

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntza Gradua / Grado en Medicina

Repercusión de las ostomías en la calidad de vida de los pacientes sometidos a una cirugía general

Egilea / Autor:
RAQUEL RUIZ FERNÁNDEZ
Zuzendaria / Director/a:
JESÚS MARÍA GÓMEZ ZABALA

©2021, Raquel Ruiz Fernández

RESUMEN

Introducción: la derivación intestinal es una cirugía muy común en relación con diversas patologías digestivas y genitourinarias. A pesar del enorme impacto que supone el portar un estoma en la calidad de vida y en sus diferentes subesferas, continúa siendo una cuestión poco discutida y a menudo subestimada.

Objetivos: evaluar el impacto que supone portar un estoma en la CDV general del paciente ostomizado. Analizar cuáles son los problemas más habituales a los que se enfrentan estos enfermos y estudiar los principales métodos de ayuda para mejorar su CDV.

Material y métodos: se incluyeron 20 pacientes portadores de un estoma de eliminación tras haber sido sometidos a una cirugía general. Se excluyeron del estudio los pacientes cuyo estoma se hubiera realizado en un plazo inferior a 2 meses. Con el fin de evaluar la CDV y sus distintas subesferas, los pacientes cumplieron el cuestionario Montreux de forma presencial.

Resultados: casi la mitad de los enfermos (45%) constataron una cierta alteración en su CDV, siendo considerada como moderada en un 25% de los casos y grave en un 20%. La sección que, con diferencia, obtuvo una peor puntuación y, por tanto, una mayor afectación de la CDV fue la actividad sexual con una media de 37 puntos; seguida del bienestar físico y el bienestar psicológico, con una puntuación media de 69,6 y 69,8, respectivamente.

Conclusiones: el portar un estoma y las complicaciones inherentes al mismo afectan a la calidad de vida de los pacientes ostomizados. Por ello, contar con un Equipo Enfermería Especializado en Estomas resulta útil en el proceso de evaluación continuada de estos pacientes. Se precisa de un mayor número de estudios prospectivos y un cuestionario unificado, con el fin de hacer objetivos y extrapolables los resultados obtenidos.

Palabras clave: *estoma, complicaciones estomas, calidad de vida, paciente ostomizado, estomaterapia.*

ABREVIACIONES

EEI: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

PAF: Poliposis Adenomatosa Familiar

PIA: Presión Intraabdominal

CDV: Calidad de Vida

GPC: Guía de Práctica Clínica

OMS: Organización Mundial de la Salud

EORTC QLQ-C30: *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30.*

EORTC QLQ-CR38: *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Colorectal Cancer Module 30.*

HUB: Hospital Universitario de Basurto

AEC: Asociación Española de Cirujanos

CEIC: Comité de Ética e Investigación Clínica

FII: Fosa iliaca izquierda

FID: Fosa iliaca derecha

ÍNDICE

Resumen	I
Abreviaciones	II
Índice	III
1. Introducción	1
1.1. Estomas	2
1.1.1. Ileostomía	2
1.1.2. Colostomía	3
1.1.3. Urostomía	4
1.2. Complicaciones de los estomas de eliminación	5
1.2.1. Complicaciones inmediatas	5
1.2.1.1. Edema	5
1.2.1.2. Hemorragia	6
1.2.1.3. Isquemia y necrosis	6
1.2.1.4. Infección	6
1.2.1.5. Retracción	7
1.2.1.6. Dehiscencia	7
1.2.1.7. Evisceración	7
1.2.2. Complicaciones tardías	7
1.2.2.1. Estenosis	7
1.2.2.2. Hernia paraestomal	8
1.2.2.3. Prolapso	8
1.2.2.4. Irritación/dermatitis	9
1.3. Estomas y calidad de vida	9

1.3.1. Repercusión en las diferentes esferas de la CDV	10
1.3.2. Métodos para evaluar la CDV	12
1.4. Métodos de ayuda al paciente ostomizado	13
1.4.1. Estomaterapia	14
1.4.2. Otros métodos de ayuda	15
2. Hipótesis	17
3. Objetivos	18
4. Material y métodos	19
5. Resultados	21
5.1. Datos descriptivos de la muestra	21
5.1.1. Género	21
5.1.2. Edad	21
5.1.3. Motivo de la colocación del estoma	22
5.1.4. Año de la intervención quirúrgica de riesgo	23
5.1.5. Tipo de intervención quirúrgica realizada	23
5.1.6. Técnica quirúrgica realizada	24
5.1.7. Tipo de estoma	24
5.2. Resultados en términos de CDV del paciente.....	25
5.2.1. Índice de CDV	25
5.2.2. Autosuficiencia	26
5.2.3. Adaptación general del paciente al estoma	27
5.2.4. Desglose por subtemas	28
5.2.4.1. Miedo a fugas u olores del dispositivo.....	28
5.2.4.2. Dolor.....	29
5.2.4.3. Aspectos dietéticos.....	29

5.2.4.4.	Bienestar físico.....	30
5.2.4.5.	Bienestar psicosocial o emocional.....	30
5.2.4.6.	Imagen corporal.....	31
5.2.4.7.	Actividad sexual.....	32
5.2.4.8.	Apoyo recibido	32
6.	Discusión.....	33
6.1.	Impacto del estoma en la CDV general.....	33
6.2.	Impacto del estoma en las subesferas de la CDV.....	34
6.3.	Vías de ayuda al paciente ostomizado.	36
6.4.	Limitaciones del estudio	38
6.5.	Consideraciones al estudio	39
7.	Conclusiones	40
8.	Bibliografía	41
Anexo 1:	Cuestionario Montreux	A1
Anexo 2:	Cálculo de puntuaciones	A2
Anexo 3:	CEIC	A3

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ESTOMAS

La “ostomía” se define como la apertura quirúrgica de una víscera hueca al exterior del cuerpo humano, mayoritariamente a través de la pared y piel abdominal, cuya finalidad primera es la evacuación de productos de desecho. El orificio de apertura que se crea es denominado “estoma”. Existen numerosas maneras de clasificar los tipos de estoma atendiendo a su función, localización y tiempo de permanencia en el organismo. En relación con la función que estos desempeñan se dividen en: estomas de ventilación —mantienen la vía aérea permeable—, estomas de nutrición y estomas de eliminación — eliminan material fecal o urinario que es recogido en un dispositivo en forma de bolsa—; asimismo, según la localización hablamos de estomas traqueales, estomas digestivos o estomas urinarios. Finalmente, en función del tiempo de permanencia también se pueden clasificar como estomas temporales o definitivos (1).

Si bien es cierto que la literatura acerca de los estomas es muy amplia, este trabajo se centra exclusivamente en aquellos denominados estomas de eliminación, concretamente en las colostomías, ileostomías y los conductos ileales o urostomías, por ser algunos de los tipos de estoma más frecuentes y por su gran repercusión en la vida diaria de los pacientes que los portan.

A día de hoy, las patologías que más frecuentemente requieren la colocación de estos tipos de estomas de eliminación son el cáncer colorrectal, neoplasias vesicales, diverticulitis y la EEI (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) (2), sin ser despreciables las ostomías relacionadas con otras patologías, como la isquemia intestinal, la PAF, anomalías intestinales congénitas etc.

Por otro lado, con el desarrollo e innovación de nuevas técnicas quirúrgicas, el porcentaje de pacientes portadores de estomas permanentes ha disminuido de forma considerable, al mismo tiempo que se ha incrementado la frecuencia de estomas temporales, con la notable repercusión que ello supone en el día a día de los enfermos.

En este sentido, las principales patologías que conllevan la necesidad de un estoma definitivo y temporal se resumen en la **Tabla 1** (3).

Tabla 1. Indicaciones para la colocación de estomas definitivos y temporales

Estomas permanentes	<ul style="list-style-type: none"> - Resección abdominoperineal de recto (intervención de Miles) por tumores rectales, cáncer de ano o EII severa del área anorrectal. - Incontinencia fecal no tratable mediante otras técnicas.
Estomas temporales	<ul style="list-style-type: none"> - Protección de una anastomosis colorrectal o de recto bajo. - Cuando existe la necesidad de retrasar el tiempo de realización de una anastomosis primaria (Intervención de Hartman). - Fístulas perianales y/o rectales complicadas. - Traumatismos extensos del suelo pélvico o lesiones traumáticas penetrantes de recto.

1.1.1. Ileostomía

En las ileostomías se realiza una resección quirúrgica del íleon (porción terminal del intestino delgado) que se exterioriza a través de la piel de la pared abdominal situando el estoma en la parte inferior derecha del abdomen. La ileostomía puede ser terminal o de tipo Brooke (**Figura 1**), si la parte distal del asa es la que se aboca directamente a la pared abdominal, o más frecuentemente en asa (**Figura 2**), si el estoma contiene una parte proximal por la que se evacúan las heces y una distal por la que se expulsa mucosidad.

Las heces que se recogen en la bolsa del estoma suelen ser de consistencia líquida, poco olorosas y bastante irritantes, debido a la alta proporción de sales biliares que contienen. A diferencia de la colostomía, la morfología de la ileostomía es sobreelevada; es decir, el íleon no se sutura directamente a la piel de la pared abdominal, sino que se evierte la mucosa otorgándole una apariencia prominente al estoma, con el fin de proteger la piel de las posibles irritaciones que puedan causarle las heces que se eliminan.



Figura 1. ileostomía terminal o de tipo Brooke



Figura 2. ileostomía en asa

1.1.2. Colostomía

En el caso de las colostomías se realiza una resección quirúrgica del colon con una posterior apertura y sutura del mismo a la piel de la pared abdominal. Al igual que ocurre con las ileostomías, las colostomías pueden ser terminales (**Figura 3**) o en asa (**Figura 4**). De forma general, si la colostomía va a ser permanente, se suele optar por que sea de tipo terminal y preservando la mayor cantidad de colon posible; si la interrupción del tránsito intestinal va a ser temporal, se puede realizar una colostomía en asa (4).

La localización de la colostomía y las características de las heces que se eliminan a través de la misma, varían en función de si se trata de una colostomía ascendente (estoma en el lado derecho del abdomen y heces similares a las observadas en las ileostomías), colostomía transversa (estoma supraumbilical con heces semiblandas) y, finalmente, colostomía descendente (estoma en el lado izquierdo del abdomen con heces relativamente normales y olorosas).



