesidades propias e incluso con el de ser feliz, aportando en consecuencia un conjunto de ideales y propósitos, necesidades básicas y recursos, que se constituyen en la realidad de personas.[33]

2.4 Marco conceptual

Calidad de vida: conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable, digna y valiosa.[34]
Colostomía: operación quirúrgica consistente en dar al colon una vía de salida a través de la pared abdominal.[34]
Edad: espacio de años han corrido de un tiempo a otro.[34]
Escolaridad: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.[34]
Estado civil: condición de una persona en relación a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hace constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.[34]
Evisceración: hernia incisional en el abdomen que se produce antes de la cicatrización de la piel, de manera que algunas vísceras intraabdominales (sobre todo el intestino delgado) salen al exterior o quedan cubiertas solo por la piel (evisceración cubierta).[35]
Gastrointestinal: perteneciente o relativo al estómago y al intestino.[34]
Ingreso mensual: suma de los ingresos mensuales monetarios reportados por los asalariados por los no asalariados de los asalariados de hogares en el trabajo principal y en el secundario.[36]
Necrosis: degeneración de un tejido por muerte de células.[34]
Ocupación: acción y efecto de ocuparse.[34]
Residencia: casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación personas a fines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc.[34]
Sexo: condición orgánica, masculino o femenina de los seres vivos.[34]
Calidad de vida gastrointestinal: conjunto de diferentes aspectos de la digestión y absorción de nutrientes, así como funciones de secreción y excreción para mantener un equilibrio entre la alimentación y el bienestar digestivo.[3,5]

2.5 Marco geográfico

Guatemala tiene una extensión territorial de 108 889 Kilómetros cuadrados (Km^2), ubicado en la parte norte del istmo centroamericano con una elevación de 0 a 4 mil metros sobre el nivel del mar y una población estimada de 16 176 034 para el año 2015, constitucionalmente está dividido en 22 departamentos. El departamento de Guatemala, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE), la población que se estima al 30 de junio de 2013, según las proyecciones de la población, el número de habitantes del departamento fue de 3 257 616, representando el 21.1% de la población total, estimada para ese año en 15 438 383.

En el mismo contexto la población creció 1.56% entre 2012 y 2013, porcentaje inferior a la tasa de crecimiento nacional que fue de 2.32%. del total de la población 48.8% son hombres y 51.2% son mujeres. El departamento es mayoritariamente urbano debido a que el 87.2% de la población habita en esta área. Para el año 2103 la edad mediana del departamento fue de 24 años, mayor al promedio nacional que fue de 17 años. Los registros estadísticos identifican que en el 2013 murieron más hombres que mujeres, siendo el 62.1 al sexo masculino, en ese mismo año la principal causa de muerte fue por Diabetes mellitus (16.7%), Infarto agudo (15.7%), siguiéndole la agresión por arma de fuego (14.9%). En 2013 (serie histórica 2009-2013), la población afiliada al IGSS atendida en el programa de Enfermedad, Maternidad y Accidentes (EMA) y en el de Invalidez y Sobrevivencia (IVS) fueron atendidos 813 137 y 755 576, respectivamente.[37]

2.6 Marco institucional

2.6.1 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

El IGSS, es la entidad encargada de cumplir con funciones esenciales a los afiliados del seguro social garantizando atención médica, prestación de servicios médico-hospitalarios para conservar, prevenir o reestablecer la salud, previsión social, amparar a determinados familiares en caso de muerte de la persona que velaba por su subsistencia, reconociendo el derecho de la seguridad social para el beneficio de los pacientes afiliados.

2.6.2 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

El MSPAS de acuerdo a la Constitución Política de la República es el encargado del despacho de los negocios del Organismo Ejecutivo en cuanto a la Salud, en base al artículo 193, por lo que implica velar por la salud y la asistencia social de todos los habitantes, así como desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico mental y social a la población, dicho Ministerio está conformado por diferentes departamentos y unidades y servicios de salud, entre los cuales se encuentran los dos principales hospitales nacionales ubicados en la ciudad de Guatemala: Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.
Ambas entidades formadoras serán las encargadas de brindar apoyo por medio la autorización a las jefaturas de cirugía, en el área de encamamiento y consulta externa para desarrollar el estudio, con la finalidad de recibir la colaboración de los médicos residentes para la entrevista y socialización con los pacientes colostomizados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la calidad de vida gastrointestinal en los pacientes colostomizados que asisten a la consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt durante los meses de julio a agosto del 2018.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Describir las características sociodemográficas de los pacientes colostomizados.

3.2.2 Describir las características clínicas de los pacientes colostomizados.

3.2.3 Categorizar el índice de calidad de vida gastrointestinal de los pacientes colostomizados a través del cuestionario GIQLI.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Enfoque y diseño de investigación

4.1.1 Enfoque

Cuantitativo

4.1.2 Diseño de investigación

Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal.

4.2 Unidad de análisis y de información

4.2.1 Unidad de análisis

Datos de calidad de vida gastrointestinal que se obtuvieron por medio de los instrumentos de recolección de datos.

4.2.2 Unidad de información

Pacientes mayores de 18 años de edad con colostomía que asistieron a la consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Pacientes que cumplieron con los criterios de selección atendidos en la consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt en los meses de julio y agosto del año 2018.

Hospital	**Cantidad de pacientes colostomizados en el 2017**
Unidad de consulta externa de enfermedades IGGS	355
Hospital General San Juan de Dios	88
Hospital Roosevelt	127
Total	**570**

4.3.1.1. Población diana

Pacientes mayores de 18 años de edad que asistieron a la consulta externa de colon y recto.

4.3.1.2. Población a estudio

Pacientes mayores de 18 años de edad que cumplieron con los criterios de selección.

4.3.2 Muestra

Datos proporcionados por los departamentos de estadística en los hospitales donde se realizará la investigación: Unidad de consulta externa de enfermedades del IGSS 355, Hospital General San Juan de Dios 88, Hospital Roosevelt 127, pacientes con diagnósticos de colostomías, con una población total de 570 pacientes en el año 2017, se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95% y un error del 5% y una heterogeneidad de 0.50%, se calculó el tamaño de la muestra en base a la formula siguiente:[38,39]

$$n = \frac{NZ^2 a\ pq}{d^2\ (N-1) + Z^2 a\ pq}$$

$$n = \frac{(570)(1.96)^2\ (0.5)(0.5)}{(0.05)^2\ (570-1) + (1.96)^2\ (0.5)(0.5)}$$

Donde

n= tamaño de muestra

N= tamaño de la población estimada de acuerdo a información proporcionada por los departamentos de estadística de los hospitales donde se realizará la investigación, la cual corresponde a 570 pacientes colostomizados en el 2017.

p: proporción esperada de respuesta según el estudio (50 % = 0.5)

Z= valor obtenido mediante niveles de confianza, se tomará 95% de confianza lo que equivale a 1.96

d= límite aceptable de error estadístico muestral (0.05)

q= 1-p

Muestra total de 416 pacientes distribuidos en los tres hospitales.

Distribución de pacientes para el 2018		
n	**%**	**muestra**
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades IGSS	62.25	259
Hospital General San Juan de Dios	15.38	64
Hospital Roosevelt	22.35	93
Total	**100**	**416**

Como la población total es tomada de un año se utilizó una proyección de lo que se espera en dos meses que será el tiempo de estudio. Estableciéndose de la siguiente manera:

Distribución de pacientes en los meses de estudio		
n	**%**	**muestra**
Unidad de Consulta Externa de Enfermedades IGSS	62.25	44
Hospital General San Juan de Dios	15.38	10
Hospital Roosevelt	22.35	16
Total	**100**	**70**

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de edad
- Pacientes de sexo masculino y femenino
- Paciente con colostomía actual mayor a 2 meses de evolución
- Pacientes que asistieron a la unidad de consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS, del Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Paciente con deterioro neurocognitivo que le impida proporcionar información
- Paciente que rehúse participar en el estudio
- Paciente que presente barrera lingüística.

