



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL

PRESENTA
DRA. Marisela Martínez Díaz

ASESOR.
DR. Luis Galindo Mendoza



MÉXICO D.F. 2003

1

IMPRESO CON
MAY 2003

11209
70



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JEFE DE DIVISI3N DE EDUCACI3N E INVESTIGACI3N MEDICA:
DR. JESUS ARENAS OSUNA

TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACI3N:
DR. LUIS GALINDO MENDOZA

[Handwritten signature]

ASESOR DE TESIS:

DR. LUIS GALINDO MENDOZA

[Handwritten signature]

PROGRAMA DE ESPECIALIZACI3N
DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AUTOR:

DRA. Marisela Mart#nez D#az

MEDICO RESIDENTE DE CUARTO A#O DE CIRUGIA GENERAL HECMR.

[Handwritten signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No. DE REGISTRO DEFINITIVO 2003-690-0023

Autorizo a la Direcci3n General de Estudios de la
UNAM a difundir en formato electr3nico e impreso el
contenido de mi trabajo de investigaci3n.

NOMBRE: MARTINEZ DIAZ

MARISELA

FECHA: 01 OCTUBRE 2003

FIRMA:

[Handwritten signature]

INDICE

RESUMEN	4
SUMMARY	5
ANTECEDENTES	6-12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	14-15
DISCUSION	16-17
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFIA	19-20
ANEXOS	21-25

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

TITULO : Calidad de vida en pacientes ostomizados.

OBJETIVO : Determinar el impacto que tiene la construcción de un estoma derivativo intestinal en la calidad de vida del paciente. Conocer las principales indicaciones para la realización de Ostomías del Tubo Digestivo. Analizar las principales causas de morbilidad y mortalidad de las Ostomías del Tubo digestivo como factores de alteración en la calidad de vida.

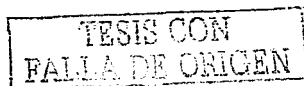
MATERIAL Y METODOS : Diseño: observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

Se analizaron 25 pacientes ostomizados y encuestados con expediente clínico completo en el servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. Se registraron las variables de tipo de ostomía, indicación, complicaciones y calidad de vida.

RESULTADOS: Evaluamos 25 pacientes ostomizados, 13 hombres y 12 mujeres, el promedio de edad fue de 42 años (21-75). Encontramos que 2 pacientes pueden realizar todas las actividades que realizaban antes de la construcción de su estoma, otros 2 pacientes con restricción en actividades externas pero continúan con el mismo trabajo de oficina y hogar, 6 pacientes no pueden realizar su trabajo anterior, pero sí su cuidado personal y algunas actividades sencillas, en 11 pacientes la actividad se reduce a menos del 50% del día, realizando solo actividades de su cuidado personal y finalmente 4 pacientes son totalmente dependientes. En la escala de Karnofsky arroja como resultado que 4 pacientes tienen BUENA calidad de vida, en 17 pacientes se consideró REGULAR y MALA calidad de vida con 4 casos. Las principales causas de ingreso que motivaron la realización de estomas fueron en pacientes que presentaron enfermedades inflamatorias con un total de 8 casos, que representa el 32%; las patologías neoplásicas en 6 casos, representando 24%; así mismo, enfermedad diverticular y perforación intestinal secundaria a patología apendicular con 4 casos cada uno y que representa el 16% respectivamente; y perforaciones traumáticas en 3 casos, representando el 12%. En cuanto al tipo de estoma realizado, se obtuvo que de un total de 25 pacientes, se realizaron 16 estomas temporales representando el 64% y 9 definitivas lo que equivale al 36%, de estos se obtuvieron en primer lugar a las colostomías con un total de 15 procedimientos. Veinte pacientes no presentaron complicaciones (80%), 3 presentaron irritación cutánea y 2 desequilibrio hidroelectrolítico (20%). El promedio de estancia hospitalaria fue de 22 días por paciente.

CONCLUSIONES: Es indudable el valor de la medición de la calidad de vida en pacientes ostomizados, interfiriendo directamente en la vida productiva del paciente. Por la magnitud del procedimiento y lo que ello implica, debe realizarse una adecuada valoración de los pacientes para tratar de disminuir al mínimo las secuelas en el área psicosocial del paciente disminuyendo así mismo el porcentaje de complicaciones para de esta forma obtener un éxito mayor en el procedimiento.

PALABRAS CLAVES: Estoma, Calidad de vida.



SUMMARY

TITLE: Quality of life in patients with ostomies.

OBJECTIVE: The aim of the study was to determine the impact that the construction of an intestinal derivative stoma has in the quality-of-life of the patient. Also, to find out the main indications for the accomplishment of a stoma of the alimentary tract, and to analyze the main causes of morbidity and mortality related to the construction of a stomas of the alimentary tract, as likely factors of alteration in the quality-of-life.

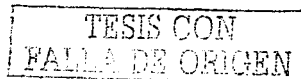
MATERIALS AND METHODS: Design: observational, prospective, cross-sectional, descriptive.

25 patients with ostomies were interviewed and their records analysed in the General Surgery Service of the Hospital of Specialties of La Raza Medical Centre. The following variables were registered: Type of stomy, indication, complications and quality-of-life.