Figura 3. Colostomía terminal

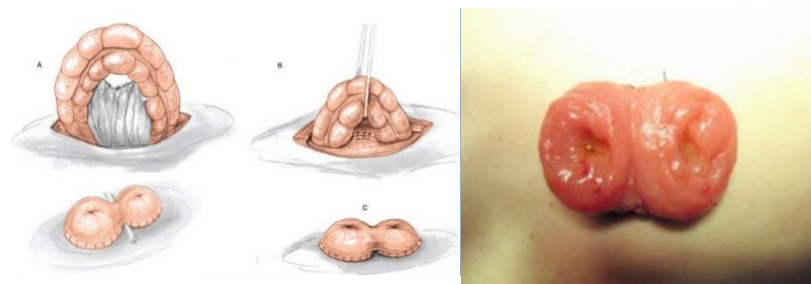


Figura 4. Colostomía en asa

1.1.3. Urostomía

Las urostomías o conductos ileales (**Figura 5**) consisten en la derivación de la orina hacia el exterior del abdomen, evitando el paso por la vejiga. Hoy en día, la causa que más frecuentemente condiciona la necesidad de realizar una derivación urinaria es el cáncer vesical (4), pero existen otras causas que pueden conllevar la colocación de una urostomía como son las disfunciones neurológicas, los defectos congénitos o la inflamación crónica de la vejiga.

Las urostomías se engloban dentro del grupo de estomas de eliminación con la diferencia de que en este caso la bolsa recoge orina y no heces y, al igual que las colostomías e ileostomías, pueden ser temporales o definitivas.

En este procedimiento ambos uréteres se separan de la vejiga y se anastomosan a una pequeña porción de íleon terminal, que se exterioriza a través de la piel de la pared abdominal para formar el estoma. Naturalmente, la porción de íleon empleada continuará produciendo mucosidad de manera fisiológica por lo que la bolsa colectora recogerá tanto orina como moco.



Figura 5. Urostomía o conducto ileal

1.2. COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

La aparición de complicaciones derivadas de portar un estoma están estrechamente relacionadas con diversos factores, como son las complicaciones preoperatorias, errores en la técnica quirúrgica y/o elección equivocada del lugar de colocación del estoma (4).

De forma general, las complicaciones relacionadas con los estomas se pueden dividir en inmediatas (aquellas que se producen durante en el primer mes del postoperatorio) y tardías (aquellas que se producen posteriormente).

1.2.1. Complicaciones inmediatas

1.2.1.1. Edema

Se produce eritema e inflamación de la mucosa del estoma a causa de la propia manipulación quirúrgica y suele desaparecer a lo largo de las 2-3 semanas posteriores a la intervención (4). Impregnar gasas en suero salino hipertónico frío y colocarlas sobre el estoma puede contribuir a la disminución del edema.

Es importante evitar que el edema se cronifique, puesto que podría originar un cierto grado de estenosis, que condicione una obstrucción intestinal por dificultar el vaciado del contenido fecaloideo en la bolsa del estoma que, de no revertir, puede obligar a llevar a cabo una reintervención quirúrgica.

1.2.1.2. Hemorragia

Se trata de una complicación poco habitual (2-3%) (4) que suele ocurrir en las primeras horas del postoperatorio como consecuencia, en la mayoría de los casos, de la lesión de algún vaso sanguíneo en el momento de la sutura del asa a la pared abdominal. Generalmente, remite de forma espontánea, aunque puede requerir la hemostasia del vaso lesionado.

1.2.1.3. Isquemia y necrosis

Se producen en las primeras 24-48h del postoperatorio y es una de las complicaciones más graves que pueden tener lugar (4), en las que la mucosa cambia de un color rojizo a negruzco debido a una compresión excesiva del asa que forma el estoma a nivel de la pared abdominal, o una desvascularización del asa intestinal exteriorizada por errores en la técnica quirúrgica. La incidencia de esta complicación asciende si el paciente tiene antecedentes de patología vascular u obesidad.

La actuación a seguir la determina el grado de extensión de la isquemia/necrosis y el estado general del paciente, pudiendo requerir un tratamiento conservador o una reintervención urgente para rehacer el estoma.

1.2.1.4. Infección

La presencia de signos flogóticos (dolor, calor, rubor e inflamación), supuración, y en ocasiones, fiebre, obliga a descartar esta complicación. Debido a las condiciones no asépticas del estoma, las infecciones son una complicación relativamente frecuente que deben ser tratadas sin demora con lavados periódicos y antisépticos tópicos; asimismo, cabe la posibilidad de que se forme un absceso, en cuyo caso se procederá al drenaje del mismo, normalmente en combinación con un tratamiento antibiótico.

En todas las complicaciones anteriormente mencionadas, la utilización de dispositivos transparentes permitirá un mejor seguimiento y control de la evolución del cuadro (4).

1.2.1.5. Retracción

Consiste en el hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel a causa de la tracción originada por una sutura excesivamente tensa. Cuanto mayor sea la tensión, mayor será el grado de retracción del estoma, pudiendo llegar a provocar una estenosis y la consiguiente pérdida de estanqueidad del dispositivo y un mayor grado de fugas e irritación de la piel periestomal.

1.2.1.6. Dehiscencia

Suele aparecer en la primera semana tras la cirugía y consiste en la separación entre el estoma y la piel periestomal, que puede afectar a una parte o a todo el estoma, con el riesgo de filtración de heces a la pared abdominal.

En caso de que la dehiscencia sea parcial, se ajustará el dispositivo para evitar las fugas y prevenir infecciones, dejando cicatrizar la zona por segunda intención. Si por el contrario la dehiscencia es total, la mayoría de las situaciones requieren volver a intervenir para reinsertar el asa en la piel.

1.2.1.7. Evisceración

Es una complicación poco frecuente, que se produce cuando el orificio de la pared abdominal por el que se expone el asa es mayor en comparación con el diámetro del estoma. En consecuencia, las asas salen a través del orificio cuando la PIA aumenta. El único tratamiento posible ante esta complicación es la reintervención quirúrgica (4).

1.2.2. Complicaciones tardías

1.2.2.1. Estenosis

Se habla de estenosis, cuando la luz del estoma se estrecha de forma que dificulta o impide la evacuación correcta de las heces del mismo siendo la isquemia temprana el factor de riesgo más común para su aparición (5). La incidencia de esta complicación es menor en las colostomías que en las ileostomías, ya que en estas últimas el asa puede sufrir una torsión y/o compresión con mayor facilidad.

Se debe diferenciar entre estenosis parcial y grave o total; mientras que la estenosis parcial permite el paso del dedo índice y por tanto las dilataciones periódicas por parte del paciente para aliviar el problema, en la estenosis grave o total esto no es posible y suelen requerir una reconstrucción quirúrgica.

1.2.2.2. Hernia paraestomal

Es, con diferencia, la complicación tardía más frecuente sobre todo en los pacientes portadores de colostomía terminal (2,5). Está estrechamente relacionada con la técnica quirúrgica debido a que, para colocar un estoma, se debe realizar una incisión en la musculatura abdominal, creando puntos de debilidad por los que pueden protruir, tanto la ostomía, como las asas intestinales que se encuentren en proximidad al orificio estomal. Por ello, cualquier condición relacionada con una mala función de la prensa abdominal puede favorecer la aparición de una hernia paraestomal, como, por ejemplo: edad, obesidad, cirugías abdominales previas, patologías del sistema musculoesquelético, entre otras.

Una de las recomendaciones más importantes para prevenir la aparición de esta complicación, es evitar hacer esfuerzos que comprometan la musculatura abdominal. Si la hernia es de gran tamaño, existen signos de estenosis, hay dificultad para la adaptación del dispositivo o se produce una incarceration de asas intestinales, se valorará una reintervención quirúrgica.

1.2.2.3. Prolapso

Constituye la complicación más relevante tras la hernia paraestomal. Es la exteriorización excesiva del asa intestinal por un aumento de PIA, acompañada o no de una incorrecta técnica quirúrgica. A diferencia de la estenosis, se observa con mayor frecuencia en las colostomías que en las ileostomías y siguen, generalmente, un curso progresivo pudiendo alcanzar tamaños de hasta 15-20cm (4).

Puede intentar reducirse de forma manual; pero, en caso de no conseguirse, será necesaria la resección de la porción del asa prolapsada y posterior reconstrucción del estoma.

1.2.2.4. Irritación/dermatitis

A pesar de que se engloba en el grupo de complicaciones tardías, la dermatitis periestomal también puede producirse en el postoperatorio inmediato e, independientemente del tipo de estoma, constituye la complicación más frecuente (2, 5,6).

Atendiendo a la causa pueden clasificarse como irritativa, alérgica, infecciosa o mecánica y ser leve, moderada o severa. En cada caso se valorará un tratamiento específico.

La incidencia de complicaciones varía ampliamente en función de la literatura consultada. Según una revisión sistemática de 18 ensayos clínicos aleatorizados, existe una incidencia de estas que varía desde el 2.9% al 81.1%. Según este mismo estudio, las complicaciones dermatológicas y la hernia paraestomal son las más frecuentes. Asimismo, el mayor porcentaje de complicaciones se observaron en los pacientes portadores de una colostomía terminal, seguidas de las colostomías en asa y las ileostomías en asa (2).

Todas estas consideraciones no hacen sino confirmar que las ostomías son un punto de gran relevancia en la cirugía general, ya sea urgente o electiva, tanto por el tremendo impacto que producen en la imagen corporal del paciente y en su calidad de vida, como por las complicaciones que pueden aparecer a lo largo del tiempo que se porte el estoma.

1.3. ESTOMAS Y CALIDAD DE VIDA (CDV)

La colocación de un estoma implica la pérdida temporal o permanente del control voluntario de la eliminación de heces u orina y la necesidad de emplear una bolsa para recoger el material que se evacua a través de la ostomía. Por otro lado, además de las numerosas complicaciones ya mencionadas, la colocación de un estoma está sujeta a revisiones periódicas y posibles reintervenciones. En consecuencia, no es de extrañar que la CDV de estos pacientes se vea seriamente mermada, incluida una menor disposición para trabajar, viajar e incluso cambios en las relaciones con familiares y amigos. Asimismo, el portar un estoma supone una importante distorsión

de la imagen corporal, y la ansiedad, vergüenza, y pérdida de seguridad y la falta de confianza en uno mismo pueden resultar en un aislamiento social completo. De hecho, el porcentaje de pacientes que presentan síntomas de soledad y depresión no es despreciable (7).

Como cabría esperar, el impacto que produce el portar un estoma afecta a múltiples esferas de la vida diaria, tanto física y psicológica, como socio-emocional y sexual. Esta afectación, en conjunto, hace que la CDV del paciente ostomizado se vea notablemente afectada. Por todo ello, además de tener que lidiar conjuntamente con el diagnóstico de una patología crónica o una neoplasia, es frecuente que tanto los pacientes como su entorno familiar experimenten sentimientos profundos de temor y angustia a la hora de enfrentarse a la colocación y manejo diarios de un estoma, y perciban el ser portador del mismo como una amenaza inminente a su CDV. En este sentido, existen multitud de trabajos publicados hasta la fecha, que respaldan que los pacientes ostomizados presentan un detrimento en su CDV (7,8,9,10,11,12).

Un amplio número de estudios señalan que las circunstancias que más frecuentemente afectan a la CVD de los pacientes ostomizados son el temor a que a el contenido fugue a través del dispositivo y el olor que ello pueda producir, el inflado de la bolsa o *balloning* y la irritación o dermatitis periestomal (8,12,13,14,15).