4.5 Definición y operacionalización de las variables

Macro variables	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica masculina o femenina de los seres vivos. [34]	Autopercepción de la identidad sexual durante la entrevista	Categórica dicotómica	Nominal	Masculino o femenino
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.[34]	Dato de la edad en años referido por el paciente	Numérica discreta	Razón	Años
	Estado civil	Condición de una persona en relación a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio que se hace constar en el registro civil.[34]	Definición de una persona si tiene esposo (a) o no tiene, o si está separado de ella o si la misma ya falleció.	Categórica politómica	Nominal	Casado Soltero Viudo divorciado Unido
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.[34]	Ultimo nivel de educación formal obtenido	Categórica politómica	Ordinal	Ninguna, Primaria Básica, Diversificada Universitaria
	Residencia	Casa donde conviven y residen, sujetándose a determinada reglamentación personas a fines por la ocupación, el sexo, el estado, la edad, etc.[34]	Lugar geográfico donde reside el sujeto de estudio	Categórica	Nominal	Nombre del lugar geográfico donde reside el entrevistado
	Situación laboral	Situación o elemento vinculado a una u otra forma con el trabajo, que recibe algún tipo de remuneración.[40]	Situación laboral del paciente en el momento de la entrevista	Categórica dicotómica	Nominal	Empleado desempleado
	Ocupación antes de colostomía	Actividad laboral para generar ingresos económicos antes de realizar colostomía.	Ocupación realizada por paciente antes de colostomía	Categórica politómica	Nominal	Ocupación y/o profesión ejercida por el paciente entrevistado antes de la colostomía
	Ingreso mensual	Medida del lugar social de una persona dentro de un grupo social basado en varios factores incluyendo el ingreso y la educación.	Cantidad de dinero que el sujeto refiera que recibe al mes.	Numérica	Ordinal	≤ Q.1782.94 ≥Q. 1782.94 a Q. 2713.63 ≥Q. 2713.63 a Q. 5520.00 ≥ Q. 5520.00[41]

Características clínicas	Motivo de colostomía	Indicación o causa de la colostomía	Motivo que llevo a realizar colostomía	Categórica politómica	Ordinal	Neoplasia colorrectal, diverticulitis, procesos inf. perianales, trauma de ano, trauma penetrante y cerrado de abdomen, otros.
	Tipo de colostomía	Clasificación de las colostomías según el tiempo de permanencia que pueden ser temporales o permanentes.	Tipo de colostomía que se ha indicado al paciente debido a la complejidad de su enfermedad	Categórica dicotómica	Nominal	Temporal permanente
	Tiempo de colostomía	Tiempo que ha pasado desde que se le llevo a cabo la colostomía.	Tiempo que lleva paciente con una colostomía	Numérica discreta	Razón	Meses o años.
	Expectativas del cierre de la colostomía	Probabilidad del cierre de la colostomía	Razón por la que aún no se ha cerrado la colostomía	Categórica politómica	Nominal	Falta de encamamiento, no evaluado, falta de recursos económicos, pendiente de estudios, otro
	Antecedentes médicos	Patologías presentes de los pacientes entrevistados.	Enfermedades diagnosticadas a pacientes entrevistados	Categórica Politómica	Nominal	DM II, HTA Cardiopatía Ninguna, Otra
	Complicaciones	Complicaciones presentadas durante la colostomía.	Complicaciones presentadas durante el tiempo de colostomía referida por el paciente	Categórica politómica	Nominal	Hernia periostomal Prolapso, Retracción, otra, Ninguna
Calidad de vida gastro-intestinal	Índice de calidad de vida gastrointestinal	Escala de la digestión y absorción de nutrientes, así como funciones de secreción y excreción para mantener un equilibrio entre la alimentación y el bienestar digestivo.[3,5]	Responder a interrogantes del cuestionario sobre el índice de calidad de vida gastrointestinal	Categórica dicotómica	Nominal	Buena mala

4.6 Recolección de datos

4.6.1 Técnicas

- Paso 1: nos presentamos a la consulta externa de colon y recto de la Consulta Externa de Enfermedades IGSS los días lunes, miércoles y viernes, HGSJDD los días lunes, y jueves, HR los días lunes, martes, jueves y viernes, en el horario de 8:00 a 12:00 horas.
- Paso 2: se solicitó autorización con el médico especialista encargado de las clínicas respectivas y cada una de las consultas externas.
- Paso 3: se identificó sujetos que cumplan los criterios de selección.
- Paso 4: se presentó y explicó al sujeto el motivo de la entrevista y si desea participar.
- Paso 5: se firmó del consentimiento informado por parte del sujeto de estudio.
- Paso 6: llenado de los instrumentos de recolección de datos con la información brindada por el sujeto.
- Paso 7: se ingresó a la base de datos en el programa de Microsoft Excel 2016®.
- Paso 8: se analizó la calidad de información de los instrumentos de recolección de datos ingresados.

4.6.2 Procesos

- Paso 1: se obtuvo la autorización de las distintas jefaturas de consulta externa informando sobre el estudio que se llevó a cabo, a médicos encargados de los servicios de las consultas externas de los hospitales ya mencionados, en los meses de estudio.
- Paso 2: con la aprobación del protocolo por la Coordinación de Trabajos de Graduación (COTRAG), se inició el trabajo de campo.
- Paso 3: se asignó un hospital a cada estudiante para el llenado de los instrumentos de recolección de datos con los sujetos que cumplan los criterios de selección.
- Paso 4: firma y colocación de huella digital en el consentimiento informado por el sujeto de estudio (anexo 1).
- Paso 5: posterior a la recolección de la información de los instrumentos se procedió a tabular los datos en Microsoft Excel 2016®.
- Paso 6: se realizó análisis descriptivo de la información recaudada según la naturaleza de las variables.

4.6.3 Instrumentos

- Boleta de recolección de datos:

De elaboración propia basada en el artículo de “Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal”, este apartado está orientado a identificar las características sociodemográficas en la sección uno, la cual recaba información del nombre del paciente, sexo, edad, estado civil, escolaridad, residencia, situación laboral, ocupación antes de la colostomía e ingreso mensual; en la sección dos se describen las características clínicas como el motivo de colostomía, tipo y tiempo de colostomía, si padece de alguna enfermedad y complicaciones de los sujetos a estudio al igual que las expectativas del cierre de colostomía.[42]

- Cuestionario *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI):

Incluye 5 dimensiones con un total de 36 preguntas orientadas a identificar el índice de calidad de vida gastrointestinal, la cual está distribuida de la siguiente manera: Síntomas (19 preguntas que van de la pregunta 1 a 9 y 27 a 36), disfunción emocional (5 preguntas que van de la 10 a la 14), disfunción física (7 preguntas que van de la 15 a la 21), disfunción social (4 preguntas que van de la 23 a la 26) y por último, los efectos del tratamiento médico realizado (pregunta 22).

El cuestionario GIQLI tiene un intervalo de confianza del 77 al 97% y se calificará de la siguiente manera con 5 respuestas, codificadas de 0 a 4 (cuanto más alta, mayor o mejor calidad de vida) el cual propone sumar todos los resultados (de 0 a 144) el cual indica como sanos una media y desviación estándar de 125.8 y 13.0 respectivamente; enfermos 105 y 12.5, con movilidad en la comunidad y/o confinados en casa 89 y 16.5, por lo tanto en este estudio se tomará como buena calidad de vida gastrointestinal un punteo igual o mayor a 105 con una desviación estándar mayor a 12.5, mientras que los que se encuentren por debajo de estos valores serán categorizados con mala calidad de vida gastrointestinal.[6]

4.7 Procesamiento y análisis de datos

4.7.1 Procesamiento de datos

- Se ordenaron las hojas de recolección de datos en folder tamaño carta separándolos por hospital e identificando con la siguiente codificación: HIGSS, HG y HR, a cada una de las boletas se les asignó una codificación descrita de la siguiente manera: para los primeros

HIGSS2018001 hasta completar su muestra (44 pacientes), para el HGSJDD: HG20180045 (10 pacientes) y HR: HR2018055, las cuales se digitalizó la información en una base de datos utilizando el programa de Microsoft Excel 2016 ® con licencia vigente.

- Se verificó la calidad de la información.
- La información de la boleta de recolección de datos que consta de 2 partes se ingresó a la base de datos según las tablas de codificación No. 1 y 2 en el programa Microsoft Excel 2016 ® con licencia vigente.
- En cada cuestionario GIQLI se sumaron los resultados obtenidos de cada sujeto juntamente con las dimensiones representadas en las preguntas del cuestionario en la tabla No. 3.

4.7.2 Análisis de datos

Las variables de la boleta de recolección de datos fueron analizadas y distribuidas en una tabla descriptiva en variables cualitativas de las características sociodemográficas: sexo, escolaridad, residencia, situación laboral y ocupación antes de la colostomía, las cuales fueron analizadas por medio del cálculo de frecuencia (f) y porcentaje (%), mientras que las variables cuantitativas también sociodemográficas: edad se determinó calculando media aritmética ($\bar{x}$) y porcentaje (%), mientras que ingreso mensual fue determinado por medio de frecuencia (f) y porcentaje (%).