RESULTS: We evaluated 25 patients with ostomies, 13 men and 12 women. The average age was of 42 years (range, 21-75). We found 2 patients that can perform all the activities they used to do before the construction of their stomas. Other 2 patients had restrictions in outdoors activities but they continued with the same kind of job, in an office and at home. 6 patients are no longer able to perform their previous jobs, but their were able to accomplish their personal care and some other simple activities. In 11 cases, the activity got diminished to less than 50% of the day, with some activities on their personal care. Finally, 4 patients are totally dependent. According to the Karnofsky score, 4 patients resulted with a GOOD quality-of-life, 17 patients with REGULAR and 4 with a BAD quality-of-life. The main admission causes that lead to the accomplishment of a stoma were inflammatory bowel diseases in 8 cases (32%). There were malignancies in 6 cases, which is 24% of the cases. There were 4 patients with diverticular disease and other 4 with intestinal perforation secondary to appendicular pathology (which is 16% for each group). There were 3 patients with traumatic intestinal perforations (12% of the cases). Regarding the kind of stoma, of a total of 25 patients, 16 got a temporary stoma (64%) and 9 got a definitive one (equivalent to 36%). The most frequent kind of stoma was the colostomy, with a total of 15 procedures. 20 patients evolved without complications (80%), 3 presented skin irritation and 2 got electrolyte and water alterations (20%). The average hospital length-of-stay was 22 days per patient.

CONCLUSIONS: The quantification of the quality-of-life in patients ostomies is of doubtless value, as quality-of-life has a definite influence in the productive capacity of patients. Because of the magnitude of the surgical procedure as well as its consequences, an appropriate evaluation of the patient should be made in order to limit the psycho-social-area sequels in the patient to a minimum, as well as lowering the percentage of complications, and to achieve a greater success rate.

KEY WORDS: Stoma, quality of life.



ANTECEDENTES

Las Ostomías se definen como la exteriorización de una parte del tubo digestivo a través de la pared abdominal principalmente, suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el vaciamiento del contenido del Tubo digestivo.

Las Ostomías pueden ser de dos tipos, temporales cuando a futuro se planea su cierre, y definitivas cuando por alguna razón es imposible la realización del cierre de la misma.

Las ostomías se realizan a diferentes niveles.

Las esofagostomía, generalmente son estomas temporales indicadas en problemas de exclusión del esófago, como son obstrucción esofágica, malformaciones congénitas (fistulas y atresias), y perforaciones esofágicas distales; en casos de una esofagectomía. Se realiza junto con una gastrostomía o yeyunostomía de alimentación.(1,2)

Su principal localización es cervical y torácica. Cervical cuando se coloca el estoma en la parte lateral izquierda del cuello junto con el músculo esternocleidomastoideo; y pueden ser de dos tipos: terminales y laterales. Y la Torácica cuando se coloca un tubo en la luz esofágica el cual se exterioriza a nivel de la pared torácica; por medio de una toracotomía.(1)

En la actualidad las técnicas más usadas son las que se realizan sobre un tubo o sonda, y de ellas las más empleadas son gastrostomías de Witzel y la de Stamm, y las gastrostomías por punción percutánea.(1,2)

Las yeyunostomías, están indicadas en aquellos pacientes desnutridos que no pueden alimentarse por vía oral y en aquellos donde no puede realizarse una gastrostomía o una gastroyeyunoanastomosis.(1)

Sus principales complicaciones son locales y generales. Entre las locales, se encuentran problemas de irritación de la piel, evisceraciones o dehiscencias de la unión mucocutánea; y de las generales, los problemas diarreicos por infección o por una incorrecta administración de la alimentación y por dolor abdominal cólico. La complicación común es la pérdida prematura del catéter o la oclusión que se presenta en el 0.74% de los casos, y la complicación más seria es la necrosis intestinal que se presenta en el 0.15% de los casos.(1,7)

La ocurrencia de neumonía por aspiración en el curso clínico de un paciente tiene una complicación asociada con una mortalidad hasta del 62%.(6)

Una ileostomía es la exteriorización de una parte del ileon suturado a la piel a través de la pared abdominal.(1)

Tradicionalmente se hace una ileostomía cuando debe researse todo el colon o cuando éste no puede ser usado.(8)

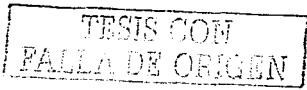
Las indicaciones para la realización de una ileostomía son la colitis ulcerosa, poliposis cólica y la enfermedad de Crohn.(1,2,9)

Principalmente se realizan en personas jóvenes y no existe diferencia de frecuencia entre ambos sexos. El estoma supone un cambio radical en la imagen corporal del paciente que producirá una grave pérdida de confianza en su propia autoestima y puede dañar las relaciones con sus familiares, amigos y colegas de trabajo.(1)

La ileostomía temporal, se utiliza con mayor frecuencia, principalmente en cirugía programada. La ileostomía de derivación se sitúa en la pared abdominal a nivel del músculo recto anterior del abdomen.(1)

Una ileostomía definitiva se realiza generalmente en el lugar de la pared abdominal dentro de la fosa ilíaca en la línea paramedia; después de una colectomía.(1)