1.3.1. Repercusión en las diferentes esferas de la CDV

Por un lado, en lo que respecta al ámbito laboral, las personas ostomizadas tienen serias dificultades para incorporarse a su puesto de trabajo (16,17) por imposibilidad de encontrar un empleo que se adecue a las necesidades de su estoma o por las inseguridades que genera el cuidar de este en el trabajo. En consecuencia, muchos pacientes terminan solicitando una incapacidad o la jubilación anticipada, lo que puede contribuir más si cabe al aislamiento social.

Centrándonos en las facetas relacionadas con la vida diaria, varios estudios informan acerca de las dificultades que el paciente ostomizado presenta en relación con los aspectos dietéticos, la actividad física, viajes, estilismo y las tareas domésticas, entre otras (4,5,12,18,19). De este modo, estos enfermos se ven en la necesidad de modificar su estilo de vida con el fin de buscar soluciones para adaptarse a su

estoma; sin embargo, no existe una GPC que establezca unas directrices fijas aplicables a todos los pacientes, por lo que las modificaciones tienden a ser individualizadas y basadas en el método “ensayo y error”.

Algunas de las principales dificultades y modificaciones se resumen en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Repercusión de las ostomías en las diferentes esferas de la vida diaria.

Aspectos nutricionales	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar alimentos flatulentos (cebolla, ajos, espárragos, maíz, etc.) - Ingesta hídrica adecuada por el riesgo de deshidratación y pérdida de electrolitos (sobre todo en las ileostomías) - Realizar comidas pequeñas y frecuentes para controlar la cantidad del efluente
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar deportes de contacto muy bruscos y de alto impacto - Vaciar y comprobar la bolsa recolectora antes de realizar deporte
Viajes	<ul style="list-style-type: none"> - Molestias producidas por el cinturón de seguridad y necesidad de cubrir el estoma para evitar el roce - Inseguridad al salir de su entorno conocido
Estilismo	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de usar ropa amplia y de más tallaje para ocultar el equipo recolector y evitar roces - Sustituir el uso de cinturones por tirantes
Actividad laboral y ocio	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo manual intenso y que requiera levantar grandes pesos generalmente contraindicado - Falta de un espacio adecuado para la limpieza del estoma (bares, restaurantes, puesto de trabajo)

Por otro lado, las relaciones sociales también pueden verse seriamente afectadas, ya no solo por el temor y la vergüenza que sienten estos pacientes a mostrar su estoma, sino por el nivel de dependencia que puede generar el requerir de ayuda constante para realizar todo tipo de actividades de forma rutinaria. En la bibliografía consultada se expone que el bienestar social de hombres y mujeres ostomizados empeoró de forma significativa, a pesar de que fueron estas las que experimentaron una afectación más acusada de la CDV en general. Esta diferencia se debe a que el

bienestar físico y psicológico se afecta con mayor intensidad en el sexo femenino (18,20).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud sexual se define como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar” (21).

El portar una ostomía reduce de forma considerable las tasas de actividad, deseo y satisfacción sexual (4,10,12,16,22). El origen de estos problemas puede ser muy diverso: por un lado, en muchos casos existen secuelas inherentes a la cirugía que producen desde disfunción eréctil y alteraciones en la eyaculación en hombres y dolores durante el coito en las mujeres, hasta la disminución o pérdida de la libido en ambos. Y, por otro lado, existe una distorsión en la imagen corporal y una sensación de rechazo que producen los estomas, que afectan en gran medida a que estos enfermos puedan desarrollar una actividad sexual normal.

Para estos pacientes, el tener una buena CDV está estrechamente relacionado con preservar una buena salud y funcionamiento sexuales, así como con mantener unas relaciones íntimas de calidad (13,22). Asimismo, según estos mismos estudios, los pacientes que reanudaron su actividad sexual tras la colocación del estoma refirieron más facilidades para retomar las relaciones sociales y actividad física y, por ende, menor incidencia de aislamiento. Consecuentemente, resulta fundamental formar a los profesionales de la salud para que puedan aconsejar e informar a los pacientes de las repercusiones que un estoma puede tener en este aspecto tan importante en su día a día.

Nugent et al observaron que el 80% de 391 pacientes ostomizados experimentaron cambios en su calidad de vida; además, el 40 % de estos mismos pacientes admitieron un deterioro de su salud sexual (13). Anaraki et al informaron de que en torno al 72% de los pacientes presentaban síntomas depresivos e insatisfacción con su actividad sexual (11).

1.3.2. Métodos para evaluar la CDV

El concepto de CDV está cobrando cada vez más importancia en una sociedad en la que el incremento de la expectativa de vida va de la mano de una mayor prevalencia

de enfermedades crónicas, las cuales suelen estar íntimamente relacionadas con un deterioro en la CDV.

A día de hoy, existe una amplia gama de cuestionarios que intentan evaluar la CDV: desde los que evalúan a pacientes que presentan cualquier tipo de enfermedad (el cuestionario SF-36 p.e.) hasta los que se centran propiamente en el paciente ostomizado (cuestionario Montreux, *Stoma Care Quality of Life Index*, *City of Hope Quality of Life Ostomy Questionnaire* p.e.) pasando por los cuestionarios empleados en pacientes oncológicos y con cáncer colorrectal (EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-CR38, respectivamente). Estos dos últimos, podrían no ser adecuados para detectar el impacto específico que tiene el portar un estoma debido a que un gran número de pacientes ostomizados no presentan historial de cáncer. Así pues, resulta fundamental emplear cuestionarios que valoren de forma específica las esferas físicas, funcionales, psicológicas, sociales y de salud sexual, que como ya se ha comentado, son las que más repercuten en la CVD de los pacientes ostomizados.

Por consiguiente, para llevar a cabo este trabajo se ha optado por emplear el cuestionario Montreux, que pretende cuantificar de forma ordenada en tres secciones, cómo afecta específicamente la colocación del estoma a las diferentes esferas de la vida de los pacientes, por tratarse de una herramienta completa y reconocida a nivel internacional como uno de los mejores en este campo. Además, está validado en Francia e Inglaterra y traducido a varios idiomas (9).

1.4. MÉTODOS DE AYUDA AL PACIENTE OSTOMIZADO

Como hemos mencionado con anterioridad, la realización de una ostomía repercute de forma directa en múltiples aspectos de relacionados con una CDV óptima. Si bien es cierto que la recuperación de estos pacientes dependerá en gran medida del grado de aceptación y adaptación a su estoma y de cómo este evolucione, existen diversos métodos encaminados a alcanzar este objetivo. Resulta esencial que el apoyo del paciente ostomizado no se centre únicamente en el postoperatorio, sino que sea una evaluación continuada y multidisciplinar desde el momento en el que al paciente se le notifica que será portador de un estoma. Se ha demostrado que una adecuada información y educación influyen positivamente en la aceptación de su nueva situación y mejoran la CDV (4,7). Asimismo, el facilitar al paciente un equipo de

bolsas de estoma como entrenamiento antes de la cirugía puede reducir el tiempo que los pacientes necesitan para dominar los aspectos del cuidado del mismo en el postoperatorio, lo que puede llevar a un alta más precoz y reducir las posibles complicaciones (23).

1.4.1. Estomaterapia

A pesar de los grandes avances en el campo de la cirugía y el cuidado del paciente ostomizado, el papel del Equipo de Enfermería Especializada en Estomas (estomaterapeutas) a lo largo de todo el proceso es fundamental para permitir que los pacientes logren una pronta recuperación y adaptación. La atención óptima del paciente ostomizado incluye la valoración preoperatoria, perioperatoria y postoperatoria por parte de un estomaterapeuta, ya que se asocia a una mejora en los índices de CVD, una mayor facilidad para el manejo del dispositivo, una recuperación postquirúrgica más temprana y a una disminución de las complicaciones (9,24).

En relación con estas afirmaciones, varios estudios han demostrado que uno de los factores que más contribuye a minimizar las complicaciones derivadas de portar un estoma es una adecuada elección y marcaje preoperatorio del lugar de colocación del mismo por parte del estomaterapeuta (3,5,25,26). Según un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Illinois, y con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0075$), el 43,5% de los pacientes a los que no se les realizaba un marcaje preoperatorio desarrollaron complicaciones; por el contrario, en los pacientes con un adecuado marcaje preoperatorio el porcentaje de complicaciones fue del 32,5% (27).

La elección de la ubicación del estoma ha de realizarse con el paciente sentado, tumbado y de pie, con el objetivo de evitar prominencias óseas, cicatrices y pliegues cutáneos. Se debe situar en una zona de piel sana y visible para el paciente, que facilite el cuidado del estoma y el recambio de los dispositivos. Se han de tener en cuenta otros factores, como la forma física del paciente (por ejemplo, la obesidad suele requerir un sitio más alto de lo normal), su ropa (preferiblemente debajo de la cintura de los pantalones), la movilidad, el estilo de vida y los hobbies.

Por todo ello, resulta indispensable que los pacientes tengan acceso a un Equipo de Enfermería Especializado en Estomaterapia.

1.4.2. Otros métodos de ayuda

Las contribuciones positivas del estomaterapeuta son indiscutibles; sin embargo, existen otros pilares sobre los que se asienta la ayuda al paciente ostomizado: el soporte familiar, las consultas con el médico especialista y las asociaciones de ostomizados.

La educación de la familia en cuanto a las consecuencias que conlleva portar un estoma, puede contribuir a disminuir el posible rechazo de éstos hacia el paciente, favoreciendo así una mejora en su CDV; además, llegado el momento en el que el paciente dependiera de la ayuda de sus seres queridos para el manejo del mismo, estarían capacitados para llevarlo a cabo.

Resulta vital que el médico especialista responsable del paciente trabaje de forma conjunta con el Equipo de Enfermería Especializado en Estomas y que exista una comunicación fluida entre ambos, de manera que se comparta la información relevante con respecto a la situación y circunstancias propias de cada enfermo. El cirujano responsable, citará al paciente en la consulta para realizar revisiones periódicas correspondientes a su patología de base y estará disponible para atender estos enfermos en caso de que surja alguna complicación.

Finalmente, las asociaciones de ostomizados, compuestas por voluntarios, socios y profesionales de la salud, orientan y brindan ayuda través de la experiencia de otras personas también ostomizadas. En Vizcaya desde el 16 de julio de 1987 la “Asociación de Ostomizados de Bizkaia ARGIA” atiende a estos pacientes con el fin de desarrollar una vida digna y de calidad en relación a portar un estoma (28).

Sin embargo, al hacer una revisión de la bibliografía existente sobre este tema para la realización de este trabajo, hemos podido comprobar que se trata de una cuestión poco discutida y a menudo subestimada en la literatura actual, a pesar del enorme impacto que supone el portar un estoma en la CVD; en consecuencia, si bien es cierto que el seguimiento del paciente ostomizado puede resultar complejo es

necesaria una evaluación continuada que cubra las necesidades básicas de estos pacientes y garantice un adecuado tratamiento de las complicaciones, así como la unificación de un cuestionario que sea lo suficientemente específico para evaluar la CVD del ostomizado en todas sus esferas, además de mejorar la educación de los pacientes y sus familiares para contribuir a una mejoría global de la CVD.