Las variables de la boleta de recolección de datos que fueron analizadas y distribuidas en una tabla descriptiva en variables cualitativas de las características clínicas: motivo de colostomía, tipo de colostomía, expectativas de colostomía, antecedentes médicos y complicaciones, a las cuales se determinó la frecuencia (f) y porcentaje (%), mientras que la variable cuantitativa: tiempo de colostomía se determinó por medio frecuencia (f) y porcentaje (%).

En el cuestionario del índice de calidad de vida gastrointestinal, se realizó una tabla de distribución de frecuencias y porcentajes, se clasificará a cada sujeto como masculino y femenino y se determinará si tienen buena o mala CVGI según el puntaje obtenido igual o mayor a 105 y menor a este resultado, respectivamente, determinando frecuencia (f) y porcentaje (%) de cada uno al igual que sus respectivas dimensiones, posteriormente se fijará la información del total de los sujetos a estudio.

4.8 Alcances y límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos

- Atraso en la autorización para iniciar trabajo de campo por parte del comité de bioética e investigación del Hospital General San Juan de Dios
- Cierre temporal de consulta externa en los hospitales nacionales por paro de labores de médicos
- Citas para pacientes colostomizados muy prolongadas.

4.8.2 Alcances

Esta investigación se realizó en pacientes mayores de 18 años a quienes se estudió para conocer la calidad de vida gastrointestinal, con un enfoque de la misma de tipo descriptivo transversal, efectuó una entrevista a cada uno de los pacientes colostomizados para resolver un cuestionario. A cada uno de los pacientes se les explicó el objetivo que conlleva participar en el estudio llevado a cabo en la consulta externa de colon y recto de la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades IGSS-Autonomía, Hospital General San Juan De Dios y Hospital Roosevelt, siendo la naturaleza de esta investigación evaluar la calidad de vida gastrointestinal y así poder aportar medidas que puedan mejorar junto con un equipo multidisciplinario de salud para los pacientes que tienen que vivir con una colostomía.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

4.9.1 Principios éticos generales

Toda investigación que involucre la participación de seres humanos debe de regirse por cuatro grandes principios de la ética médica que fueron descritos por Beauchamp y Childress en su libro de 1979 *Principles of Biomedical Ethics.*

- Autonomía: “Respeto activo a la libertad de elección de la persona; no sólo absteniéndose de obstaculizarla sino también procurando que se den las condiciones necesarias para ejercerla”. Con cada uno de los pacientes colostomizados se respetó la facultad para decidir con independencia si desea participar en el estudio por medio del consentimiento informado que se entregó previo a realizar la entrevista. Nadie fue obligado a contestar el cuestionario sino lo deseaba o si no estaba de acuerdo o si el mismo interfería con sus creencias religiosas o culturales. Por lo que los pacientes tuvieron la potestad de abandonar el estudio en cualquier fase de la investigación sin importar que hayan aceptado participar por medio del consentimiento informado (anexo 1).

- No maleficencia: “No producir daños intencionalmente” Esta investigación no pretende crear conflicto cultural, religioso o social sobre el estudio de la calidad de vida gastrointestinal en los pacientes colostomizados. Así mismo, no se causó daño físico a los habitantes ya que no existió ninguna operación que pusiera en riesgo la salud ni la integridad física de los pacientes que formaron parte del estudio.

- Beneficencia: “Obligación de actuar en beneficio del enfermo, ayudándole a promover sus legítimos intereses”. Los beneficios que se esperan de esta investigación superan los riesgos ya que con la misma se pretende conocer las condiciones de la calidad de vida gastrointestinal para cada paciente. Se creó una base de datos con características sociodemográficas, clínicas y calidad de vida de pacientes colostomizados estos resultados de la investigación serán remitidos al Ministerio de Salud e instituciones relacionadas, así como en los hospitales a estudio para poder desarrollar planes de intervención.

- Justicia: **“**Distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los miembros de la sociedad” En este estudio se llevó a cabo bajo todos los regímenes que se consideren moralmente apropiados con el fin de mantener la integridad de cada paciente colostomizado, aplicando justicia distributiva en cada uno de los pacientes, pues todos tendrán la misma posibilidad de participar y formar parte del estudio.[43,44]

Con la investigación declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

4.9.2 Categoría de riesgo

El riesgo de esta investigación fue categoría I, sin riesgo, ya que se trató de un estudio con técnicas observacionales, por lo tanto, no se realizó ninguna intervención o modificación intervencional con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participaron, se utilizaron cuestionarios los cuales no invaden la intimidad de la persona.

5. RESULTADOS

Se presentan los resultados de 70 pacientes colostomizados que asistieron a la unidad de consulta externa de colon y recto del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), Hospital General San Juan de Dios (HGSJDD) y Hospital Roosevelt (HR) durante los meses de julio y agosto de 2018.

Tabla 5.1. Características generales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, residencia) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	**f**	**%**
Edad ($\bar{x}$; DE) 51.27 ± 13.68		
Sexo		
Masculino	49	70
Femenino	21	30
Estado civil		
Casado	46	65.71
Soltero	10	14.29
Unido	6	8.57
Viudo	5	7.14
Divorciado	3	4.29
Escolaridad		
Diversificado	21	30.00
Primaria	19	27.14
Básica	15	21.43
Universidad	12	17.14
Ninguna	3	4.29
Residencia		
Región Metropolitana	44	62.86
Región Nororiental	7	10.01
Región Suroccidental	5	7.15
Región Central	5	7.15
Región Suroriental	4	5.72
Región Norte	3	4.29
Región Noroccidental	2	2.86

Tabla 5.2. Características generales (situación laboral, ocupación antes de la colostomía, ingreso mensual) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	f	%
Situación laboral		
Desempleado	45	64.29
Empleado	25	35.71
Ocupación antes de colostomía		
Otros*	28	40
Piloto	11	15.71
Maestro	10	14.29
Jornalero	7	10
Oficinista	6	8.57
Comerciantes	6	8.57
Agente de seguridad	1	1.43
Ingeniero	1	1.43
Ingreso mensual		
≥Q. 2713.63 a Q. 5520.00	23	32.86
≤ Q.1782.94	20	28.57
≥Q. 1782.94 a Q. 2713.63	20	28.57
≥ Q. 5520.00	7	10

*ama de casa, mecánico, electricista, enfermera, radiotécnico, albañil, gasolinero, psicólogo, administrador, médico y cirujano, fumigación, perito contador, empleado bancario, auditor

Tabla 5.3. Características clínicas (motivo de colostomía, tipo de colostomía) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	f	%
Motivo de colostomía		
Neoplasia colorrectal	47	67.14
Diverticulitis	10	14.29
Procesos infecciosos perianales	6	8.57
Trauma penetrante de abdomen	3	4.29
Otro*	3	4.29
Trauma de ano	1	1.43
Tipo de colostomía		
Temporal	45	64.29
Permanente	25	35.71

*****ulcera sacra, mala práctica médica

Tabla 5.4. Características clínicas (tiempo de colostomía, expectativas del cierre de colostomía, antecedentes médicos y complicaciones) de los pacientes colostomizados. **n=70**.