La ileostomía continente fue desarrollada e introducida en la práctica clínica por Nils Kock en 1969; el cual ofrece la ventaja de un estoma que no sobresale del nivel de la piel, la elección del momento en que se realiza la deposición, y por último evitar el uso de bolsas colectoras. Por lo que se dice que el objeto de la ileostomía continente es crear un obstáculo valvular que ocluya completamente la



salida del contenido intestinal al exterior y creando un reservorio aperistáltico antes de la ileostomía, mediante el diseño de dos asas intestinales abiertas y suturadas. Principalmente utilizada en problemas de colitis ulcerosa o poliposis cólica o pacientes con una proctocolectomía. Contraindicada en la enfermedad de Crohn por su recidiva en el reservorio. Pueden presentarse complicaciones como dehiscencia de anastomosis, fistulas, necrosis de la válvula y obstrucción intestinal (20al40%). Estenosis (8 al 16%). Diarrea (17 a 30%).(1)

Además de la bolsa de Kock, de la ileostomía de Brooke y de una ileostomía en asa, se puede ofrecer el procedimiento ileoanal a personas que anteriormente requirieron un estoma.(8)

La anastomosis ileoanal con reservorio, es una alternativa a la ileostomía convencional en el tratamiento de la colitis ulcerosa y poliposis adenomatosa cólica. Diseñada por Parks y usada en la clínica humana en 1978. La cirugía consta de 4 etapas: 1) Resección del colon y del recto menos 3cm del mismo; 2) Exéresis de la mucosa del recto conservado; 3) Confección de un reservorio ileal; 4) Anastomosis del reservorio al canal anal. Está indicada principalmente en la colitis ulcerosa y en ocasiones en la poliposis adenomatosa rectocólica. Contraindicada en la enfermedad de Crohn. Sus complicaciones más frecuentes son la sepsis pelviana (6 al 25); dehiscencia de la anastomosis ileoanal (10%). Además la inflamación del reservorio se puede presentar desde el 10 al 40%. La morbilidad es casi nula es este procedimiento. No es un procedimiento de urgencia.(1)

Una persona, con una ileostomía en un sitio adecuado y bien construida debe poder vaciar el dispositivo 4 a 6 veces al día y no necesita cambiarlo por completo más que cada 4 a 5 días.(9)

Las ileostomías tienen complicaciones generalmente en el postoperatorio inmediato o a lo largo de la vida del paciente, que pueden ser tanto mecánicas (debido a la operación o al estoma), como metabólicas (como la pérdida hidroelectrolítica y la aparición de litiasis biliar y renal).(1)

Tras la ingestión de alimentos, al atravesar el píloro, el pH se torna marcadamente alcalino por la secreción biliar y pancreática y por el jugo entérico, por lo que el líquido alcalino del intestino delgado es extremadamente corrosivo para la piel.(8)

Existen complicaciones como retracción (del 9 al 35%), hernia (3%), prolapso (3 al 8%), abscesos (2%), irritación cutánea (25 al 57%). La dehiscencia parcial (4%). Estenosis (13%), úlcera (1%). La obstrucción intestinal (10 al 35%). Impotencia postoperatoria (15%), eyaculación retrógrada (5%) y pérdida de la capacidad para eyacular (10%). Fístula (1 al 9%).(1)

Una colostomía, es la creación de una abertura del colon a la pared del abdomen y la superficie del cuerpo sin un beneficio de un esfínter para controlar el momento de su vaciamiento a la corriente fecal. Pueden ser temporales o permanentes. (1,9,10,11)

Las colostomías, pueden sustituir el ano como abertura distal del tubo digestivo. Pueden desviar la materia fecal de algún fenómeno patológico más alejado o el lograr la descompresión en curso de obstrucción.(12)

Las indicaciones de las colostomías son la obstrucción colónica, complicaciones de un proceso inflamatorio del colon, heridas colónicas e indicaciones varias y no comunes.(10)

Las principales indicaciones para la colostomía en lactantes son: necrosis del colon asociada a enterocolitis necrosante; atresia del colon, que suele ocurrir en la región derecha del colon transverso; enfermedad de Hirschsprung y ano imperforado alto.(2)

Una colostomía permanente se ejecuta generalmente por cáncer de recto, los cuales no pueden ser manejados por escisión transanal; de allí la necesidad de un estoma permanente. No obstante, muchas personas optan por una ileostomía permanente porque es la forma más rápida de retornar a la salud y al trabajo con una única operación.(8)

Habitualmente, el sitio elegido es el segmento intestinal más distal que se puede alcanzar un lugar accesible en la pared abdominal sin tensión.(8)

Para la elección del tipo y ubicación de la colostomía se debe considerar la posible reconstrucción del colon en lo futuro, comodidad y adaptabilidad del paciente en relación con la colostomía y el mejor método quirúrgico.(10)

El sitio del estoma debe ser accesible para que lo cuide el enfermo y no en un pliegue, una cicatriz o una prominencia ósea.(9)

Las ostomías temporales se hacen generalmente, para proteger un sitio distal en el intestino inflamado (fase aguda de algunas enfermedades), infectado, traumatizado, obstruido o estenosado. Reciben el nombre de temporales, porque una vez resuelto el problema por el cual se realizaron se procede a cerrarlas para restablecer el tránsito intestinal, indicadas para evitar una peritonitis fecalóide o un absceso intraabdominal; fistulas rectovaginales y rectovesicales. Y en cirugía de urgencia como oclusión intestinal baja, por neoplasias, sepsis, abscesos o peritonitis generalizadas por enfermedad diverticular; vólvulos de colon izquierdo y los traumatismos de colon, recto y ano. Atresia de ano, enfermedad de Hirschprung y la enterocolitis necrotizante. Generalmente se realizan en pacientes de edad avanzada. Los tipos de colostomías son: en asa, Hartmann, Colostomía doble, Devine, Paul Mikulicz, Cecostomía sobre tubo, Colostomía transversa sobre tubo.(1,8)