2. HIPÓTESIS

En base a la revisión de los resultados observados en estudios previos, se plantean las siguientes hipótesis:

2.1. Hipótesis principal

- El portar un estoma temporal o permanente, repercute de forma negativa en la calidad de vida general del paciente.

2.2. Hipótesis secundarias

- Las complicaciones que aparecen asociadas a los estomas a lo largo del tiempo, afectan a la calidad de vida de estos enfermos
- La existencia de un enfermero/a especializado/a en estomas (estomaterapeuta), junto con otros métodos de ayuda, influyen positivamente en la calidad de vida del paciente ostomizado.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo de investigación son los siguientes:

3.1. Objetivo principal

- Evaluar el impacto de portar un estoma en la calidad de vida general del paciente.

3. 2. Objetivos secundarios

- Analizar cuáles son los problemas más comunes a los que se enfrentan estos enfermos.
- Estudiar los principales métodos de ayuda para mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de tipo descriptivo y de corte transversal, en el que se han estudiado los datos de 20 pacientes portadores de una ostomía en la consulta de coloproctología del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Basurto (HUB), entre enero y marzo de 2021.

Se ha empleado como criterios de inclusión pacientes intervenidos de forma programada o urgente, por patologías digestivas o urológicas, que han tenido que convivir con un estoma temporal o permanente durante un período de tiempo de más de 2 meses. Se excluyeron del estudio los pacientes cuyo estoma se hubiera realizado en un plazo inferior a estos 2 meses, por considerarse el límite de tiempo en el cual el paciente ha logrado familiarizarse con el mismo (ya que de lo contrario los resultados se verían alterados), y los pacientes que no fueran capaces de poder cumplimentar el cuestionario sin ayuda de terceras personas con el fin de evitar influencias externas en las puntuaciones obtenidas.

La base de datos se ha conformado a partir de los informes de alta y evolutivos del paciente extraídos del programa Osabide Global. Los datos recopilados de cada paciente incluyen: la edad, el sexo, el tipo de intervención y el año en el que se realizó y el tipo de estoma que porta el paciente. Todas estas variables han sido recogidas y analizadas empleando una tabla en formato Excel, codificando los datos con el fin de respetar el anonimato de los mismos, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, y cumpliendo con el compromiso de confidencialidad firmado al comenzar el cuarto curso del Grado de Medicina en la Unidad Docente del HUB.

Por otro lado, con el fin de calcular el índice de CDV, los participantes cumplimentaron el Cuestionario Montreux (**Anexo 1**) para pacientes ostomizados (29), en el contexto de una visita al HUB por una consulta con el Equipo de Estomaterapia o con el Médico Especialista de Área. Se trata de un cuestionario compuesto por 41 ítems basados en la escala de Likert de cinco valores divididos en 3 dimensiones (sección: calidad de vida; sección 2: autosuficiencia; sección 3: cuestiones generales). La

puntuación de cada una de las dimensiones se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en los ítems englobados en las mismas multiplicadas por un factor (**Anexo 2**) (29). El cuestionario fue entregado junto con un Consentimiento Informado redactado específicamente para este estudio.

Además, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través del motor de búsqueda PubMed con el fin de contextualizar cómo es la situación actual de los pacientes ostomizados valorando las repercusiones que tiene el portar un estoma y los métodos de ayuda accesibles; asimismo, se han consultado otras webs de interés médico, como la OMS y la AEC.

Finalmente, este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del HUB (**Anexo 3**).

5. RESULTADOS

5.1. DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

En este trabajo fueron incluidos un total de 20 pacientes que, tras haber sido intervenidos quirúrgicamente por patologías de origen digestivo o genitourinario, requirieron de la colocación de un estoma de eliminación.

5.1.1. Género

Del total de la muestra, 11 pacientes (55%) fueron mujeres, mientras que los 9 casos restantes (45%) fueron hombres (**Figura 6**).

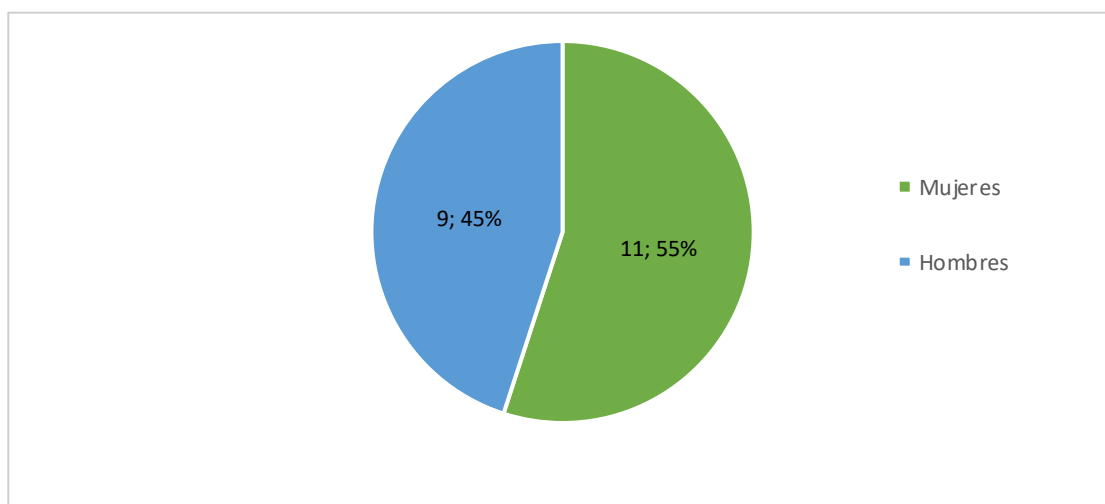


Figura 6. Distribución de pacientes por sexo

5.1.2. Edad

En relación con la distribución por edades, la media fue de 68,65 años, con una desviación estándar de 11,58. La mediana fue de 68,5 años, siendo la edad mínima 37 años y la edad máxima 91 años. La proporción entre hombres y mujeres en cada grupo de edad fue similar. La distribución por edades queda resumida en la **Figura 7**.

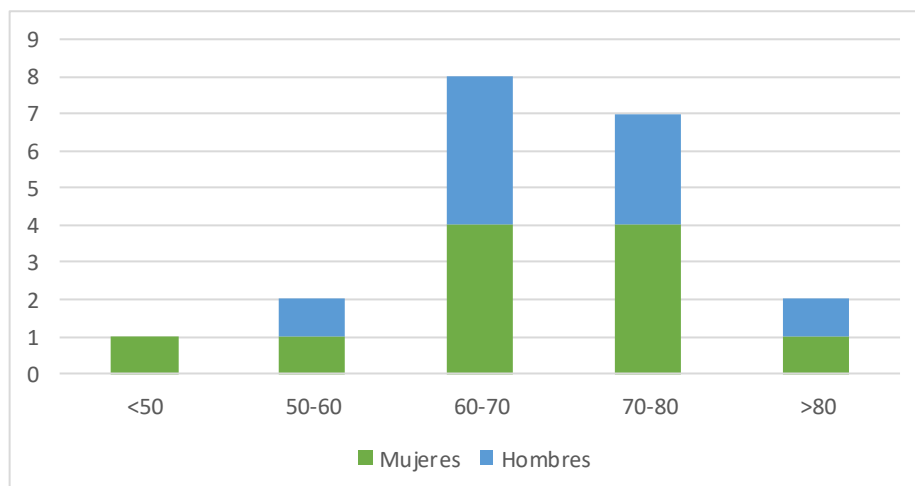


Figura 7. Distribución de pacientes por edad y sexo

5.1.3. Motivo de la colocación del estoma

Atendiendo a la causa que motivó la colocación del estoma, un total de 12 pacientes (60%) tuvo como origen una patología maligna y el 40% restante (8 pacientes) fue a consecuencia de patología benigna. A su vez, la mayoría de las patologías malignas fueron neoplasias rectales con 10 pacientes (83,33%) y los 2 pacientes restantes (16,67%) fueron neoplasias de origen vesical. Por otro lado, la patología benigna que más frecuentemente requirió la colocación de un estoma fue la Colitis Ulcerosa con 3 pacientes (37,5%); mientras que en los 5 pacientes restantes (62,5%) las causas fueron: una perforación de sigma por Enfermedad de Crohn (12,5%), una perforación de recto iatrogénica en el transcurso de una cirugía ginecológica (12,5%), una fístula recto-uretral (12,5%), una neoplasia rectal benigna (12,5%) y una cistitis crónica (12,5%). (Figura 8).

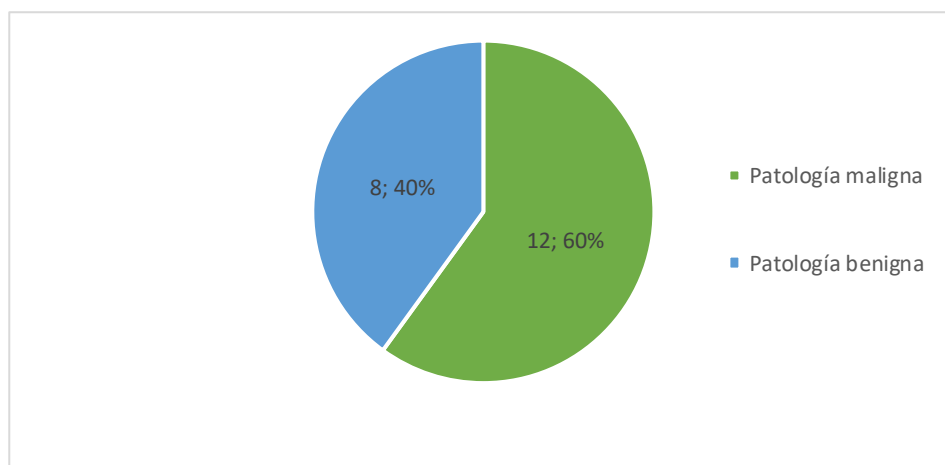


Figura 8. Distribución de la muestra según el motivo de la colocación del estoma

5.1.4. Año de la intervención quirúrgica

En cuanto al año de la intervención quirúrgica, 8 pacientes (40%) fueron intervenidos en el año 2020; los otros 12 enfermos incluidos fueron operados entre 1996 y 2019. El número de pacientes intervenidos en cada año se recoge en la **Figura 9**.