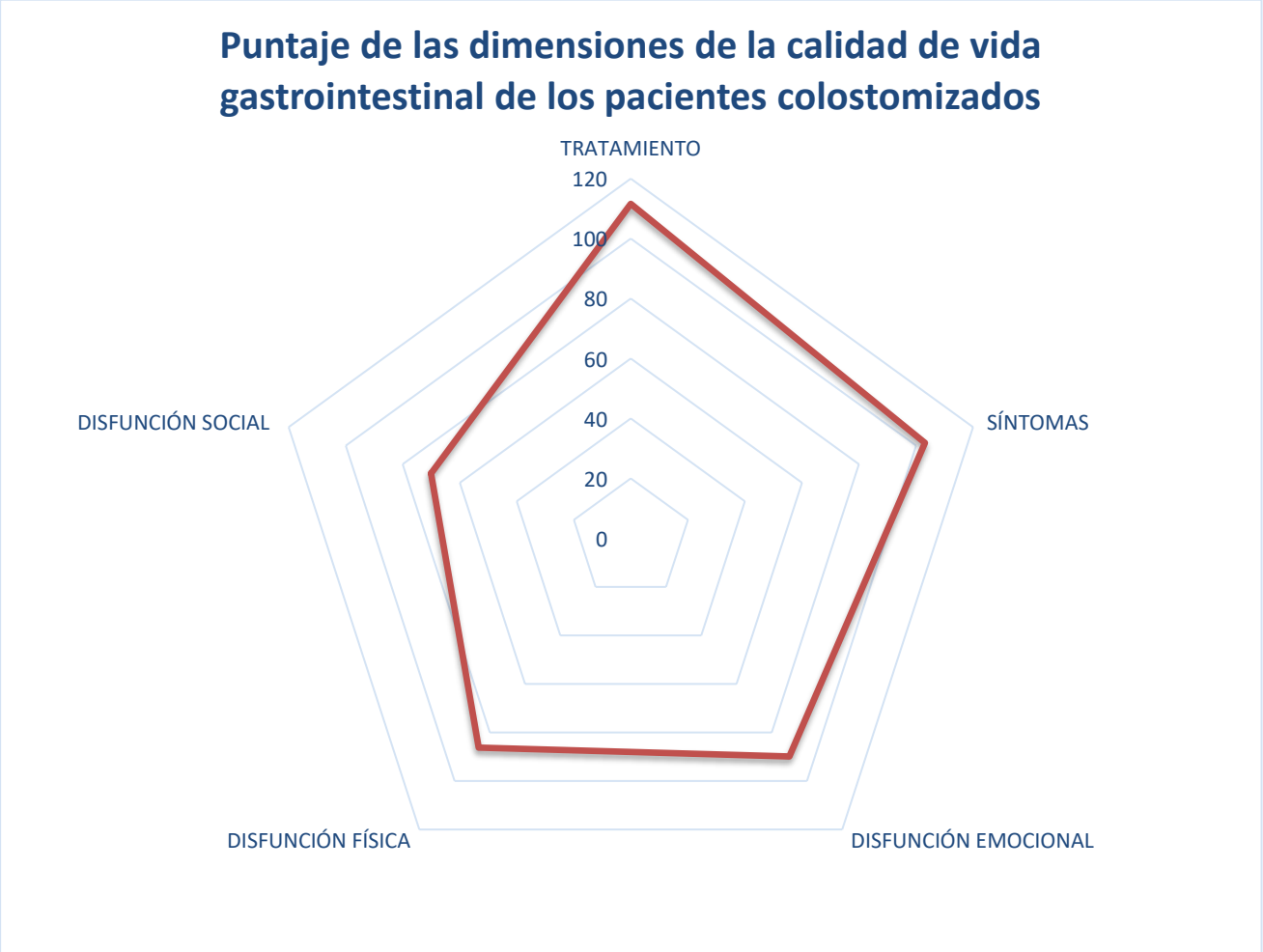
Variable	f	%
Tiempo de colostomía		
2 a 6 meses	20	28.57
6 meses a 1 año	13	18.57
1 año a 2 años	11	15.71
2 años a 5 años	19	27.14
5 años a 10 años	6	8.57
Más de 10 años	1	1.43
Expectativas del cierre de colostomía		
Ninguna	27	38.57
Pendiente de estudios	24	34.29
Falta de espacio en encamamiento	9	12.8
Otro*	6	8.57
No evaluado	3	4.29
Falta de recursos económicos	1	1.43
Antecedentes médicos		
Ninguna	31	44.29
HTA	16	22.86
DMII	14	20
Otro**	5	7.14
Cardiopatía	4	5.71
Complicaciones de la colostomía		
Ninguna	34	48.57
Hernia periostomal	11	15.71
Prolapso	11	15.71
Otra***	9	12.86
Retracción	5	7.14

*inmunodeficiencia baja, riesgo cardiaco.
**artritis/artrosis, tuberculosis miliar, miastenia gravis.
***inflamación y secreción purulenta, irritación y erosión de la piel periostomal, paraplejia, hemorragia en ostomía, obstrucción intestinal.

Tabla 5.5. Dimensiones de la calidad de vida gastrointestinal de los pacientes colostomizados **n=70**

Variable	Valor del índice de calidad de vida gastrointestinal	
	$\bar{x}$	DE
Dimensiones		
Tratamiento	111.6	0.45
Síntomas	103.12	3.87
Disfunción emocional	89.90	1.40
Disfunción física	86.25	2.62
Disfunción social	70.08	1.2

Fuente: elaboración propia.
$\bar{x}$: media aritmética; DE: desviación estándar.



Interpretación: A menor puntaje indica mayor afección de los dominios de calidad de vida gastrointestinal.

Tabla 5.6. Índice de calidad de vida gastrointestinal según sexo en pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	**Masculino**		**Femenino**	
	f	**%**	**f**	**%**
Índice de calidad de vida gastrointestinal				
Buena	17	24.29	4	5.71
Mala	32	45.71	17	24.29
Total	49	70	21	30

6. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los pacientes colostomizados indica que el 70% (49) corresponde al sexo masculino y el 30% (21) al femenino, con un rango de edad de 22 a 80 con una media de 51 años. En el estudio realizado en el 2003 en la ciudad de Guatemala se encontró que el 74% de los pacientes son de sexo masculino y 26% de sexo femenino,[19] en México en el 2011 se realizó un estudio que presenta un rango de edad de 19 a 79 años con una media de 53.32 haciendo similitud a los resultados en esta investigación.[16] Estos hallazgos concuerdan con nuestro estudio, porque se puede observar que después de quince años los pacientes colostomizados más afectados siguen siendo de sexo masculino y la edad oscila aproximadamente entre los mismos rangos, en correlación con el estado civil 65.71% (46) corresponde a casado, soltero 14.29% (10), unido 8.57% (6); en relación a un estudio que se realizó en Guatemala en 2011 el 54% es casado; el estado civil es un indicativo de apoyo y cuidados del paciente en cuanto a su colostomía, debido al proceso de adaptación que debe llevar el paciente en el aspecto físico, social y emocional y el vivir acompañado brinda protección y mayor estabilidad a afrontar la situación en pareja.[45,46]. Sobre el lugar de procedencia que tuvo mayor frecuencia fue el departamento de Guatemala con un 62.86% (44) seguido por Zacapa, Sacatepéquez e Izabal con 4.29% (3 pacientes cada uno) estas cifras se deben a que el estudio fue realizado en la ciudad de Guatemala, por lo tanto, la incidencia de otros departamentos fue baja.

La escolaridad que predomina en los sujetos estudiados fue diversificado 30% (21), seguido por el nivel primario 27.14% (19), básico 21.43% (15), en comparación con un estudio en el área Metropolitana de Guatemala evidencia que el nivel educativo es de 51.85% de primaria, en un estudio elaborado en Colombia el nivel de primaria predomina en un 61.6%. Se puede argumentar que la población más afectada en otros estudios es de nivel inferior en comparación a esta investigación, ya que, en esta investigación, diversificado presentó mayor porcentaje.[19,42] Correlacionado con lo anterior se demuestra que el 64.29% (45) se encontraban desempleados, otro estudio realizado en México en 2011 demuestra que el 72.28% de pacientes ostomizados se encontraban desempleados. Esto señala que ser portador de una colostomía es un factor de desempleo. Se demuestra que la ocupación más frecuente antes de la colostomía es piloto 15.71% (11) y maestros 14.29% (10), el 32.86% (23) cuentan con un ingreso mensual entre Q. 2713.63 a Q. 5220.[16,51]

El principal motivo de colostomía fue neoplasia colorrectal con 67.14 % (47), diverticulitis 14.29% (10), procesos infecciosos perianales 8.57% (6), estos resultados se comparan con un estudio publicado en el 2011 en México el cual concluyó que el principal motivo de estoma fue enfermedad neoplásica 63.85% y enfermedad diverticular de colon en un 10.85%. Es notoria la similitud del motivo de colostomía en ambos estudios debido a que refleja que el cáncer colorrectal es la principal causa seguido de enfermedad diverticular colónica asociado a el tiempo de colostomía que demostró que el 28.57% (20) de 2 a 6 meses, de 2 a 5 años 27.14% (19), de 6 meses a 1 año 18.57% (13), el tiempo de colostomía que más prevalece en un estudio publicado en Colombia 2003 es de 1 a 5 años 81.5%; El tiempo de colostomía no tiene relación con esta investigación ya que varían los intervalos de meses y años en el tiempo de cada paciente y pacientes con cáncer ya han llevado varios tratamientos con quimioterapia siendo el 64.29% (45) presentó colostomía temporal, comparado con el estudio realizado en una tesis de médico y cirujano en el 2003 en Guatemala con un porcentaje mayor la colostomía temporal en un 77%; después de 15 años el tipo de colostomía que más prevalece sigue siendo las de tipo temporal.[19,47]