Las colostomías terminales suelen hacerse en colon descendente distal y se localizan en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen o en la línea media.(9)

Las colostomías definitivas se realizan generalmente tras excéresis del recto y del esfínter anal, principalmente por carcinoma del recto y del canal anal. Generalmente realizadas en colon izquierdo (descendente o sigmoides).(1)

El cirujano debe decir si se requiere una colostomía de descompresión o de derivación.(9)

Las ostomías pueden ser de tipo laterales (en asa) o de tipo terminal.(8)

Es más fácil de realizar en asa, pero es difícil lograr buen sellado con una bolsa de colostomía. Una ostomía terminal llega a la pared más fácilmente y puede hacerse enteramente apartada.(8)

Todavía hay controversia respecto a cuándo es preferible una ostomía en asa o una terminal.(8)

El cuidado postoperatorio de una colostomía incluye valorar la viabilidad y verificar si hay infección.(9)

La función y el cuidado de una colostomía dependen de las deficiencias fisiológicas entre colon proximal y distal.(9)

La edad a la que más comúnmente se realiza una colostomía comprende entre la sexta y la séptima década de la vida y con un ligero predominio en varones relación 3:1.(1)

La mortalidad en la cirugía de elección se reporta de 1 a 2% , en la cirugía de urgencia es de 4 a 5%, y en el megacolon tóxico aumenta hasta un 17%.(1,13)

Se presenta hasta un 30% de morbilidad en colostomías. La dehiscencia anastomótica se encuentra entre el 2.8% al 4%, en la cirugía del cáncer de colon. La necrosis de 0.5 al 2%; la infección se presenta en un 4 al 13%.(1,8)

La mayor parte de las complicaciones de la colostomía resulta de procedimientos inadecuados.(14)

Como complicaciones se presentan isquemia, necrosis postoperatoria, constricción, úlcera (1%), pseudopólipos, hemorragia, abscesos (2%), retracción (3 al 29%), hernia paraestomática (3 al 8%), prolapso (2 al 3% en colostomías terminales y 12 a 38% en asa), obstrucción, estenosis (0.3 al 6%), aumento de deposiciones, traumatismos y perforación. Siendo la principal complicación inmediata la infección; y la principal tardía la obstrucción que ocurre alrededor del 10%.(1,8,11,12,15)

En la piel generalmente se presentan irritación (26 al 57%), e inflamación.(1,8)

La estancia hospitalaria de un paciente sometido a colostomía es estimada en 7 a 10 días.(11)

El impacto emocional de una ostomía puede ser devastador. El paciente se enfrenta con un profundo cambio en su cuerpo y la sensación de desadaptación y depresión resulta común. Una imagen corporal alterada la cual impacta sobre su capacidad de entablar relaciones interpersonales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.(8)

El que las ostomías sean temporales o permanentes influye sobre la respuesta emocional del paciente. El concepto de ostomía temporal es más fácil de aceptar.(8)

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un periodo de depresión reactiva; posteriormente a la fase de reconocimiento y aceptación, que representa el comienzo de reintegración a su vida y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Y al llegar a la última etapa la de adaptación o resolución, resolviendo el paciente la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan las modificaciones de su situación.(8)

El paciente tiene miedo de que por el estoma desprenda olores desagradables. También es un problema adicional si produce un exceso de gases.(1)

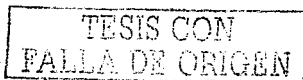
La ansiedad de un hombre acerca de su desempeño o aceptación sexual, se asocia con la disfunción eréctil, como resultado de la lesión de los nervios parasimpáticos que controlan el flujo sanguíneo del piso pélvico; y en las mujeres puede relacionarse con la disminución de la lubricación vaginal. El dolor, en el curso de la relación sexual puede aparecer en ambos sexos después de la amputación del recto(1,13).

El concepto de calidad de vida tiene sus orígenes en los trabajos teóricos de los filósofos y éticos antiguos que se ocuparon de las aplicaciones del valor y significado de la vida. Este término se utiliza cada vez más en cirugía. En el pasado se evaluaba mediante datos "duros" tales como estadísticas de morbilidad y mortalidad en un procedimiento dado.(16,17,18)

La Organización Mundial de la Salud define salud como estado de bienestar físico, emocional y social. Sobre esta base, la evaluación de la calidad de vida en medicina se puede simplificar por la evaluación de limitaciones en las actividades diarias normalmente realizadas previamente a la pérdida de la salud.(16)

La medida de la calidad de vida requiere el uso de instrumentos estandarizados, validados y, con respecto a una población bien definida. Las encuestas extensamente usadas, tales como el índice de Karnofsky y la escala de Visick no se validan, y, a pesar de su larga tradición, no satisfacen los estándares de un cuestionario psicométrico. La forma de salud SF-36 ya validada para la medición del nivel de salud puede ser utilizada rápido y con costo bajo. Por lo que es ampliamente usada en diferentes tipos de estudios descriptivos, de cohorte y serie de casos, sin embargo todos estos formatos no son dirigidos hacia pacientes ostomizados.(19)