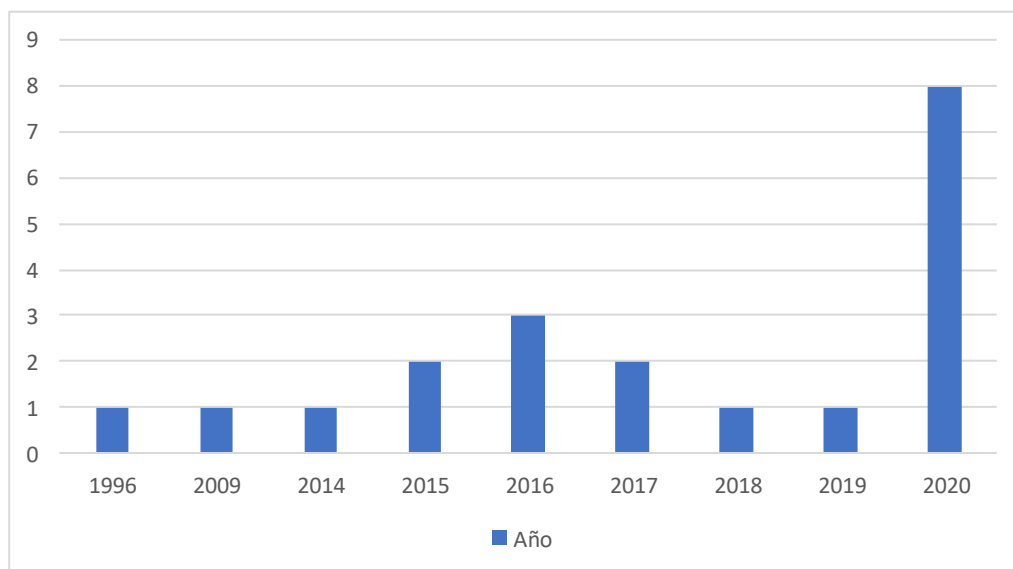


Figura 9. Distribución de pacientes según el año de la intervención quirúrgica

5.1.5. Tipo de intervención quirúrgica

De las 20 intervenciones quirúrgicas realizadas, la mayoría (18 procedimientos, 80%) fueron de carácter electivo; mientras que únicamente 2 pacientes (10%) fueron sometidos a una cirugía de carácter urgente (en ambos casos por perforación del tracto gastrointestinal) (**Figura 10**).

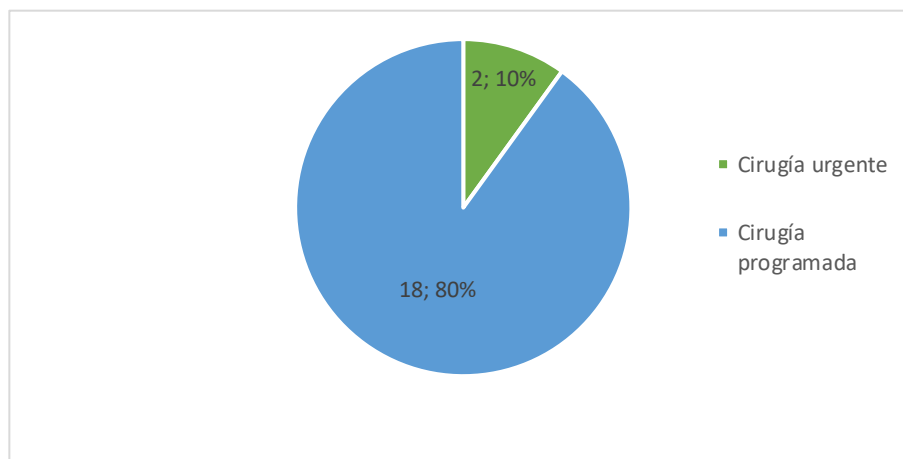


Figura 10. Distribución de pacientes según el tipo de intervención quirúrgica

5.1.6. Técnica quirúrgica realizada

En cuanto a la técnica quirúrgica realizada, a la mitad de los pacientes de nuestro estudio se les practicó una amputación abdominoperineal (Intervención de Miles); también se llevaron a cabo la intervención de Hartmann y la cistectomía tipo Bricker en 3 pacientes (15%), respectivamente. Además, se realizaron 2 colectomías totales (10%), una proctocolectomía total (5%) y una prostatectomía (5%). Las diferentes técnicas quirúrgicas quedan recogidas en la **Figura 11**.

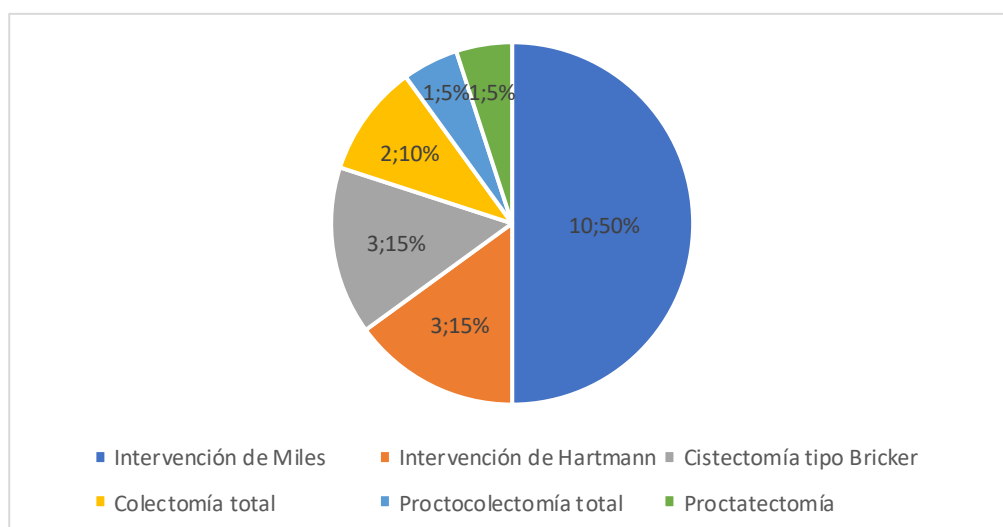


Figura 11. Distribución de pacientes según la técnica quirúrgica

5.1.7. Tipo de estoma

De los 20 pacientes que forman la muestra a estudio, el tipo de estoma más frecuentemente observado fue la colostomía terminal en FII con un total de 13 pacientes (65%), seguida de la urostomía terminal en FID con 3 pacientes (15%). Además, también se incluyeron una ileostomía terminal en flanco derecho (5%), una ileostomía lateral en flanco derecho (5%), una ileostomía terminal en FII (5%) y una colostomía lateral en flanco izquierdo (5%). La distribución de la muestra según el tipo de estoma se detalla en la **Figura 12**.

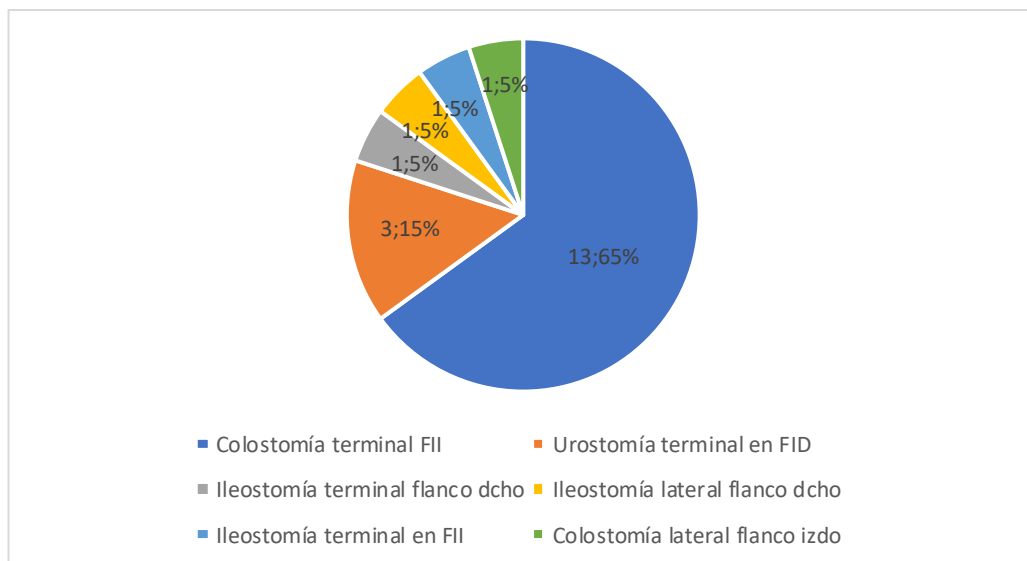


Figura 12. Distribución de la muestra según el tipo de estoma

5.2. RESULTADOS EN TÉRMINOS DE CDV DEL PACIENTE

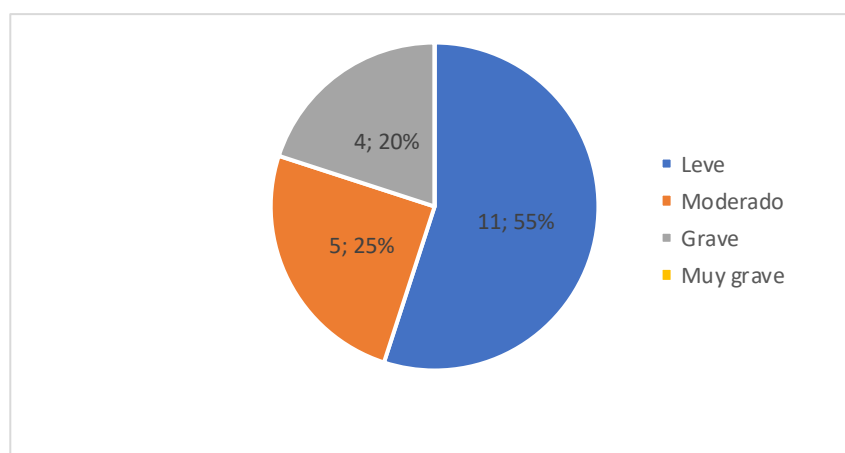
5.2.1. Índice de CDV

El índice de calidad de vida se calcula a partir de las respuestas obtenidas en la primera sección del Cuestionario Montreux. Con el fin de poder cuantificar de manera objetiva la medida en que se ve afectada la CDV del paciente ostomizado, se ha establecido una clasificación en cuatro grados de severidad, según la puntuación obtenida en el índice de CDV: afectación leve, moderada, grave y muy grave. La distribución de la muestra atendiendo este índice queda reflejada en la **Tabla 3**.

En este estudio, 11 enfermos (55%) constataron una disminución leve del índice de CDV; mientras que 5 (25%) y 4 (20%) del total de los pacientes, presentaron una afectación moderada y grave del índice de CDV, respectivamente. En ninguno de los casos analizados se apreció una afectación muy grave del índice de CDV. (**Figura 13**).

Tabla 3. Clasificación de la muestra atendiendo al nivel de afectación del Índice de CDV.