En cuanto a las expectativas del cierre de la colostomía el 34.29% (24) están pendiente de estudios para el cierre de colostomía, mientras tanto se encontró que el 12.8% (9) refiere que por falta de espacio en encamamiento no se ha cerrado la colostomía. Evidentemente estos datos coinciden con el problema de salud creciente en el país, que no hay recursos suficientes para atender a la población. Mientras tanto el 38.57% (27) no tiene expectativa para el cierre, esto se debe a una relación 1:1 con los pacientes que tienen colostomía permanente 35.71% (25) ya que estos no tienen ninguna expectativa de cierre. Así mismo los antecedentes médicos más frecuentes fueron Diabetes Mellitus II (DMII) 20% (14), Hipertensión Arterial (HTA) 22.86% (16), un estudio realizado en Cuba reflejó que DMII e HTA fueron las comorbilidades más frecuentes en sus resultados. Observando una similitud en ambos estudios, donde prevalecen las mismas enfermedades como antecedentes lo cual afecta la calidad de vida del paciente.[8] finalmente sobre las complicaciones presentes, son hernia periostomal y prolapso 15.71% (11) cada una las que predominan , retracción 7.17% (5) y en 48.57% (34) no se presentaron complicaciones, comparado con Charrúa *et al* la complicación más habitual fue hernia periostomal 25.30% y 60.24% sin complicaciones.[16] Se puede observar que las complicaciones en la colostomía no son frecuentes en su mayoría, sin embargo hernia periostomal es la complicación más común.[31]

El índice de calidad de vida gastrointestinal es mala en un 70% (49) de los pacientes colostomizados, correlacionados con estudios realizados en Colombia[42] y Guatemala[19] que también concluyen que los pacientes colostomizados tienen una mala calidad de vida.

Más, no lo es así en el estudio mexicano de calidad de vida en pacientes ostomizados donde presentan una buena calidad de vida. Los estudios mencionados anteriormente no utilizaron GIQLI como instrumento para medir la calidad de vida, ellos utilizaron otros instrumentos que tienen como finalidad evaluar la calidad de vida en pacientes con diversas enfermedades.[50]

Las dimensiones con las que cuenta este cuestionario son síntomas, disfunción emocional, disfunción física, disfunción social y efectos del tratamiento médico. Siendo disfunción social la más afectada con un valor de 71 puntos de los 105 que les definiría como buena calidad de vida, debido a que esta tiene el porcentaje más bajo en relación a las otras. Las demás dimensiones a excepción de la dimensión de tratamiento tienen mala calidad de vida, entendiendo que la mayoría de pacientes a pesar de ser pacientes con colostomía está de acuerdo con el tratamiento quirúrgico que le ha dado esperanza de vida ya que de lo contrario sería otra la situación del paciente. Se puede comparar este dato con una investigación de calidad de vida en pacientes ostomizados realizada en México[16] donde los pacientes obtienen la menor puntuación en actividad sexual, al igual que nuestra dimensión de disfunción social la cual abarca la vida sexual del paciente, en este cuestionario calidad de vida sobre la actividad sexual comprende dentro de disfunción social he de ahí dimensión más afectada.[49]

El índice de calidad de vida gastrointestinal de los pacientes colostomizados que fueron evaluados a través del cuestionario GIQLI tiene un promedio y una desviación estándar de 92.95 y 13.57 respectivamente. Según los parámetros tomados para calificar a los pacientes que están enfermos como lo indica el cuestionario que refiere valores de 105 y 12.5 respectivamente, se puede concluir que la mayoría pacientes colostomizados tienen una mala calidad de vida gastrointestinal.[21]

Entre las fortalezas importantes a mencionar resalta en primer lugar, la oportunidad de aplicar por primera vez en Guatemala el cuestionario GIQLI en pacientes colostomizados debido a que el último trabajo realizado sobre calidad de vida en pacientes colostomizados fue hace 15 años;[19] en segundo lugar, fue establecer información actualizada sobre estos pacientes para que en futuras investigaciones puedan hacer uso de ellos.

La debilidad del estudio es la falta de seguimiento de la calidad de vida gastrointestinal de pacientes colostomizados, seis meses después de la primera entrevista.[22]

Entre las oportunidades durante la investigación se puede mencionar: la producción, disponibilidad y utilización de la información generada con base al presente estudio realizado. Otra oportunidad es la publicación del estudio para que este contribuya al desarrollo de investigaciones científicas, relacionadas con calidad de vida gastrointestinal en pacientes colostomizados ampliando así la información para futuras investigaciones o seguimiento de la misma

7. CONCLUSIONES

7.1 Los pacientes colostomizados, 7 de cada 10 tienen una mala calidad de vida, con mayor afección del dominio disfunción social.

7.2 La relación de hombre mujer en los pacientes colostomizados es de 2:1, con una edad media de 51 años, en su mayoría residentes de la ciudad de Guatemala, casados, con nivel de escolaridad diversificado, desempleados, con un ingreso mensual promedio de Q4,000; quienes previamente a su intervención quirúrgica laboraban como pilotos y maestros.

7.3 El motivo principal de la colostomía en los pacientes estudiados fue neoplasia colorrectal seguido por diverticulitis, con antecedentes médicos en los cuales predomina diabetes mellitus e hipertensión arterial; en su mayoría con una colostomía temporal entre dos a seis meses. En cuanto a las expectativas del cierre de la colostomía, esta se ve retrasada por estudios pendientes.

8. RECOMENDACIONES

A médicos jefes de las consultas externas de los hospitales Instituto Guatemalteco de seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt

8.1 Implementar un área de apoyo multidisciplinario para los pacientes colostomizados para poder brindar apoyo emocional a través de psicólogos, orientación para la adecuada utilización de bolsas de colostomías para evitar infecciones por medio de médicos y enfermeras que citaran a los pacientes cada determinado tiempo.

8.2 Indicar a los residentes de las consultas externas que cuando se presente un paciente con colostomía recientes, referirlo a la unidad de apoyo multidisciplinario para ayudar al paciente emocionalmente y así mismo dar información sobre cómo llevar un adecuado cuidado e higiene de las bolsas de colostomía.

A la Coordinación de Trabajos de Graduación (COTRAG) y futuros investigadores.

8.3 Indagar sobre qué tipo de estudios son los que atrasan los cierres de colostomías de los pacientes que si tiene esa oportunidad, para lograr que sea menos tiempo que lleve las colostomía porque hay pacientes que llevan entre 2 y 5 años las colostomías y solo tiene pendiente algunos estudios; en el caso del IGSS agilizar los mismos y en caso de hospitales nacionales como el HGSD y el HR ver si se agiliza en conjunto con trabajo social para que sea accesible para los pacientes.

8.4 Realizar investigación sobre calidad de vida gastrointestinal con seguimiento para poder hacer una comparación en cuanto a los resultados de los mismos pacientes después de determinado tiempo.

8.5 Crear un curso dentro del pensum de medicina que tenga como objetivo los procesos de cómo elaborar una tesis adecuadamente. Que tenga como resultado final, la elaboración de un protocolo aprobado. Este se recomienda que se lleve a cabo en quinto y sexto año de la carrera.

8.6 Implementar un curso que enseñe al estudiante la búsqueda en línea de artículos científicos con validez internacional para enriquecer su conocimiento y así complementar sus estudios con hechos recientes de estudios y avances médicos. Este curso debe ser llevado en tercer año de la carrera para implementarlos en cuarto, quinto y sexto año, siendo en este último año esencial para la elaboración de tesis.

8.7 A los departamentos de estadística del hospital San Juan de Dios y Roosevelt implementar un sistema de archivo de fácil acceso y con información actualizada de expedientes clínicos a tesistas.

9. APORTES

9.1 La siguiente investigación proporcionará información sobre calidad de vida gastrointestinal en pacientes colostomizados, así mismo características sociodemográficas y clínicas de esta población para futuros investigadores.

9.2 Base datos, caracterización de las variables y entrega de informe de los resultados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.

9.3 Aplicación en Guatemala por primera vez del cuestionario de calidad de vida gastrointestinal GIQLI, como una nueva herramienta ya utilizada en otros países.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicol [en línea]. 2012 Abr [citado 18 Sep 2018]; 30(1): 67-71. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006
2. Valdivieso MF, Zárate AJ. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. Rev Méd Clín. Condes [en línea]. 2013 Jul [citado 18 Sep 2018]; 24(4): 716-721. doi: https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70211-6
3. World Health Organization. The constitution of the World Health Organization. [en línea]. Geneva: WHO; 1947 [citado 10 Sep 2018]; Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
4. Mayoralas Fernández G, Rojo Perez F. Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Territoris [en línea]. 2005 [citado 10 Abr 2018]; 5: 117-135. Disponible en: https://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939
5. Blaser AR, Malbrain ML, Starkopf J, Fruhwald S, Jakob SM, Wacle JD. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management. Recomendations and management. Recomendations of the ESICM Working Groupon Abdominal Problems. Intensive Care Med [en línea]. 2012 Mar [citado 10 Abr 2018]; 38(3): 384-394. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22310869
6. Vasquez Martínez C, Alfred Konning M, Yuste Grijalba FJ, Abraíra Santos V. Aplicación del cuestionario GIQLI a dos colectivos de sanos consumidores de yogur. Nutr. Hosp [en línea]. 2005 Nov [citado 6 Jun 2018]; 20(6): 420-428. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112005000800009
7. Casellas F, López Vivancos J, Malagelada JR. Percepción del estado de salud en la enfermedad celíaca. Rev. esp. enferm. cavar [en línea]. 2005 Nov [citado 6 Jun 2018]; 97(11): 794-804. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001100004
8. Jiménez Ramos R, Rosalva RG, Morera Pérez M. Calidad de vida antes y después de la cirugía videolaparoscópica en la acalasia esofágica. Rev. cuba. cir [en línea]. 2017 Oct [citado 6 Jun 2018]; 56(4): 1-13. Disponible en: http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/588

9. Diaz Chávez EP, Medina Chávez JL, Brizuela Araujo CA. Calidad de vida y grado de satisfacción de pacientes postoperados de funduplicatura de Nissen laparoscópica. Rev. gastroenterol. Méx [en línea]. 2014 Mayo [citado 8 Jun 2018]; 79 (2): 73-78. Disponible en: http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-calidad-vida-grado-satisfaccion-pacientes-articulo-S0375090614000111
10. Wanjura V, Lundström P, Österberg J, Rasmussen I, Karlson BM. Gastrointestinal quality of lifeafter cholecystectomy: Indication predicts gastrointestinal symptoms and abdominal pain. World J Surg [en línea]. 2014 Dic [citado 8 Jun 2018]; 38 (12): 3075-81. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25189441
11. Roig MP, Lledó JG, Santafé AS, Espinosa RG. Quality of life (GIQLI) and laparoscopic cholecystectomy usefulness in patientes with gallbladder dyfunction of chronic non-lithiasic biliary pain (chronic acalculous cholecystitis). Rev. esp. enferm. dig [en línea]. 2004 [citado 8 Jun 2018]; 96 (7): 442-451. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v96n7/original1.pdf
12. Koplin G, Müller V, Heise G, Pratschke J. Effects of psychological interventions and patients´ affecton short-termquality of life in patients undergoing colorrectal surgery. Cancer Med [en línea]. 2016 Jul [citado 12 Jun 2018]; 5(7): 1502-1509. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863926/
13. Nguyen Tang t, Huber O, Gervaz P, Dumonceau JM. Long-termquality of life after endoscopic dilation of strictured colorectal or colocolonic anastomoses. Surgery Endoscopic [en línea]. 2008 Jul [citado 12 Abr 2018]; 22(7): 1660-1666. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/5774633_Long-term_quality_of_life_after_endoscopic_dilation_of_strictured_colorectal_or_colocolonic_anastomoses/download
14. Nickel F, Schmidt L, Bruckner T, Billeter AT, Kenngott HG. Gastrointestinal quality of life improves significantly after sleeve gastrectormy and Roux-en-Y gastric bypass - a prospective cross-sectional study within a 2-year follow-up. Porto Biomed J [en línea].2016 [citado 12 Abr 2018]; 2(2): 40-46https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.12.006
15. Pasternak I, Wiedemann N, Basilicata G, Melcher GA. Gastrointestinal quality of life after laparoscopic-assisted sigmoidectomy for diverticular disease. Int J Colorectal Dis [en línea]. 2012Jun [citado 12 Abr 2018]; 27(6): 781-787. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22200793

16. Charúa-Guindic L, Benavides-León CJ, Villa Nueva- Herrero JA, Jiménez-Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir. & cir [en línea]. 2011 Mar [citado 12 Abr 2018]; 79(2): 149-155. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf
17. Monés Xiol J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? Cir. Esp [en línea]. 2004 Ago [citado 12 Abr 2018]; 76(2): 71-77. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-se-puede-medir-calidad-vida-S0009739X04723635
18. Perez Lara FJ, Navarro Piñero A, de la Fuente Perucho A. Study of factor related to quality of life in patients with locally advanced rectal cáncer. Rev. esp. enferm. dig [en línea]. 2004 [citado 12 Abr 2018]; 96(11):746-757. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082004001100002&lng=en
19. Aguilar Juárez JM. Calidad de vida del paciente colostomizado área metropolitana de Guatemala: Estudio observacional – descriptivo, transversal realizado en pacientes colostomizados Miembros de la Asociación Guatemalteca de Ostomías. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2003.
20. Cruz Castañeda O, Pat-Castillo L, Esquivel-Romero BE, Espinoza-Estevez JM, Rivas-Espinoza JG. Calidad de vida en la persona con ostomías de eliminación. [en línea]. México: AMCICHAC; 2012 [citado 15 Abr 2018] Disponible en: http://amcichac.org.mx/wp-content/uploads/2017/03/CALIDAD-DE-VIDA-PUBLICACION-.pdf
21. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmülling C, Neugebauer E, et al, Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. Br J Surg [en línea]. 1994 Jun [citado 15 Abr 2018]; 82(2): 216-222.doi:https://doi.org/10.1002/bjs.1800820229
22. Quintana JM, Cabriada J, Lopez de Tejada I, Varona M, Oribe V, Barrios B, et al. Traducción y validación del índice de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI). Rev. esp. enferm. dig [en línea]. 2001 Ago [citado 15 Abr 2018]; 93(11): 693-699. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11995369
23. Montandon S, Guyot-Pomathios M, Chaumier D, Langlois G. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Cuidado y atención de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. EMC Técnica Quirúrgica - Aparato Digestivo [en línea]. 2016 Feb [citado 15 Abr 2018]; 32(1): E-40-550. Doi: https://doi.org/10.1016/S1282-9129(16)76054-5

24. Guerra M. Qualidade de vida em pacientes portadores de colostomía abdominal temporária. J Coloproctol [en línea].2017 [citado 15 Abr 2018]; 37(S1):1-50. Disponible en: http://jcol.elsevier.es/pt-pdf-S2237936317305324
25. Akiko Kimura C, Kamada I, Guilhem D, Costa Fortes R. Perception of sexual activities and the care process in ostomized women. J Coloproctol [en línea]. 2013 Jul [citado 15 Abr 2018]; 33(3): 145-150. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jcol.2013.05.004
26. Ardila R. Calidad de vida: Una definición integradora. Rev. latinoam. Psicol [en línea]. 2003 [citado 15 Abr 2018]; 35(2):161-164. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203
27. Organización Mundial de la Salud. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud [en línea]. 1996 [citado 18 Abr 2018]; 17(4): 385-387. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/whf_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;jsessionid=149879CB573C358D705C5275665C8083?sequence=1
28. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL. Schwartz principios de cirugía. 10 ed. México, D. F.: Mc Graw Hill; 2015.
29. Boulllot JL, Aouad K. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las colostomías. [en línea]. Francia: Elsevier MASSON; 2013 [citado 25 Jun 2018]. Disponible en: http://www.em-consulte.com/es/article/851036/tratamiento-quirurgico-de-las-complicaciones-de-la
30. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. Colorectal Dis [en línea]. 2010 Oct [citado 22 Abr 2018]; 12(10):958-964. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19604288
31. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallen AM. Stoma-related complications and stomasize - a 2- year follow up. Colorectal Dis [en línea]. 2010 Oct [citado 22 Abr 2018]; 12(10): 971-976. Doi: https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.01941.x
32. Guyot M, Montandon S, Valois MF. Guidelines in stomatherapy. A tool for interdisciplinary management of stoma patients. Ann. Chir [en línea]. 2003 [citado 22 Abr 2018]; 128:642-643. Doi: https://doi.org/10.1016/S0003-3944(03)00188-3
33. Arias Cortés BP. El concepto de calidad de vida en las teorías del desarrollo. Criterio Jurídico Garantista (Colombia) [en línea]. 2013 Abr [citado 01 Jun 2018]; año 5 (8): 136-147. Disponible en: http://www.fuac.edu.co/recursos_web/documentos/derecho/revista_criterio/articulosgarantista6/11_Lineamientos_generales.pdf

34. Real Academia Española [en línea]. Madrid, España: RAE; 2017 [citado 01 Jun 2018]. Disponible en: http://dle.rae.es/
35. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico [en línea]. Navarra: Clínica de la Universidad de Navarra; 2015 [citado 01 Jun 2018]. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/evisceracion
36. López Castaño H, Cardona Arango A, García Zuluaga J. Empleo y pobreza rural 1988-1997 [en línea]. Colombia: CIDE, CEGA, IICA; 2000 [citado 24 Mayo 2018] Disponible en: http://orton.catie.ac.cr/repdoc/A9143e/A9143e.pdf
37. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización departamental, Guatemala: 2013 [en línea]. Guatemala: INE; 2014. [citado 24 Mayo 2018] Disponible en: https://www.ine.gob.gt/index.php/estadisticas/caracterizacion-estadistica
38. Murray RS, Stephens LJ. Estadística. 4 ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
39. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4 ed. España: Elsevier; 2013.
40. Ferrer J, Andrade MP, Nicueza M, Ucha F, Yanover D, Bembibre C. [en línea]. Brasil: Definición abc; 2018 [citado 15 Jun 2018]. Disponible en: https://www.definicionabc.com/
41. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Programa Empleo Juvenil – Encuesta nacional de empleo e ingresos: Informe anual [en línea]. Guatemala: INE; 2017 [citado 24 Mayo 2018]; ENEI-1 2017. Disponible en:https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2017/09/25/20170925120434AwqECVuEFsNSCmHu3ObGLbhZoraZXYgn.pdf
42. Vinaccia Alpi S, Arango C. Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. Suma psicol [en línea]. 2003 Mar [citado 23 Jul 2018]; 10(1): 43-65. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4512191
43. Sánchez González MA. Bioética en ciencias de la salud. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2013.
44. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas / Organización Mundial de la Salud. Pautas Internaciones para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos [en línea] Ginebra: OMS;1991 [citado 23 Jul 2018] Disponible en: http://ceish.med.uchile.cl/textos/Pautas_eticas_internacionales_evaluacion_etica_estudios_epidemiologicos.pdf

45. Martínez López EL. Calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 60 años que acudieron a consulta externa en las unidades del Centro de Atención Médica Integral para Pensionados -CAMIP- de Pamplona y Barranquilla del instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011

46. Bermejo Higuera JC. La soledad de los mayores. Revista de Estudios Médicos Humanísticos [en línea]. 2003 [citado 23 Sep 2018]; 32(2): 126-144 Disponible en: http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/264

47. García Rezabala DA. Calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías e ileostomías en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Diciembre 2013-Mayo 2014 [tesis Médico y Cirujano en línea]. Ecuador: Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014 [citado 22 Jul 2018]. Disponible en: http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/347

48. Sánchez R, Sierra FA, Martín E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? Av. psicol. latinoam [en línea].2015 [citado 23 Jul2018]; 33(3):371-385. Disponible en: https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215

49. Schalock RL. The new definition of intellectual disability, individual supports, an personal outcomes. Siglo cero [en línea]. 2009 [citado 23 Jul 2018]; 40(229): 22-39. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11724/Schalock.pdf

50. Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx [en línea]. 2002 Jul [citado 23 Jul 2018]; 44(4): 349-361. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009

51. Moreno Jiménez B, Ximénez Gómez C. Evaluación de la calidad de vida. En: Buela Casal G. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud [en línea]. Madrid: UAM; 1996 [citado 23 Jul 2018]; 1045-1070 Disponible en: https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf

11. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Consentimiento informado

“Calidad de vida gastrointestinal en pacientes colostomizados”

En este estudio participarán los investigadores: Dr. Rafael Pivaral Martínez, Dr. Manuel Alejandro García Girón, Dr. Maxi Alexander Méndez Morán, Dr. José Pablo de León Linares; Stefano Marcelo Bocaletti Girón, Elmer Virgilio Sop Salquil y Héctor Magallón Martínez, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que cursan el último año de la carrera; este formulario de consentimiento informado está dirigido a hombres y mujeres mayores de 18 años de edad con colostomía actual mayor a 2 meses de evolución que asistan a la consulta externa de colon y recto IGSS-Autonomía, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Roosevelt.

El objetivo de la investigación es conocer y describir la calidad de vida gastrointestinal de los pacientes colostomizados en los hospitales a estudio, solicitando la participación voluntaria de cada uno de los pacientes a quienes amablemente se les solicitará responder una serie de preguntas.

Por lo que se solicita su colaboración debido a que usted cumple con los criterios para formar parte del estudio, se desea aclarar que su participación es completamente voluntaria y que tiene derecho de abstenerse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna penalidad. Si cree no comprender la información puede preguntarle al investigador, el cual le resolverá sus dudas; también tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, así como de recibir una copia de este documento.

El procedimiento será responder una entrevista con una serie preguntas las cuales deberá responder conforme usted considere correcto. Su identidad será protegida ya que la información o datos que podría identificarlo serán manejados confidencialmente. Solamente los investigadores que supervisan el estudio tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un paciente incluyendo este documento de consentimiento informado.

Por este medio me han convocado a participar en la investigación: “Calidad de vida gastrointestinal en pacientes colostomizados”. Entiendo que resolveré una entrevista y un cuestionario. He sido informado(a) que no existe ningún tipo de riesgo o efecto secundario ya que no habrá ninguna intervención física, he leído y comprendido la información proporcionada, así mismo he tenido la oportunidad de preguntar sobre la investigación y se me ha respondido satisfactoriamente mis preguntas y dudas, sabiendo de la confidencialidad de los datos obtenidos para la presentación de dicho estudio. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en alguna manera.

Nombre del participante: _____.

Firma: _____.

Fecha: _____.

Huella

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que la persona ha dado su consentimiento libre y voluntariamente.

Nombre del investigador: _____.

Firma del investigador: _____.

Lugar y fecha: _____.

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Boleta de recolección de datos

Código de boleta: _____

Primera parte: características sociodemográficas[42]

Instrucciones: marque con una X la opción que corresponda y en las áreas en blanco lo que se le solicita.

1.1 Nombre completo _____

1.2 Sexo M ❑ F ❑ **1.3 Edad** _____

1.4 Estado civil

Casado(a) ❑ Soltero(a) ❑ Viudo(a) ❑ Divorciado(a) ❑ Unido(a) ❑

1.5 Escolaridad

Primaria ❑ Básicos ❑ Diversificado ❑ Universidad ❑ Ninguna ❑

1.6 Residencia (departamento) _____

1.7 Situación laboral

Empleado(a) ❑ Desempleado(a) ❑

1.8 Ocupación antes de colostomía

Comerciante ❑ Agente de seguridad ❑ Piloto ❑ Oficinista ❑

Jornalero ❑ Abogado ❑ Ingeniero ❑ Maestro ❑ Otro ❑ _____

1.9 Ingreso mensual

Menor a Q.1782.94_____ Mayor de Q. 1782.94 a Q. 2713.63_____

Mayor de Q. 2713.63 a Q. 5520.00_____ Mayor de Q. 5520.00_____

Segunda parte: características clínicas

2.1 Motivo de colostomía

Neoplasia colorrectal ❑ Diverticulitis ❑ Procesos infecciosos perianales ❑ Trauma de ano❑

Trauma penetrante de abdomen ❑ Trauma cerrado de abdomen ❑ Otros ❑

2.2 Tipo de colostomía

Temporal ❑ permanente ❑

2.3 Tiempo de colostomía

De 2 a 6 meses ❑ De 6 meses a 1 año ❑ De 1 a 2 años ❑ De 2 a 5 años ❑

De 5 a 10 años ❑ Más de 10 años ❑

2.4 Expectativas del cierre de colostomía

Falta de espacio de encamamiento ❑ No evaluado ❑ Falta de recursos económicos ❑

Pendiente de estudios ❑ Ninguna ❑ Otro ❑_____

2.5 Antecedentes médicos

Diabetes ❑ Presión alta ❑ Del corazón ❑ Ninguna ❑ Otra❑ _____

2.6 Complicación de la colostomía

Hernia periostomal ❑ Prolapso ❑ Retracción ❑ Ninguna ❑ Otra ❑ _____

Anexo 3

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)

Tomado del artículo original traducido y validado al idioma español en el año 2002[22]

Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (ICVGI)

Instrucciones: Subraye la opción que represente la correcta según su condición actual.

1. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido dolor de estómago o de tripa?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

2. Durante las 2 últimas semanas ¿Ha sentido sensación de plenitud abdominal (o de tripa llena)?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

3. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido “hinchazón” (sensación de tener muchos gases en el estómago)?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

4. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido escape de ventosidades?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

5. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido fuertes eructos?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

6. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido ruidos llamativos en el estómago o las tripas?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

7. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido la necesidad de hacer de vientre con mucha frecuencia?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

8. Durante las 2 últimas semanas ¿ha gozado o ha sentido placer comiendo?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

9. Durante las 2 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha renunciado usted a comidas que le gustan, como consecuencia de su enfermedad?

Muchísimo, mucho, algo un poco, nada.

10. Durante las 2 últimas semanas ¿cómo ha sobrellevado las tensiones diarias?

Muy mal, mal, regular, bien, muy bien.

11. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido triste o deprimido/a?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

12. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido nervioso/a o con miedo?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

13. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido satisfecho/a con su vida en general?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

14. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido frustrado/a?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

15. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido cansado/a o fatigado/a?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

16. Durante las 2 últimas semanas ¿se ha sentido indispuesto/a?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

17. Durante la última semana ¿se ha despertado por la noche?

Cada noche, 5 ó 6 noches, 3 ó 4 noches, 1 ó 2 noches, nunca.

18. ¿En qué medida le ha provocado su enfermedad cambios molestos en su apariencia o aspecto físico?

Mucho, bastante, alto, un poco, nada.

19. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha empeorado su vitalidad?

Mucho, bastante, algo, un poco, nada.

20. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha perdido su aguante o resistencia física?

Mucho, bastante, algo, un poco, nada.

21. Como consecuencia de su enfermedad, ¿en qué medida ha sentido disminuida su forma física?

Mucho, bastante, algo, un poco, nada.

22. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido contrariado/a o molesto /a por el tratamiento médico de su enfermedad?

Muchísimo, mucho, algo, un poco, nada.

23. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha podido llevar a cabo sus actividades cotidianas (por ejemplo, estudios, trabajo, labores domésticas)?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

24. Durante las 2 últimas semanas, ¿se ha sentido capaz de participar en actividades de recreo y tiempo libre?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

25. ¿En qué medida se han alterado las relaciones con sus personas cercanas (familia o amigos) como consecuencia de su enfermedad?

Muchísimo, mucho, algo, un poco, nada.

26. ¿En qué medida ha resultado perjudicada su vida sexual como consecuencia de su enfermedad?

Muchísimo, mucho, algo, un poco, nada.

27. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido que la comida o los líquidos le subían a la boca (Regurgitación)?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

28. Durante las 2 últimas semanas ¿ha sentido incomodidad por comer lento o despacio?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

29. Durante las 2 últimas semanas ¿ha tenido problemas para tragar la comida?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

30. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha sentido la necesidad de tener que hacer de vientre con urgencia, derepente?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

31. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido diarrea?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

32. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido estreñimiento?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

33. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido náuseas?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

34. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido sangre en las heces?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

35. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido acidez de estómago?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

36. Durante las 2 últimas semanas, ¿ha tenido problemas para contener las heces?

Todo el tiempo, casi todo el tiempo, algunas veces, raramente, nunca.

Tabla 11.1. Características generales (edad, sexo, estado civil, escolaridad, residencia) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	**f**	**%**
Edad ($\bar{x}$; DE) 51.27 ± 13.68		
Sexo		
Masculino	49	70
Femenino	21	30
Estado civil		
Casado	46	65.71
Soltero	10	14.29
Unido	6	8.57
Viudo	5	7.14
Divorciado	3	4.29
Escolaridad		
Diversificado	21	30.00
Primaria	19	27.14
Básica	15	21.43
Universidad	12	17.14
Ninguna	3	4.29
Residencia		
Región Metropolitana	44	62.86
Región Nororiental	7	10.01
Región Suroccidental	5	7.15
Región Central	5	7.15
Región Suroriental	4	5.72
Región Norte	3	4.29
Región Noroccidental	2	2.86

Tabla 11.2. Características generales (situación laboral, ocupación antes de la colostomía, ingreso mensual) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	f	%
Situación laboral		
Desempleado	45	64.29
Empleado	25	35.71
Ocupación antes de colostomía		
Otros*	28	40
Piloto	11	15.71
Maestro	10	14.29
Jornalero	7	10
Oficinista	6	8.57
Comerciantes	6	8.57
Agente de seguridad	1	1.43
Ingeniero	1	1.43
Ingreso mensual		
≥Q. 2713.63 a Q. 5520.00	23	32.86
≤ Q.1782.94	20	28.57
≥Q. 1782.94 a Q. 2713.63	20	28.57
≥ Q. 5520.00	7	10

*ama de casa, mecánico, electricista, enfermera, radiotécnico, albañil, gasolinero, psicólogo, administrador, médico y cirujano, fumigación, perito contador, empleado bancario, auditor

Tabla 11.3. Características clínicas (motivo de colostomía, tipo de colostomía) de los pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	f	%
Motivo de colostomía		
Neoplasia colorrectal	47	67.14
Diverticulitis	10	14.29
Procesos infecciosos perianales	6	8.57
Trauma penetrante de abdomen	3	4.29
Otro*	3	4.29
Trauma de ano	1	1.43
Tipo de colostomía		
Temporal	45	64.29
Permanente	25	35.71

*ulcera sacra, mala práctica médica

Tabla 11.4. Características clínicas (tiempo de colostomía, expectativas del cierre de colostomía, antecedentes médicos y complicaciones) de los pacientes colostomizados. **n=70**.

Variable	f	%
Tiempo de colostomía		
2 a 6 meses	20	28.57
6 meses a 1 año	13	18.57
1 año a 2 años	11	15.71
2 años a 5 años	19	27.14
5 años a 10 años	6	8.57
Más de 10 años	1	1.43
Expectativas del cierre de colostomía		
Ninguna	27	38.57
Pendiente de estudios	24	34.29
Falta de espacio en encamamiento	9	12.8
Otro*	6	8.57
No evaluado	3	4.29
Falta de recursos económicos	1	1.43
Antecedentes médicos		
Ninguna	31	44.29
HTA	16	22.86
DMII	14	20
Otro**	5	7.14
Cardiopatía	4	5.71
Complicaciones de la colostomía		
Ninguna	34	48.57
Hernia periostomal	11	15.71
Prolapso	11	15.71
Otra***	9	12.86
Retracción	5	7.14

*inmunodeficiencia baja, riesgo cardiaco.
**artritis/artrosis, tuberculosis miliar, miastenia gravis.
***inflamación y secreción purulenta, irritación y erosión de la piel periostomal, paraplejia, hemorragia en ostomía, obstrucción intestinal.

Tabla 11.5. Dimensiones de la calidad de vida gastrointestinal de los pacientes colostomizados **n=70**

Variable	Valor del índice de calidad de vida gastrointestinal	
	$\bar{x}$	DE
Dimensiones		
Tratamiento	111.6	0.45
Síntomas	103.12	3.87
Disfunción emocional	89.90	1.40
Disfunción física	86.25	2.62
Disfunción social	70.08	1.2

Fuente: elaboración propia.
$\bar{x}$: media aritmética; DE: desviación estándar.

Tabla 11.6. Índice de calidad de vida gastrointestinal según sexo en pacientes colostomizados. **n=70**

Variable	Masculino		Femenino	
	f	%	f	%
Índice de calidad de vida gastrointestinal				
Buena	17	24.29	4	5.71
Mala	32	45.71	17	24.29
Total	49	70	21	30

Tabla 11.5. Regiones departamentales de Guatemala **n=70**

No.	Región	Departamentos	f	%
1.	Metropolitana	Guatemala	44	62.86
2.	Norte	Alta Verapaz	2	2.86
		Baja Verapaz	1	1.43
3.	Nororiental	El Progreso	1	1.43
		Zacapa	3	4.29
		Izabal	3	4.29
		Chiquimula	-	--
4.	Suroriental	Santa Rosa	2	2.86
		Jalapa	1	1.43
		Jutiapa	1	1.43
5.	Central	Sacatepéquez	3	4.29
		Chimaltenango	1	1.43
		Escuintla	1	1.43
6.	Suroccidental	Totonicapán	-	--
		Sololá	-	--
		Quetzaltenango	2	2.86
		Suchitepéquez	1	1.43
		Retalhuleu	2	2.86
		San Marcos	-	--
7.	Noroccidental	Huehuetenango	2	2.86
		Quiché	-	--
8.	Petén	Petén	-	--

Fuente: Elaboración propia.