Por esto se utilizará un cuestionario realizado por los investigadores y la forma SF 36 con escala de 0 a 100 puntos para valorar la calidad de vida con respecto a la escala de Karnofsky. (20)



MATERIAL Y MÉTODOS

Para determinar la calidad de vida en los pacientes ostomizados se adoptaron las escalas de valoración de Karnofsky y la SF-36. Además se diseñó un cuestionario con el que se determinó, previa aplicación preliminar a un grupo piloto, el tiempo de evolución con el estoma, si se trataba de un estoma temporal o de uno definitivo, el sitio del estoma, si se había construido de manera planeada o como emergencia, si se había dado alguna explicación preoperatoria y si se consideraba que el estoma estaba bien hecho (Tabla 1). Además, se preguntó sobre modificaciones en la vida social, la interacción con amigos, en el trabajo, la práctica de deportes, la vida sexual, si había complicaciones, y si requería ayuda para manejar su estoma.

Estos cuestionarios se aplicaron a todos los pacientes (25) a quienes se les realizaron estomas en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, en control actual y miembros del Club de ostomizados, y que pudieron ser localizados. Se excluyeron los pacientes con patología psiquiátrica previa y a los pacientes operados en otras unidades hospitalarias y que por lo tanto, no cuentan con el expediente clínico original. Para efectos del presente estudio se entendió como estoma la exteriorización de una parte del tubo digestivo a través de la pared abdominal, suturándola a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el vaciamiento de su contenido. Para ser incluido en el estudio, el paciente debía contar con una descripción de la técnica quirúrgica empleada y la causa de su intervención consignados en su expediente. Se utilizó una estadística descriptiva.

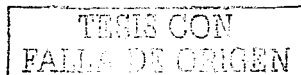
RESULTADOS

El estudio constó de 25 pacientes admitidos con ostomias del tubo digestivo, encuestados y con expediente clínico completo. Estos 25 pacientes representan el 100% del total de casos. Encontramos que 2 pacientes pueden realizar todas las actividades que realizaban antes de la construcción de su estoma, esto es deportes, actividad sexual y continúan con la misma actividad laboral; otros 2 pacientes tienen restricción en actividades externas como viajes o deportes, pero continúan con el mismo trabajo de oficina y hogar, representando el 8% del total de los casos; 6 pacientes no pueden realizar su trabajo anterior, pero sí su cuidado personal y algunas actividades como ir de compras, aspirar, subir varios escalones, caminar mas de 1 kilómetro, agacharse, arrodillarse y levantarse, estando activo por más del 50% del día, equivalente al 24% de los casos; en 11 pacientes la actividad se reduce a menos del 50% del día, realizando solo actividades de su cuidado personal como lavarse los dientes, comer e ir al baño, esto equivale al 44%; y finalmente 4 pacientes son totalmente dependientes, sin poder realizar ninguna actividad, estando en cama o silla todo el día.(Tabla 2)

Esto transpolado a la escala de Karnofsky arroja como resultado que 4 pacientes tienen BUENA calidad de vida en relación a su estado preoperatorio, representando el 16%; en 17 pacientes se consideró REGULAR calidad de vida, equivalente al 68% de los casos y finalmente el 16% tienen MALA calidad de vida con 4 casos.(Gráfica 1)

Se encontró que el sexo más afectado fue el masculino con un total de 13 pacientes, lo que representa el 56%; el sexo femenino con 12 pacientes, lo que equivale al 44%. (Gráfica 2).

Dentro de los 25 pacientes encuestados, se encontró que estos estaban dentro de un rango de 21 años hasta los 72 años de edad. De estos el grupo más afectado fue el comprendido entre los 60 y 75 años, con un total de 9 casos, que representa el 36%; seguido por los grupos de entre 20 y 30 años de edad, así como el grupo de los 41 a 50 años, con 5 casos cada grupo, lo cual representa el 20% respectivamente; el grupo de edades de los 51 a 60 años, con 4 casos, lo que equivale al 16%. Le sigue el grupo de edades comprendida entre 31 a 40 años de edad, con 2 casos, equivalente a 8%.



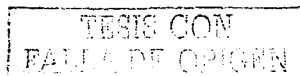
Encontramos que las principales causas de ingreso que motivaron la realización de estomas del tubo digestivo fueron en pacientes que presentaron enfermedades inflamatorias con un total de 8 casos, que representa el 32%; las patologías neoplásicas en 6 casos, representando 24%; así mismo, enfermedad diverticular y perforación intestinal secundaria a patología apendicular con 4 casos cada uno y que representa el 16% respectivamente; y perforaciones traumáticas en 3 casos, representando el 12% (Gráfica 3).

En cuanto al tipo de estoma realizado, se obtuvo que de un total de 25 pacientes, se realizaron 16 estomas temporales representando el 64% y 9 definitivas lo que equivale al 36% (Gráfica 4).

De estos se obtuvieron en primer lugar a las colostomías con un total de 15 procedimientos, que representan el 60% de los casos, seguido por las ileostomías con un total de 7 procedimientos, equivalentes al 28%; posteriormente los yeyunostomas con 3 procedimientos representando el 12% (Gráfica 5).