Nivel de afectación	Índice de CDV	Número de pacientes (n=20)
Muy grave	0-173,36	0
Grave	173,37-346,72	4 (20%)
Moderada	346,73-520,08	5 (25%)
Leve	520,09-693,45	11 (55%)

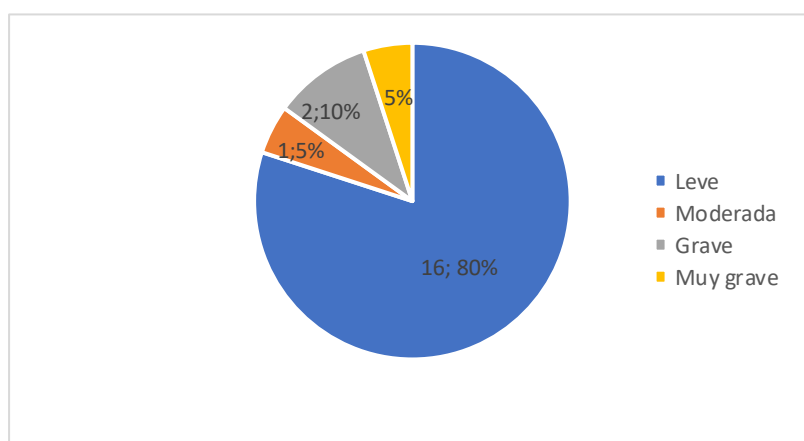
**Figura 13. Distribución de la muestra según la afectación del índice de CDV**

5.2.2. Autosuficiencia

El nivel de autosuficiencia del paciente se extrae a partir de la puntuación obtenida en la segunda sección del Cuestionario Montreux. En nuestra serie, 16 enfermos (80%) han referido una disminución leve del nivel de autosuficiencia; en un caso (5%) se objetivó una afectación moderada; 2 pacientes (10%), una afectación grave y 1 paciente (5%) sí que consideró que sufría una afectación muy grave en este aspecto. (Tabla 4 y Figura 14).

Tabla 4. Clasificación de la muestra atendiendo al nivel de afectación de la autosuficiencia.

Puntuación obtenida	Nivel de afectación	Número de pacientes (n=20)
0-24	Muy grave	1 (5%)
25-49	Grave	2 (10%)
50-74	Moderada	1 (5%)
75-100	Leve	16 (80%)

**Figura 14. Distribución de la muestra según la afectación de la autosuficiencia**

5.2.3. Adaptación general del paciente al estoma

Los resultados acerca del nivel de adaptación del paciente al estoma fueron evaluados mediante la tercera sección del Cuestionario Montreux. En ella se valoran aspectos como aceptar el hecho de tener un estoma, la capacidad de poder seguir haciendo las actividades realizadas con anterioridad y olvidarse de ser portador de una ostomía, entre otros. En nuestro trabajo, 9 enfermos (45%) refirieron un nivel de adaptación totalmente suficiente en relación con sus necesidades. El resto de la muestra valoró la adaptación como suficiente en 5 pacientes (25%) e insuficiente y totalmente insuficiente en 4 casos (20%) y 2 casos (10%), respectivamente. Estos datos se exponen en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Clasificación de la muestra atendiendo al nivel de afectación

Puntuación obtenida	Nivel de adaptación	Número de pacientes (n=20)
0-24	Totalmente insuficiente	2 (10%)
25-49	Insuficiente	4 (20%)
50-74	Suficiente	5 (25%)
75-100	Totalmente suficiente	9 (45%)

5.2.4. Desglose por subtemas

Para valorar los siguientes aspectos del paciente ostomizado, se han analizado de forma individual los ítems que hacen referencia a cada situación específica. Todos ellos están recogidos a lo largo del Cuestionario Montreux.

5.2.4.1. Miedo a fugas u olores del dispositivo

Del total de la muestra estudiada, únicamente 5 pacientes (25%) no presentaron ningún temor a que filtrasen olores o a que el dispositivo fugara. El resto, presentaron en cierta medida algún tipo de temor a sufrir este contratiempo: algo de miedo 5 pacientes (25%), poco miedo 3 enfermos (15%), bastante miedo 3 pacientes (15%), mucho miedo en 3 casos (15%) y muchísimo miedo en los 3 pacientes restantes (15%). Todos los datos mencionados quedan reflejados en la **Tabla 6**.

Tabla 6. Clasificación de la muestra según el nivel de temor a fugas u olores

Puntuación obtenida	Nivel de temor	Número de pacientes (n=20)
0	Muchísimo	3 (15%)
1	Mucho	1 (5%)
2	Bastante	3 (15%)
3	Poco	3 (15%)
4	Algo	5 (25%)
5	Nada	5 (25%)

5.2.4.2. Dolor

En lo que respecta a la frecuencia e intensidad del dolor ocasionado por el estoma, 14 de los pacientes (70%) refirieron un dolor clasificado como leve, en 2 casos (10%) el dolor fue etiquetado como moderado y 3 enfermos (15%) afirmaron sufrir un dolor severo. Únicamente un paciente refirió presentar un dolor de intensidad extrema (5%). La puntuación media obtenida fue de 79.5. Dichos datos se muestran en la **Tabla 7**.

Tabla 7. Clasificación de la muestra según el nivel de dolor

Puntuación obtenida	Nivel de dolor	Número de pacientes (n=20)
0-24	Extremo	1 (5%)
25-49	Severo	3 (15%)
50-74	Moderada	2 (10%)
75-100	Leve	14 (70%)

5.2.4.3. Aspectos dietéticos

En este subapartado se estudió, por un lado, la influencia que tiene el peso del paciente sobre el estoma, y por otro si la nutrición fue satisfactoria y suficiente para cubrir sus necesidades. En nuestro estudio, 11 enfermos (55%) apuntaron que el nivel nutricional que mantenían era totalmente suficiente en relación con sus necesidades. El resto de los pacientes valoró los aspectos dietéticos como suficientes en 8 pacientes (40%) e insuficientes en 1 caso (5%). La media obtenida fue de 83,41 puntos. Todos los datos se resumen en la **Tabla 8**.

Tabla 8. Distribución de los pacientes según las cuestiones nutricionales

Puntuación obtenida	Nutrición	Número de pacientes (n=20)
0-24	Totalmente insuficiente	0
25-49	Insuficiente	1 (5%)
50-74	Suficiente	8 (10%)
75-100	Totalmente suficiente	11 (55%)

5.2.4.4. Bienestar físico

El bienestar físico engloba aspectos como el nivel de fortaleza y cansancio del paciente, la calidad del sueño, el estado de salud general y la capacidad para realizar actividades como tareas domésticas, actividad laboral, entre otras. En este sentido, 9 de los pacientes (45%) presentaron un bienestar físico levemente disminuido, 6 enfermos (30%) moderadamente disminuido, 4 (20%) severamente disminuido y el caso restante (5%) refirió sufrir una disminución extrema de su bienestar físico. La puntuación media lograda fue de 69,6. (**Tabla 9**).

Tabla 9. Distribución de la muestra atendiendo al nivel de afectación del bienestar físico.

Puntuación obtenida	Nivel de afectación	Número de pacientes (n=20)
0-24	Extremo	1 (5%)
25-49	Severo	4 (20%)
50-74	Moderado	6 (30%)
75-100	Leve	9 (45%)

5.2.4.5. Bienestar psicológico o emocional

En relación con el bienestar psicológico y emocional, 3 de los pacientes (15%) manifestaron un nivel de afectación extremo en aspectos como: nivel de felicidad, satisfacción en sus aficiones, vida social y ocio, sentirse útil en la vida diaria, entre

otros. Un enfermo (5%) refirió un nivel de afectación severo; mientras que el 80% de la muestra restante, afirmó encontrarse en una situación de bienestar psicológico y emocional moderada, o levemente afectadas (40%, respectivamente para cada grupo). La media obtenida fue de 69,8 puntos. (**Tabla 10**)

Tabla 10. Distribución de la muestra atendiendo al nivel de afectación psicológica

Puntuación obtenida	Nivel de afectación	Número de pacientes (n=20)
0-24	Extremo	3 (15%)
25-49	Severo	1 (5%)
50-74	Moderado	8 (40%)
75-100	Leve	8 (40%)

5.2.4.6. Imagen corporal

En lo que respecta a las consecuencias que conlleva el portar un estoma en la imagen corporal de estos enfermos, más de la mitad de los pacientes incluidos (55%) reflejaron tener una afectación leve de su imagen corporal; en contraposición, el 5% de los casos manifestó padecer una afectación extrema de la misma. El 10% y el 30% de los pacientes restantes vieron su imagen severa y moderadamente afectada, respectivamente. El resultado medio fue de 72,4 puntos. (**Tabla 11**).

Tabla 11. Distribución de la muestra en función de la afectación de la imagen corporal

Puntuación obtenida	Nivel de afectación	Número de pacientes (n=20)
0-24	Extremo	1 (5%)
25-49	Severo	2 (10%)
50-74	Moderado	6 (30%)
75-100	Leve	11 (55%)

5.2.4.7. Actividad sexual

Al analizar este aspecto nos encontramos con que 12 de los pacientes (60%) afirmaban que la actividad sexual que llevaban a cabo era totalmente insuficiente en relación con sus necesidades; mientras que en 7 de ellos (35%) fue considerada totalmente suficiente. Un único enfermo (5%) se refirió que a ella como suficiente. La puntuación media obtenida fue de 37. (**Tabla 12**).

Tabla 12. Distribución de la muestra según el nivel de actividad sexual

Puntuación obtenida	Nivel de actividad sexual	Número de pacientes (n=20)
0-24	Totalmente insuficiente	12 (60%)
25-49	Insuficiente	0
50-74	Suficiente	1 (5%)
75-100	Totalmente suficiente	7 (35%)

5.2.4.8. Apoyo recibido

De los 20 pacientes que forman la muestra a estudio, 17 de ellos (85%) constataron que el apoyo recibido por parte del entorno familiar y otros seres queridos fue totalmente suficiente. 2 enfermos (10%) manifestaron que el apoyo fue etiquetado como suficiente; mientras que únicamente un paciente (5%) afirmó que el apoyo recibido fue totalmente insuficiente. Ninguno de los casos analizados refirió un apoyo insuficiente por parte de su entorno más cercano (**tabla 13**).

Tabla 13. Distribución de los pacientes según el nivel de apoyo recibido.

Puntuación obtenida	Nivel de apoyo recibido	Número de pacientes (n=20)
0-24	Totalmente insuficiente	1 (5%)
25-49	Insuficiente	0
50-74	Suficiente	2 (10%)
75-100	Totalmente suficiente	17 (85%)

6. DISCUSIÓN

Tal y como se ha descrito anteriormente a lo largo de todo el trabajo, la derivación intestinal es una cirugía muy común en relación con diversas patologías digestivas y genitourinarias. Además, el ser portador de un estoma se relaciona con una notable afectación de la CDV, viéndose alteradas diferentes esferas de la vida diaria. La existencia de métodos de ayuda resulta fundamental para contribuir no solo a mejorar este aspecto, sino también a tratar las complicaciones postoperatorias relacionadas con portar un estoma.

Debido a que hoy en día continúa siendo un aspecto poco discutido, a pesar del enorme impacto que supone el tener una ostomía, en este trabajo se han incluido un total de 20 pacientes portadores de algún tipo de estoma de eliminación con el fin de evaluar el nivel de afectación de su CDV.

6.1. IMPACTO DEL ESTOMA EN LA CDV GENERAL

El objetivo principal de este trabajo y el que suscita mayor interés, es evaluar la repercusión de portar un estoma en la CDV general de los enfermos. En este aspecto, al analizar las puntuaciones obtenidas en el índice de CDV del cuestionario Montreux de nuestra serie, nos encontramos con que casi la mitad de los enfermos (45%) evidenciaron una cierta alteración en su CDV, siendo considerada como moderada en un 25% de los casos y grave en un 20%.

En consonancia con estos resultados, diversos autores han obtenido resultados similares en sus trabajos. El estudio multicéntrico realizado en 16 países (n=4.739) europeos por Marquis et al (9), empleando el cuestionario Montreux, reveló que el índice de CDV disminuyó inmediatamente después de la cirugía y a los 3, 6, 9 y 12 meses; sin embargo, los resultados solo fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$) durante los 3 primeros meses del postoperatorio.

No obstante, a pesar de que muchos de los artículos consultados hayan mostrado que el portar un estoma contribuye a un detrimento de la CDV, en muchos casos las diferencias no han resultado estadísticamente significativas ($p > 0,05$) cuando hablamos del término CDV de forma general. En cambio, al hablar de alguna de las

subesferas que se engloban dentro de la CDV en su conjunto, sí que se han observado hallazgos estadísticamente significativos. Esto ocurre, por ejemplo, en el estudio transversal realizado por Anaraki et al (11), en el cual los únicos parámetros que mostraron significancia estadística fueron la ubicación del estoma y el empeoramiento de la esfera emocional; sin embargo, esto no sucedió al estudiar las alteraciones referidas a los aspectos dietéticos, salud sexual y bienestar físico, por lo que, la CDV en general no se vio afectada de forma significativa. Otro ejemplo similar, quedó reflejado en el estudio de Krouse et al (20), donde tanto hombres como mujeres constataron alteraciones significativas del bienestar psicosocial ($p < 0,001$); pero, en cambio, al hablar de la CDV general no se obtuvieron diferencias significativas.

En nuestra opinión, estos resultados pueden deberse a que, a menudo, las escalas o ítems empleados para valorar las distintas subesferas de la CDV son de carácter subjetivo; de tal forma, que quedan sujetos a una variabilidad interindividual difícilmente corregible. Esta circunstancia, junto con el hecho de que los diferentes estudios utilizaron distintas herramientas para la recopilación de datos, hace que haya que tenerlo en consideración, a la hora de extrapolar los resultados obtenidos.

Por ello, sería interesante de cara a futuros estudios poder lograr un cuestionario unificado que evalúe la CDV general a través de ítems más objetivos.

6.2. IMPACTO DEL ESTOMA EN LAS SUBESFERAS DE LA CDV

Uno de nuestros objetivos de este trabajo era estudiar cuáles son los problemas más comunes a los que se enfrentan los pacientes ostomizados en su vida cotidiana.

Según nuestros resultados la sección que, con diferencia, obtuvo una peor puntuación y, por tanto, una mayor afectación de la CDV fue la actividad sexual con una media de 37 puntos; seguida del bienestar físico y el bienestar psicológico, con una puntuación media de 69,6 y 69,8, respectivamente. En contraposición, las secciones mejor valoradas fueron las preocupaciones sociales (media de 85 puntos), los aspectos dietéticos (media de 83,41 puntos) y el apoyo recibido (media de 80 puntos).

En consonancia con nuestros resultados, los estudios realizados por Charúa-Guindic et al (30) y Marquis et al (9) arrojaron hallazgos equiparables en lo que respecta a la actividad sexual, ya que esta sección fue valorada como la más afectada empleando el cuestionario Montreux (60,88 puntos y 49,8 puntos, respectivamente). En este sentido, el 40% de los pacientes ostomizados que formaron parte de un estudio retrospectivo realizado en el Reino Unido (13) (n=391), afirmaron tener problemas asociados a su vida sexual. No obstante, el estudio realizado por Silva et al (10) concluyó que en los pacientes portadores de colostomías e ileostomías no hubo diferencias estadísticamente significativas en relación con la actividad sexual.

Atendiendo a la percepción del soporte o ayuda recibida por parte de familiares u otros seres queridos, el 85% de los casos de nuestra serie refirieron recibir un apoyo totalmente suficiente, siendo la esfera de la CDV mejor valorada por los pacientes en nuestro estudio, resultado muy similar al obtenido por Nugent et al (13). Otro estudio en el que el apoyo y cuidado familiar fue la sección mejor puntuada fue el realizado por Ciorogar et al (15), en el cual también se obtuvieron diferencias significativas ($p=0,006$) al analizar este parámetro. En contraposición, existe literatura en relación con el impacto negativo que supone el portar un estoma en las relaciones sociales y familiares, y la falta de apoyo en algunos casos, tal y como queda recogido en el trabajo de Dabiriran et al (31) y Sun et al (19).

En lo que respecta a los aspectos dietéticos, a pesar de la extensa literatura existente acerca de los cambios que los pacientes ostomizados tienen que realizar para adaptar la dieta a su situación, en nuestro trabajo observamos que fue el aspecto mejor valorado tras el apoyo familiar. Estos hallazgos se complementan con los observados en el estudio de Charúa-Guindic et al (30) en el que obtuvieron una puntuación media de 78,17, la segunda más alta de ese estudio. Desde nuestro punto de vista, estos resultados pueden verse alterados debido a que los ítems que valoran los aspectos nutricionales son muy poco específicos.

Por otro lado, diversos estudios apuntaron también resultados que evidenciaron una disminución importante en la percepción del bienestar físico en estos pacientes. Los estudios de Charúa-Guindic et al (30) y Marquis et al (9), en los que emplearon el

mismo cuestionario que en nuestro estudio, arrojaron una puntuación media de 68,88 y 49,6, respectivamente, por una media de 69,6 en nuestra serie.

En lo que se refiere al bienestar psico-emocional, el estudio realizado por Goszen et al (8) a pacientes con estomas temporales confirmó, con un alto nivel de significación estadística ($p=0,003$), que la disminución en la CDV fue mayor en aquellos enfermos que tenían menos relaciones sociales o con tendencia al aislamiento social.

Finalmente, en nuestro trabajo hemos podido observar que el 70% de los enfermos refirieron un nivel de dolor leve (puntuación entre 75-100 en el cuestionario) en relación al estoma, con una media de 79,5 puntos. Por el contrario, en las publicaciones de Charúa-Guindic et al (30) y Marquis et al (9) obtuvieron puntuaciones medias más bajas en relación con el dolor (67,4 y 63, respectivamente), que se traduce como una mayor intensidad del dolor referido. Estas diferencias podrían explicarse por el hecho de que en el estudio publicado por Charúa-Guindic et al no se hace referencia a la figura del estomaterapeuta, que en el caso de nuestros pacientes puede haber contribuido a mejorar el manejo y la percepción del dolor.

6.3. VÍAS DE AYUDA AL PACIENTE OSTOMIZADO

Otro de los puntos de interés de este estudio, ha sido analizar los principales métodos de ayuda para mejorar la CDV de estos pacientes. En este sentido, a través del contacto con los profesionales del HUB (el Equipo de Enfermería Especializado en Estomas y los facultativos especialistas de la sección de Coloproctología y Cirugía General) y con los propios pacientes en el momento de la cumplimentación del cuestionario, se ha podido comprobar lo complejos que resultan tanto el manejo perioperatorio como el seguimiento de estos enfermos.

Por un lado, el papel del estomaterapeuta cobra importancia a lo largo de todo el proceso asistencial ya que son los encargados de adiestrar al paciente para el manejo del dispositivo de forma preoperatoria mediante *kits* específicos y, además, se encargan del marcaje preoperatorio del estoma para una adecuada colocación de este, disminuyendo así la tasa de complicaciones secundarias. En consonancia con esta

afirmación, un estudio retrospectivo (n=593) realizado por Bass et al (27) confirmó que los pacientes con un correcto marcaje preoperatorio presentaron un porcentaje menor de complicaciones (32,5%) en comparación con aquellos que no lo recibieron (43,5%), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0075$), siendo hasta la fecha uno de los estudios de referencia en el análisis de este aspecto. En la misma línea, un estudio prospectivo (n=270) realizado en los Servicios de Cirugía Colorrectal de 12 hospitales españoles (26) concluyó, que el marcaje preoperatorio del estoma se asociaba a una tasa de complicaciones significativamente menor ($p < 0,001$); además, un estudio transversal Iraní realizado a 348 pacientes añadió, que de los 174 pacientes a los que se les marco la localización del estoma antes de la intervención quirúrgica, el 56,2% presentó un índice de CDV significativamente mayor, en contraposición con los 174 pacientes a los que se les colocó el estoma en un lugar inapropiado (49,7%) (25).

Por otro lado, la labor de los enfermeros especialistas también incluye el seguimiento y adiestramiento durante el ingreso y tras el alta hospitalaria, de forma que el paciente acude a consultas específicas. En ellas se reevalúa el estado estoma, se le proporciona información acerca del material de ostomía (tipos de dispositivos según sus necesidades, posibilidad de usar protectores cutáneos etc.) y se resuelven cuestiones relacionadas con el manejo del estoma.

Además, a los pacientes ostomizados se les facilita un teléfono de contacto al que pueden acudir en caso de que presenten alguna complicación relacionada con el estoma. Esta medida puede resultar muy útil en aquellos pacientes que no tienen acceso a un estomaterapeuta.

Finalmente, los estomaterapeutas también realizan labores diagnóstico-terapéuticas de algunas complicaciones como cauterización de granulomas, coagulación o esclerosis de vasos sanguíneos en caso de hemorragias, entre otros. De igual manera, se encargan de la rehabilitación de las ileostomías de protección, asociada a una recuperación más precoz y menor tasa de complicaciones tras el cierre de las mismas.

Estos datos, reflejan la realidad de la importancia de contar con un Equipo de Enfermería Especializado en Estomas y la necesidad de incluirlo en un futuro, en la medida de lo posible, en las Guías de Práctica Clínica habitual de los servicios de Coloproctología en todos los hospitales, tal y como lleva desarrollándose desde hace unos años en el HUB.

Aunque en nuestra serie no se ha evaluado si los pacientes formaban parte de alguna asociación de ostomizados, en el estudio de Nugent et al únicamente el 23% de los enfermos ostomizados pertenecían a una, a pesar de que todos ellos eran informados de la existencia de estas asociaciones antes de ser dados de alta (13). Por consiguiente, podría resultar de interés reforzar la idea de la existencia de estas asociaciones en las consultas de seguimiento ya que hay experiencias positivas en relación con este tipo de ayudas.

6.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este trabajo presenta una serie de limitaciones que no debemos obviar, como son un tamaño muestral reducido y de características muy heterogéneas (pacientes de edades muy dispares, con diferentes causas que motivaron la colocación del estoma, portadores diferentes tipos de estoma, etc.), razones por las cuales se ha optado por no realizar grupos comparativos y, por ende, no llevar a cabo un análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Además, el cuestionario empleado en este estudio evalúa de forma subjetiva los aspectos relacionados con la calidad de vida, lo que hace que los resultados sean variables de un paciente a otro y estén sujetos a sesgos.

Igualmente, como cabría esperar, la situación de pandemia en la que nos encontramos en la actualidad ha limitado de forma destacable la inclusión de pacientes en el estudio, tanto por la escasez de enfermos que acudían a la consulta, como por la interrupción temporal de las consultas de estomaterapia. Todo ello asociado a la imposibilidad de cumplimentar el cuestionario por vía telefónica, por las características intrínsecas del mismo, y la necesidad de finalizar el estudio en un

periodo limitado de tiempo, ha llevado a que el número de pacientes incluidos en la muestra no haya sido mayor.

6.5. CONSIDERACIONES AL ESTUDIO

Durante el proceso de revisión bibliográfica y tras observar los resultados obtenidos en nuestro estudio, han surgido diversas cuestiones que consideramos de interés mencionar de cara a futuros estudios en este ámbito.

En primer lugar, sería recomendable ampliar la muestra de este trabajo y cotejar los resultados con los obtenidos por otros centros hospitalarios y, a su vez, realizar un estudio *de novo* en el propio HUB que compare la CDV de los pacientes que acuden a las consultas de estomaterapia en relación con aquellos que no lo hacen.

En segundo lugar, apoyándonos en lo referido por Anaraki et al en su estudio realizado a 102 pacientes potadores de algún tipo de estoma de eliminación (“factores como el tipo de estoma —temporal o definitivo— o la enfermedad subyacente que condujo a la colocación del estoma influye en los resultados de la CDV con una $p < 0,05$ ”) (11), podría resultar de utilidad el empleo de criterios de inclusión más estrictos, con el fin de obtener muestras más homogéneas; sobre todo de cara a incluir pacientes portadores de urostomías, ya que al igual que en nuestro estudio, en la bibliografía consultada la mayoría de los estudios se centraban en pacientes colostomizados o ileostomizados.

Por otro lado, sería de interés implementar, como ya se ha mencionado, la inclusión de un Equipo de Enfermería Especializado en Estomas en los servicios de Coloproctología y Cirugía General a nivel global, así como mejorar la educación de los pacientes y sus familiares para contribuir a una mejoría global de la CVD.

Finalmente, queremos mencionar que parte de la literatura existente que ha estudiado este tema publicada hasta la fecha, incluye estudios transversales y de carácter retrospectivo con un tamaño muestral reducido. En consecuencia, diseños de estudios prospectivos y con un mayor tamaño muestral, podrían contribuir a comprender mejor como la cirugía de derivación afecta a estos pacientes a través del seguimiento durante un largo periodo de tiempo.

7. CONCLUSIONES

Atendiendo a los objetivos marcados al inicio de este estudio y tras analizar los resultados obtenidos, podemos establecer las siguientes conclusiones:

- 1-. El portar un estoma afecta negativamente a la CDV de estos pacientes.
- 2-. Las complicaciones inherentes a las ostomías son también una causa de la disminución de la CDV de estos enfermos.
- 3-. El contar con un Equipo de Enfermería Especializado en Estomas resulta útil en el proceso de evaluación continuada de los pacientes ostomizados.
- 4-. Es necesario diseñar un cuestionario único que sea extrapolable a todas las poblaciones con el fin de hacer objetivos y comparables los resultados.
- 5-. Las subesferas de la vida diaria que más se ven alteradas en estos pacientes son la actividad sexual, el bienestar físico y el psicológico, en ese orden.
- 6-. Son necesarios más estudios prospectivos y de mayor tamaño muestral para profundizar en el estudio de este tema.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz Ramírez E, Santiago Márquez MÁ, Enciso Rivilla MD. Patología coloproctológica: Tipos de ostomías. In: Conceptos Básicos en estomaterapia [Internet]. 2nd ed. Alcalá; 2017. p. 13–22. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/estomaterapia.pdf>
2. Malik TAM, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018; 100(7): 501–8.
3. Ortiz H, editor. Cirugía colorrectal [Internet]. 2ª ed. Asociación Española de Cirujanos. Arán; 2012. Disponible en: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-colorrectal-2-edic.pdf>
4. Vázquez García M, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomias. 1ª ed. Madrid: DAE; 2009. 363 p.
5. Watson AJM, Nicol L, Donaldson S, Fraser C, Silversides A. Complications of stomas: their aetiology and management. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2013 Mar;18(3):111–2, 114, 116. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23653957>
6. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010;12(10):958–64.
7. Karadağ A, Menteş BB, Üner A, Irkörüçü O, Ayaz S, Özkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18(3):234–8.
8. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, Lagaay MB, Gooszen HG. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(5):650–5.

9. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manag* [Internet]. 2003 Feb;49(2):48–55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12598701>
10. Silva MA, Ratnayake G, Deen KI. Quality of life of stoma patients: Temporary ileostomy versus colostomy. *World J Surg*. 2003;27(4):421–4.
11. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Maghsoodi N, Esmaeilpour S, Safaee A. Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2012;18(3):176–80. Disponible en: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2012/18/3/176/105687>
12. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016;25(1):125–33.
13. Nugent KP, Daniels P, Stewart B, Patankar R, Johnson CD. Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(12):1569–74.
14. Lynch BM, Hawkes AL, Steginga SK, Leggett B, Aitken JF. Stoma surgery for colorectal cancer: A population-based study of patient concerns. *J Wound, Ostomy Cont Nurs*. 2008;35(4):424–8.
15. Ciorogar G, Zaharie F, Ciorogar A, Birta D, Degan A, Balint I, et al. Quality of life outcomes in patients living with stoma. *Hum Vet Med*. 2016;8(3):137–40.
16. Silva AL, Shimizu HE. El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):483–90.
17. Martín Muñoz B, Montesinos Gálvez AC. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. *Bibl Lascasas*. 2011;7(2):1–33.

18. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum*. 2011;38(5):587–96.
19. Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, et al. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *J wound, ostomy, Cont Nurs* [Internet]. 2013;40(1):61–72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23222968>
20. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ, et al. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: Manifestations by sex. *J Clin Oncol*. 2009;27(28):4664–70.
21. World Health Organization. Defining sexual health Sexual health document series. WHO Publ [Internet]. 2002;January:1–35. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
22. Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S, et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clin Nurse Spec*. 2008;22(1):30–40.
23. Burch J, Slater R. Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *Br J Nurs* [Internet]. 2012 Mar 19;21(6):S16–21. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
24. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR, et al. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(4):375–87.
25. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadeghi H. Quality of life in stoma patients: Appropriate and inappropriate stoma sites. *World J Surg*. 2010;34(1):147–52.

26. Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists in colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgery units. *Color Dis.* 2009;12(7):88–92.
27. Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum.* 1997;40(4):440–2.
28. ARGIA: Asociación de Ostomizados de Bizkaia [Internet]. Disponible en: <http://www.ostomizadosargia.com/es/quienes-somos/>
29. Barbero Juárez, Francisco Javier. Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado Title - Colon irrigation and quality of life in patients with colostomy. *Nure Investig* [Internet]. 2004;7:1–10. Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/176>
30. Charúa-Guindic L, Benavides-león CJ, Villanueva-herrero JA, Jiménez-bobadilla B, Abdo-francis JM, Hernández-labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir* [Internet]. 2011;79(2):149–55. Disponible en: <papers2://publication/uuid/0D34C378-27E4-4390-B293-8929B6C47CA7>
31. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2010;5:1–5.

ANEXO 1: CUESTIONARIO MONTREUX



Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado

Fco Javier Barbero

ANEXO 1: Cuestionario "Montreux" de calidad de vida en pacientes con estomas.

Sección 1: Calidad de vida

1. ¿Hasta que punto se encuentra fuerte?

Nada Muchísimo

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada Muchísimo

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada Muchísimo

5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada Muchísimo

6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo Excelente

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil Muy fácil

9. ¿Hasta que punto se lo pasa usted bien (aficiones, entretenimientos, vida social)?

Nada Muchísimo

10. ¿Come a gusto?

Nada Muchísimo

11. ¿Hasta que punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?

Nada Mucho

12. ¿Come Vd. lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

13. ¿Hasta que punto se siente útil?

Nada Extremadamente útil

14. ¿Hasta qué punto se siente Vd. feliz?

Nada Muchísimo

15. ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada Extremadamente satisfactoria

16. ¿Hasta qué punto nota Vd. dolor?

Nada Insoportable

17. ¿Con qué frecuencia nota Vd. dolor?

Nunca Continúa

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala Excelente

19. ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada Muchísimo miedo

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Del todo suficiente

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada Muchísimo

22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada Muchísimo

23. A pesar de mi ostomía, creo que llevo una vida normal

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

Sección 2: Autosuficiencia

Hasta qué punto se siente seguro para:

30. Limpiarse el estoma

Nada Totalmente

31. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada Totalmente

32. Tirar su bolsa

Nada Totalmente

33. Obtener sus bolsas de recambio

Nada Totalmente

34. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada Totalmente

Sección 3: Cuestiones generales

35. Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma

Nunca Siempre

36. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

37. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de acuerdo 0 1 2 3 4 5 Totalmente en desacuerdo

38. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca 5 4 3 2 1 0 Siempre

39. Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales

Nunca 0 1 2 3 4 5 Siempre

40. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme

Nunca 0 1 2 3 4 5 Siempre

41. ¿Sigue Vd. viendo a una enfermero/a especializada en cuidados del estoma?

Sí No

ANEXO 2: CÁLCULO DE PUNTUACIONES



Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado

Fco Javier Barbero

ANEXO 2: Cálculo del Índice de calidad de vida y de las puntuaciones obtenidas en las secciones de Calidad de vida, Cuestiones generales y Autosuficiencia

	Sume las Puntuaciones de los siguientes ítems	Anote aquí el resultado	Multiplique por este factor	Anote aquí los totales
SECCIÓN 1 : CALIDAD DE VIDA				
Bienestar Psicológico	9+13+14+15+18	=	× 4 =	.....
Bienestar Físico	1+2+3+7+11	=	× 4 =	.....
Imagen corporal	5+8+19+22	=	× 5 =	.....
Dolor	16+17	=	× 10 =	.....
Actividad sexual	6	=	× 20 =	.....
Nutrición	4+10+12	=	× 6.7 =	.....
Preocupaciones Sociales	20+21	=	× 10 =	.....
Manejo	23	=	× 20 =	.....
Índice de Calidad de Vida	(añadir los resultados de los artículos anteriores)	=	× 0.87 =	.....
SECCIÓN 3: AUTOSUFICIENCIA				
Autosuficiencia	30+31+32+33	=	× 5 =	.....
Ayuda y consejo	34	=	× 20 =	.....
SECCIÓN 4: CUESTIONES GENERALES				
Adaptación positiva	35+36	=	× 10 =	.....
Adaptación negativa	37+38	=	× 10 =	.....
Ayuda	39+40	=	× 10 =	.....