En cuanto a las complicaciones que se presentaron en nuestro estudio, tenemos que 20 pacientes no presentaron complicaciones representando el 80%; los problemas de irritación e infección cutánea se encontraron en 3 pacientes equivalentes al 12% y el desequilibrio hidroelectrolítico en 2 casos, que equivalen al 8% (Gráfica 6).

La estancia hospitalaria de nuestros pacientes tuvo un rango de 4 a 48 días, con un promedio de 22 días por paciente.



DISCUSIÓN

Este estudio sirvió para medir la calidad de vida de pacientes ostomizados, identificando el impacto emocional de una ostomía el cual es devastador. El paciente enfrentó un profundo cambio en su cuerpo y la sensación de desadaptación y depresión resultó común. La imagen corporal alterada impactó sobre su capacidad de entablar relaciones interpersonales, su sexualidad y debe debió pasar por el proceso de rehabilitación en el cual está el Cirujano sumamente involucrado.

El que las ostomías sean temporales o permanentes influyó sobre la respuesta emocional del paciente. El concepto de ostomía temporal es más fácil de aceptar al saber que será restablecida la continuidad del tubo digestivo y en cierta medida regresarán a sus actividades normales.

Los pacientes experimentaron un periodo de depresión reactiva; posteriormente la fase de reconocimiento aceptación, que representó el comienzo de reintegración a su vida y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Y al llegar a la última etapa la de adaptación o resolución, resolviendo el paciente la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptaron las modificaciones de su situación y se enfrentaron a su nueva vida, con modificaciones en el estilo de esta.

Una de sus mayores preocupaciones fue que desprendiera olores desagradables, por lo que es muy importante la buena localización del sitio de exteriorización del estoma para su buen manejo siendo también un problema adicional si produce un exceso de gases, por lo que la orientación de la dieta es importante.

La ansiedad en el sexo masculino acerca de su desempeño o aceptación sexual, se asocia con la disfunción eréctil, influyendo enormemente en su calidad de vida, esto puede presentarse como resultado de la lesión de los nervios parasimpáticos que controlan el flujo sanguíneo del piso pélvico así que se debe poner énfasis en esta región durante el procedimiento quirúrgico; y en las mujeres puede relacionarse con la disminución de la lubricación vaginal ocasionando el mismo impacto psicológico.

En el pasado se evaluaba mediante datos "duros" tales como estadísticas de morbilidad y mortalidad en un procedimiento dado, sin embargo en este trabajo se buscó y propuso una nueva forma de medición de la calidad de vida con una encuesta que abarca el área social, sexual y laboral, además mide el nivel de conocimiento del paciente acerca de su estoma (tipo, nivel), el motivo y las



circunstancias en las que se realizó el procedimiento y el tipo de orientación por el equipo de salud, siendo todos estos aspectos factores influyentes en la calidad de vida y factores modificables por parte del Cirujano, reflejando estos el éxito postoperatorio. Pudiendo así simplificar la evaluación de limitaciones en las actividades diarias normalmente realizadas previamente a la pérdida de la salud.

No existen reportes previos en la literatura que demuestren preocupación por la calidad de vida del enfermo ostomizado.

En este estudio también sirvió para determinar el tipo más frecuente de ostomía, sus principales indicaciones, así como la morbilidad realizado en nuestro Hospital y poderlo comparar con lo reportado en la literatura.

Como se observó, para la realización de algún tipo de estoma, los pacientes del sexo masculino fueron los más frecuentemente afectados (56%); la literatura reporta el predominio del sexo masculino con una relación de 3:2 lo que equivaldría al 60%. Se obtuvo también que el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 60 y 70 años (36%). Diversos estudios reportan que entre la quinta y sexta década de la vida es más frecuente la realización de algún tipo de ostomía, principalmente las colostomías, aunque para algún otro tipo de ostomías puede llegar a ser entre la tercera y cuarta década de la vida.

Los días de estancia hospitalaria en nuestro estudio en promedio correspondió a 22 días. Se ha llegado a reportar que los días de estancia hospitalaria promedio en este tipo de pacientes llega a ser de 7 a 10 días por paciente; tratándose solamente por la creación del estoma.

El diagnóstico de ingreso de nuestros pacientes, los cuales fueron sometidos a un tipo de ostomía, encontramos que la principal causa fueron la enfermedad inflamatoria, con un total de 8 casos (32%).

De los estomas realizados, obtuvimos que la principal ostomía derivativa del tubo digestivo que se realiza en esta Unidad corresponde a las colostomías con un 60%, que equivale a un total de 15 pacientes; seguido de las ileostomías con 7 casos (28%).

Así mismo, las principales complicaciones que se obtuvieron en nuestro estudio correspondieron a problemas de irritación cutánea hasta en un 12% y al desequilibrio hidroelectrolítico con 8%. La literatura reporta a la presencia de problemas de irritación cutánea desde un 25 hasta un 57%. Y la morbilidad global fue del 20%, reportando la literatura hasta un 30%.

CONCLUSIONES

Es indudable el valor de la medición de la calidad de vida en pacientes ostomizados como tratamiento definitivo o temporal de patologías del tubo digestivo ocasionada por diversas causas, interfiriendo directamente en la vida productiva del paciente, como parámetro del éxito de la cirugía.

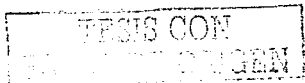
Teniendo en cuenta la magnitud del procedimiento y lo que ello implica, debe realizarse una adecuada valoración de los pacientes tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio para tratar de disminuir al mínimo las secuelas en el área psicosocial del paciente disminuyendo así mismo el porcentaje de complicaciones para de esta forma obtener un éxito mayor en el procedimiento.

Las principales complicaciones que se presentan tiene un rango aceptable estando esta por debajo del promedio reportado en la literatura mundial.

Consideramos que las tendencias actuales de los centros especializados en este tipo de procedimientos en la que la técnica está bien realizada y perfectamente indicada, deberían de hacer énfasis en la orientación pre y postoperatoria y en la amplia explicación de los cambios que persé sufrirá el paciente, para tomar la libre decisión de ser o no sometidos a esta cirugía. lo que da un mejor pronostico en los pacientes y nos da un mayor éxito de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ortiz RH, Marti FJ. Indicaciones y Cuidados de los Estomas, 2ª ed. España: Marban, 1994
- 2.- Nora PF. Cirugía, Técnicas y Procedimientos, 3ª ed, México: El Manual Moderno, 1993
- 3.- Gauderer MWL, Olsen M. Feeding gastrostomy button: experience and recommendations. J Pediat Surg 1998 Jan;23(1):24-8
- 4.- Guaderer MWL, Filston HW. Cirugía pediátrica. Técnicas y dispositivos para gastrostomía. Clin Quir N Am 1992;6(12):1259-74
- 5.- Rojas SR. Guía para realizar Investigaciones Sociales, 4ª ed. México: Trillas, 1979
- 6.- Fox K, Mularski R, Sarfati M. Aspiration pneumonia following surgically placed feeding tubes. Am J Surg 1995 Dec;170:564-67
- 7.- Myers J, Page C, Stewart W. Complications of needle catheter jejunostomy in 220 consecutive applications. Am J Surg 1995 Dec; 170:547-51
- 8.- Zuidema GD. Shackelford' s Surgery of the Alimentary Tract, 4th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996
- 9.- Schwartz SI. Principios de Cirugía, 7ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000
- 10.- Nyhus LM, Baker R. El Dominio de la Cirugía, 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1990
- 11.- Kodner IJ. Colostomy and ileostomy. Clin Symp 1978;30:1
- 12.- Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica, 13ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1986
- 13.- Alonso AYW, Colostomias. Tesis, UNAM CMN Siglo XXI IMSS, México, 1994
- 14.- Skandalakis JE, Gray SW. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, México: McGraw-Hill Interamericana, 1991



- 15.- Doberneck RC, Fry DE. Cirugía Abdominal de Repetición, Revisión y Cierre de Colostomías. Clin Quir N Am 1991;1:1995-2003
- 16.- Kerr J, Engel J, Holzel D. Colostomies may influence patient quality of life more than poor sphincter function. J Clin Oncol 2002 Sep 15;20(18):3930-1
- 17.- Bondarevs'kyi AO. Quality of life of patients with colostomy after colonic injury. Klin Khir 2001;5:18-21
- 18.- Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Objective assessment of quality of life following panproctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis. Ann R Coll Surg Engl 2001 Sep;83(5):321-4
- 19.- Wood-Dauphinee SL, Troidl H. Assessing quality of life in surgical studies. Theoretical Surgery 1989:35-44
- 20.- Snow KK, Kosinski M. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston, The Health Institute, 1993

ANEXOS

TABLA 1 ESCALA DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Estimado paciente:
 Por favor conteste las siguientes preguntas de la manera más sincera que pueda. El cuestionario es anónimo y nos servirá para brindar mejor atención a los pacientes con estomas en el futuro. Por favor lea las respuestas porque no todas son iguales.

1.	¿Cuánto tiempo tiene con su estoma? (Desde que se operó)			
2.	Su estoma es: (¿Temporal o definitivo?)	Temporal ()	Permanente ()	No sé ()
3.	¿De qué sitio es su estoma? (¿En qué parte del intestino está su estoma?)	Yeyuno ()	Colon ()	Otro ()
4.	¿Bajo qué circunstancias se hizo su estoma? (Es decir, ¿fue planeado o de emergencia?)	Planeado ()	Emergencia ()	Otro ()
5.	¿Le explicaron antes de hacerle su estoma en qué consistía la operación?	Bien ()	Mal ()	No ()
6.	¿Su estoma estuvo bien hecho? (Localización, forma)	Sí ()	Parcialmente ()	No ()
Como resultado de su estoma:				
7.	¿Cómo es ahora su vida social? (Por ejemplo: asistencia a fiestas y reuniones)	Mejor ()	Igual ()	Peor ()
8.	¿Cómo es ahora su relación con sus amigos? (Por ejemplo: ha dejado de verlos, lo rechazan)	Mejor ()	Igual ()	Peor ()
9.	¿Cómo es ahora su relación con su familia? (Por ejemplo: lo tratan diferente)	Mejor ()	Igual ()	Peor ()
10.	¿Cómo es ahora su vida laboral (trabajo)? (Por ejemplo: faltas, rechazo)	Mejor ()	Igual ()	Peor ()
11.	¿Cómo es ahora su vida deportiva? Si no practica ningún deporte, méncionelo aquí: ()	Mejor ()	Igual ()	Peor ()
12.	¿Cuál de los siguientes es su mayor problema para el manejo de su estoma?	Fuga ()	Irritación ()	Olor ()
		Dolor ()	Volumen ()	Otros ()
13.	¿Cuánta ayuda necesita de sus familiares para atender su estoma?	Mucha ()	Poca ()	Ninguna ()
13.	¿Se ha modificado su vida sexual? (Por ejemplo: menor frecuencia, más dificultad)	No ()	Poco ()	Mucho ()
14.	Describa por favor ¿qué siente usted que hace falta para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen estomas?			

TABLA 2

DESCRIPCION	RESULTADOS
Puede realizar todas las actividades que realizaba antes sin Restricción	2
Restricción de actividades externas (deporte, viajes) , pero continua con trabajo en oficina y hogar	2
No puede realizar su trabajo anterior, pero si su cuidado personal y está activo por mas del 50% del día.	6
Solo realiza algunas cosas de su cuidado personal (comer, ir al baño, aseo dental) , pero pasa el 50% del día en cama o silla.	11
Completamente dependiente, sin poder realizar ninguna actividad en cama o silla todo el día	4
BUENA CALIDAD DE VIDA (80 A 100 PUNTOS**)	4
REGULAR CALIDAD DE VIDA (50 A 70 PUNTOS**)	17
MALA CALIDAD DE VIDA (MENOS DE 40**)	4

** puntaje según escala de Karnofski

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 1

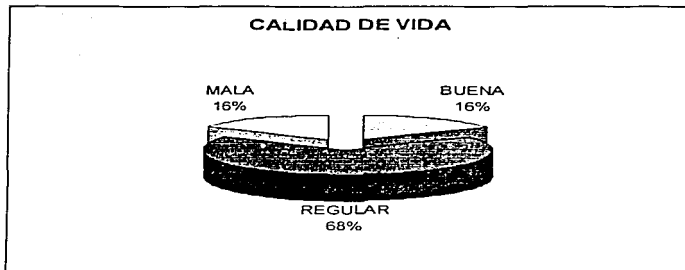


GRAFICO 2

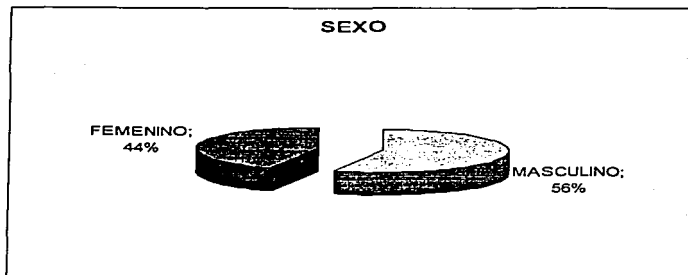


GRAFICO 3

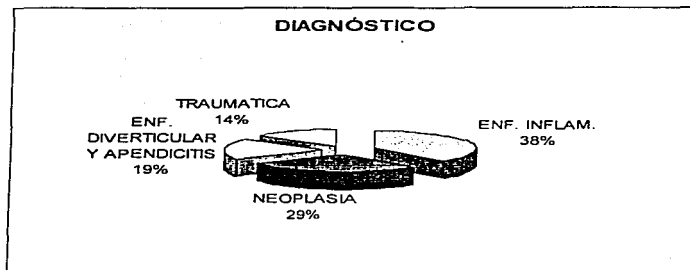
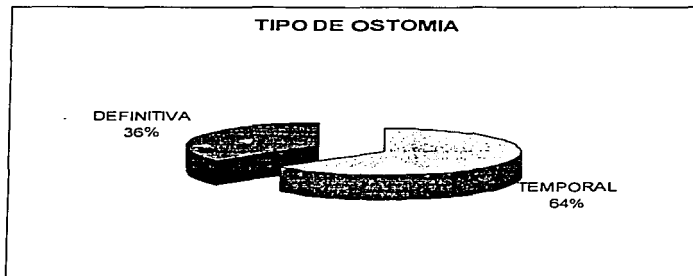


GRAFICO 4



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICO 5

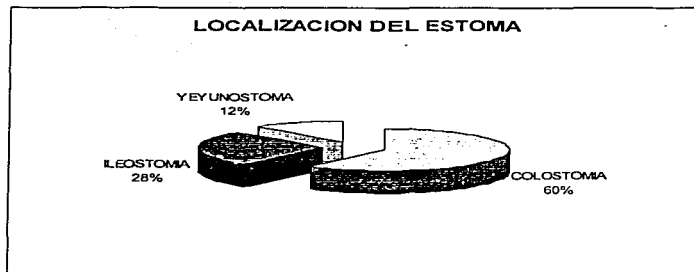
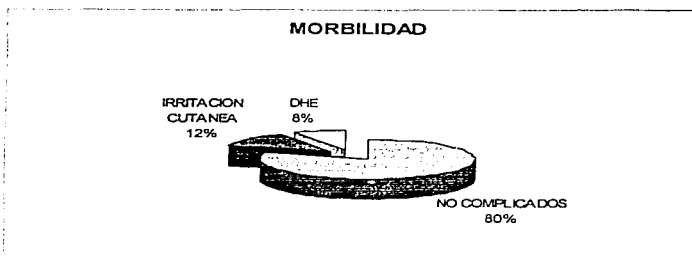


GRAFICO 6



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN