

# Calidad de vida del paciente ostomizado

Luis Charúa-Guindic,\* Cristian José Benavides-León,\* Juan Antonio Villanueva-Herrero,\*  
Billy Jiménez-Bobadilla,\* Juan Miguel Abdo-Francis,\*\* Elia Hernández-Labra\*\*\*

## Resumen

**Introducción:** Los pacientes ostomizados presentan cambios fisiológicos y psicológicos importantes relacionados con la pérdida del control esfinteriano, los ruidos intestinales, la forma de canalizar gases, la incomodidad a causa del olor, la vigilancia del llenado de la bolsa y la irritación de la piel periestomal que influyen en su calidad de vida. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida del paciente ostomizado en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, del 1 de enero al 29 de mayo de 2009 en pacientes con ostomía. Se aplicaron dos cuestionarios de calidad de vida: SF-36 versión 2.0, con 36 reactivos que evalúan ocho dimensiones, y el cuestionario de Montreux.

**Resultados:** La puntuación en la sección de calidad de vida del cuestionario de Montreux osciló entre 60.8 y 81.2. Las puntuaciones con el cuestionario calidad de vida SF-36 versión 2.0 fueron las siguientes: funcionamiento físico 67.04, papel físico 56.06, dolor físico 68.28, salud general 57.16, con una media global de 62.14. Para los componentes mentales: vitalidad 68.37, función social 71.53, rol emocional 71.48 y salud mental 68.67, con una media global de 70.01.

**Conclusiones:** La calidad de vida de la población estudiada fue buena. El miedo a la fuga de materia fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida, ostomía, colostomía.

## Abstract

**Background:** Ostomized patients usually have some concerns such as absence of sphincter control, noisy bowel movements, changes in passage of gas, social discomfort due to odors, concerns about bag filling, peristomal and skin irritation as well as psychological changes such as body image distortion, among others, that will determine quality of life. We undertook this study to measure quality of life in ostomized patients attending the Coloproctology Unit in Hospital General de México.

**Methods:** We carried out a cross-sectional descriptive study from January 1, 2009 to May 29, 2009 in ostomized patients. Two scales were used to determine quality of life. The first was quality of life SF-36 (version 2) with 36 items that measured eight aspects. The other scale used was the Montreux scale.

**Results:** For the Montreux scale, quality of life section, a range between 60.8 and 81.2 points was obtained. The results obtained with the quality of life scale SF36 were as follows: physical function, 67.04; physical role, 56.06; physical pain, 68.28; general health, 57.16; with an overall average of 62.14 points. For mental aspects, results were as follows: vitality, 68.37; social function, 71.53; emotional role, 71.48; and mental health, 68.67; with an overall average of 70.01 points.

**Conclusions:** Quality of life of subjects included was classified as good. Fear of stoma leaks and sexual function were the aspects that most affected the patients, and those are responsible for a decrease in quality of life in this study.

**Key words:** Quality of life, ostomy, colostomy.

\* Unidad de Coloproctología, Servicio de Gastroenterología.

\*\* Dirección Médica.

\*\*\* Servicio de Gastroenterología

Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, D. F.

### Correspondencia:

Luis Charúa-Guindic.

Unidad de Coloproctología, Servicio de Gastroenterología,

Hospital General de México,

Dr. Balmis 148, Col. Doctores,

Del. Cuauhtémoc, 06726 México, D. F.

Tel. (55) 2789 2000, extensión 1045.

E-mail: luischarua@hotmail.com

Recibido para publicación: 30-08-2010

Aceptado para publicación: 29-11-2010

## Introducción

Una ostomía es un tratamiento que, si bien altamente eficaz, al afectar la integridad corporal modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social, y repercute en la calidad de vida del paciente.

Los pacientes ostomizados presentan cambios importantes como la pérdida del control esfinteriano, ruidos intestinales, forma de canalizar gases, incomodidad a causa del olor y de estar al pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismo, pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés y

aislamiento social que influyen decisivamente en su calidad de vida.

La adaptación al estoma depende de diversos factores entre los que destacan la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras.

El concepto de calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos tiempos ya que, al aumentar la expectativa de vida en la población, también se ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas que sufren los efectos de la enfermedad y del tratamiento médico o quirúrgico implementados. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones subjetivas se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

Existen múltiples instrumentos o cuestionarios para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos, con el objetivo de conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas que modifican los síntomas y la función física a través del tiempo. La calidad de vida es un fenómeno afectado tanto por la enfermedad como por los efectos del tratamiento médico o quirúrgico. Los instrumentos para medir la calidad de vida deben verse como herramientas adicionales del médico en la evaluación integral del paciente y en la conducción de ensayos clínicos.<sup>1</sup>

Se consideró como salud y buena calidad de vida a “la ausencia de enfermedad o defecto y a la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla pero muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.<sup>2</sup>

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida del paciente portador de ostomía en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México.

## Material y métodos

Estudio descriptivo y de corte transversal en pacientes portadores de ostomía atendidos en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología, del Hospital General de México, entre el 1 de enero y el 29 de mayo de 2009.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que aceptaron colaborar en forma voluntaria.

Los pacientes otorgaron su consentimiento por escrito previa información del objetivo del estudio y la garantía de anonimato.

Se excluyeron todos los pacientes con incapacidad para el autocuidado del estoma, a los que sufrían enfermedad en etapa terminal, a los portadores de más de un estoma y a los incapacitados para llenar el cuestionario.

Se registraron en hojas de recolección de datos las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución con el estoma, marcaje previo a la cirugía, motivo del estoma, situación laboral, religión, grado de escolaridad, talla, peso y situación socioeconómica.

Además, se aplicaron dos cuestionarios de calidad de vida:

- El SF-36 versión 2.0 con 36 reactivos relativos a ocho dimensiones (función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental) que miden la calidad de vida en pacientes con cualquier tipo de enfermedad.<sup>3,4</sup>
- El cuestionario de Montreux,<sup>5</sup> diseñado para evaluar específicamente la calidad de vida del paciente portador de un estoma.

Los cuestionarios fueron aplicados en forma directa por el investigador principal que supervisó el correcto llenado de los mismos y aclaró dudas.

En el cuestionario de salud SF-36 el funcionamiento físico se expresa en 10 puntos; vitalidad, cuatro puntos; papel físico, cuatro; dolor, dos; estado general de salud, cinco; función social, dos; papel emocional, tres y salud mental cinco. Cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100 en donde 0 corresponde a un peor estado de salud y 100 a perfecto estado de salud. Este cuestionario fue adaptado al español por Alonso y colaboradores<sup>6</sup> y en México ha sido validado y estandarizado para la población nacional por Zúñiga y colaboradores,<sup>7</sup> así como por Durán,<sup>8</sup> quienes consideran que existe una validez satisfactoria que otorga confiabilidad a esta prueba.

El cuestionario de Montreux, validado en Francia e Inglaterra y traducido a varios idiomas,<sup>9</sup> se basa en una escala de Likert de cinco valores y recoge información de una serie de dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones:

- *Sección 1:* autosuficiencia relacionada con los cuidados higiénicos del estoma.
- *Sección 2:* calidad de vida (bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos).

- *Sección 3:* cuestiones generales en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares.

La puntuación sobre la calidad de vida en cada una de las dimensiones se obtiene con la suma de la puntuación obtenida en los reactivos englobados en las mismas, multiplicada por un factor. A partir de los reactivos que configuran la sección de calidad de vida se puede calcular el índice de calidad de vida.

Por medio de la valoración se obtienen las medidas de dispersión y tendencia de cada respuesta; posteriormente se hace el agrupamiento para la valoración y dispersión de cada dominio.

Una vez con los valores de cada dominio se hacen las pruebas estadísticas de dispersión y las no paramétricas para la valoración de la calidad de vida.

A continuación, los dominios se agrupan en dos rubros: el componente físico y el componente mental. El primero está constituido por los dominios de función física, papel físico, dolor y salud general. El mental está integrado por los dominios de vitalidad, función social, papel emocional y salud mental.

Los valores de los componentes físicos y mentales se comparan con los valores de una población de referencia obtenida por Ware y colaboradores en 1992,<sup>3</sup> quienes consideraron como normalidad a valores de media de  $50 \pm 10$ . Los valores superiores o inferiores indican mejor o peor estado.

## Resultados

En el periodo comprendido del 1 de enero al 29 de mayo de 2009 se aplicaron el cuestionario SF-36 versión 2.0 y el estudio de Montreux a 83 pacientes portadores de un estoma que asistieron a la consulta de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México: 43 (51.80%) correspondieron al sexo masculino con un rango de edad entre 19 y 79 años y una media de 53.32. En 36 pacientes (43.37%) el nivel de escolaridad fue la educación media; 60 (72.28%) se encontraban desempleados y 82 (98.79%) practicaban la religión católica (cuadro I).

En cuanto a las características del estoma el principal motivo por el que se realizó fue enfermedad neoplásica en 53 pacientes (63.85%), la enfermedad diverticular del colon en nueve (10.85%), la enfermedad inflamatoria intestinal en ocho (9.64%) y por otras causas en 13 (15.66%) (cuadro II). El tiempo de duración del estoma fue de tres a 300 meses, con una media de 51.32.

En relación con el estoma el más frecuente fue la colostomía en 58 pacientes (69.87%) y la ileostomía en 25

**Cuadro I.** Características sociodemográficas

| Variables         | n       | %     |
|-------------------|---------|-------|
| Sexo              |         |       |
| Hombres           | 43      | 51.80 |
| Mujeres           | 40      | 48.20 |
| Edad (años)       |         |       |
| Rango             | 19 a 79 |       |
| Media             | 55.32   |       |
| Escolaridad       |         |       |
| Analfabeta        | 5       | 6.03  |
| Primaria          | 33      | 39.75 |
| Media             | 36      | 43.37 |
| Superior          | 9       | 10.84 |
| Situación laboral |         |       |
| Empleados         | 23      | 27.72 |
| Desempleados      | 60      | 72.28 |
| Religión          |         |       |
| Católica          | 82      | 98.79 |
| Evangélica        | 1       | 1.21  |

(30.13%). En 48 (57.83%) no se efectuó marcaje preoperatorio del sitio del estoma.

El estado del estoma se dividió en bien construido, plano y con retracción. El primero fue el más frecuente, 49 pacientes (59.03%). La piel periestomal se encontró normal en 73 (87.95%).

La consistencia de la materia fecal fue líquida en 11 (13.26%), pastosa en 35 (42.16%) y sólida en 37 (44.58%).

La complicación más frecuente fue la hernia periestomal en 21 (25.30%); en 50 pacientes (60.24%) no se presentaron complicaciones (cuadro II).

La media de la talla fue de 162.26 cm, la media del peso fue de 63.54 kg y la media del índice de masa corporal fue de 24.07 kg/m<sup>2</sup>.

El análisis del cuestionario de Montreux, que incluye tres secciones, permitió recopilar la información siguiente:

- *Sección de autosuficiencia:* 58 pacientes (69.87%) se sintieron totalmente seguros para limpiar el estoma, 63 (75.90%) sentían seguridad total para cambiar o utilizar su dispositivo de recolección, 57 (68.67%) eran capaces de tirar su bolsa; 55 (66.26%) eran totalmente capaces de obtener su bolsa de recambio sin ayuda y 45 (54.21%) se sintieron seguros para pedir consejo o ayuda en caso necesario. La puntuación media obtenida en autosuficiencia fue de 84.9 puntos.
- *Sección calidad de vida:* 58 pacientes (69.87%) expresaron una calidad de vida aceptable para los distintos reactivos, excepto para la actividad sexual pues 50 (60.24%) tenían miedo al olor y a la fuga de materia fecal por la bolsa del estoma. La media de puntuación

**Cuadro II.** Estado y características del estoma de la población estudiada

| Variables                          | n             | %     |
|------------------------------------|---------------|-------|
| Motivo del estoma                  |               |       |
| Neoplasia                          | 53            | 63.85 |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 8             | 9.64  |
| Protección                         | 2             | 2.40  |
| Sepsis anorrectal                  | 2             | 2.40  |
| Enfermedad diverticular del colon  | 9             | 10.85 |
| Otros                              | 9             | 10.85 |
| Tiempo de evolución                |               |       |
| Rango                              | 3 a 300 meses |       |
| Media                              | 51.32 meses   |       |
| Tipo de estoma                     |               |       |
| Colostomía                         | 58            | 69.87 |
| Ileostomía                         | 25            | 30.13 |
| Estado del estoma                  |               |       |
| Bien construido                    | 49            | 59.03 |
| Plano                              | 27            | 32.53 |
| Retracción                         | 7             | 8.44  |
| Piel periestomal                   |               |       |
| Normal                             | 73            | 87.95 |
| Eritema                            | 10            | 12.05 |
| Consistencia de la materia fecal   |               |       |
| Líquido                            | 11            | 13.26 |
| Pastoso                            | 35            | 42.16 |
| Sólido                             | 37            | 44.58 |
| Complicaciones                     |               |       |
| Hernia periestomal                 | 21            | 25.30 |
| Prolapso                           | 5             | 6.03  |
| Retracción                         | 7             | 8.43  |
| Ninguna                            | 50            | 60.24 |

del índice de calidad de vida fue de 73.16%, con una puntuación máxima de 99.18%.

- *Sección de cuestiones generales:* 19 pacientes (22.89%) fueron capaces de olvidarse completamente que tenían un estoma y siete (8.43%) nunca se olvidaban del mismo; 46 (55.42%) aceptaban el estoma, 40 (48.19%) consideraban que podían seguir haciendo las cosas que habitualmente hacían antes de tener el estoma, cinco (6.03%) no aceptaban tener estoma; 55 (66.23%) sentían a sus familiares sensibles a sus problema y 73 (87.95%) encontraron una persona en quien confiar para solicitar ayuda.

La media obtenida para las ocho dimensiones de calidad de vida valoradas en la sección calidad de vida del cuestionario de Montreux (bienestar psicológico, bienestar físico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo del estoma) osciló entre 60.8 y 81.2 puntos (cuadro III).

Las puntuaciones con el cuestionario calidad de vida SF-36 versión 2.0 fueron las siguientes: funcionamiento físico 67.04, papel físico 56.06, dolor físico 68.28 y salud general 57.16, con una media global de 62.14 (cuadro IV). Para los componentes mentales, vitalidad 68.37, función social 71.53, rol emocional 71.48 y salud mental 68.67, con una media global de 70.01 (cuadro V).

**Cuadro III.** Puntuación media en los apartados de la sección de calidad de vida y el índice de vida de Montreux

| Variables                 | Puntos |
|---------------------------|--------|
| Bienestar psicológico     | 76.4   |
| Bienestar físico          | 68.88  |
| Imagen corporal           | 70.5   |
| Dolor                     | 67.4   |
| Actividad sexual          | 60.88  |
| Nutrición                 | 78.17  |
| Preocupaciones sociales   | 81.2   |
| Manejo del estoma         | 79.4   |
| Índice de calidad de vida | 73.16  |

**Cuadro IV.** Componentes físicos del cuestionario SF-36

|         | FF    | PF    | DF    | SG    | PCF   |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Media   | 67.04 | 56.06 | 68.28 | 57.16 | 62.14 |
| DE      | 11.39 | 13.51 | 11.47 | 14.23 | 12.65 |
| Mediana | 70    | 56.25 | 67.5  | 55    | 62.18 |

DE = desviación estándar, FF = funcionamiento físico, PF = papel físico, DF = dolor, SG = salud general, PCF = promedio de los componentes físicos.

**Cuadro V.** Componentes mentales del cuestionario SF-36 versión 2.0

|         | VIT   | FS    | PE    | SM    | PCM   |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Media   | 68.37 | 71.53 | 71.48 | 68.67 | 70.01 |
| DE      | 12.38 | 11.45 | 11.89 | 12.21 | 11.98 |
| Mediana | 68.75 | 75    | 75    | 70    | 72.18 |

DE = desviación estándar, VIT = vitalidad, FS = funcionamiento social, PE = papel emocional, SM = salud mental, PCM = promedio de los componentes mentales.



## Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. En este apartado se analizan a modo de discusión los resultados obtenidos en cada cuestionario aplicado durante el periodo del estudio. Se valoraron los resultados obtenidos tanto en el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos como en el análisis de contenido y se exponen reflexiones finales respecto a las variables aplicadas.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente a la ausencia de enfermedad o discapacidad.

Se ha intentado distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud; lamentablemente en muchos casos estos términos se utilizan indistintamente para referirse a la salud.

La definición amplia de calidad de vida debe incluir múltiples conceptos como ausencia de alteraciones físicas, necesidades personales cubiertas, vida en libertad, derecho al trabajo y al tiempo libre, entre otras. La definición de la Organización Mundial de la Salud indica que calidad de vida es “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí misma una persona en el contexto cultural y de valores en que está inmersa en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su estado de salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que se modificó con posterioridad. También podría definirse a la calidad de vida como “el valor asignado a la duración de la vida y modificado por el daño, estado funcional, la percepción y oportunidades sociales que son influidas por la enfermedad, el daño, el tratamiento o alguna política”. En otras palabras, es el proceso de cuantificar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente y la sensación de sentirse bien.

El cuestionario de salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Para crear el cuestionario se seleccionó el número mínimo de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario cubre ocho escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Las 36 preguntas del instrumento cubren las siguientes escalas: función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un reactivo de

transición sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, que no se utiliza para el cálculo de las escalas pero proporciona información útil.

En decenios anteriores la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se llevaba a cabo mediante métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente con indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.<sup>10,11</sup>

La evaluación de la calidad de vida se ha utilizado en diversas investigaciones dentro de la medicina entre las que destacan la descripción de la naturaleza y el alcance de los problemas funcionales y psicosociales que enfrentan los pacientes en diversas etapas de la enfermedad.

El concepto de salud está fundamentado en un marco biosociológico, socioeconómico y cultural, conforme los valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y la percepción; por lo tanto, la redefinición del concepto de salud es de naturaleza dinámica y multidimensional. De ahí la importancia de medir la calidad de vida, concepto relacionado con el bienestar social y que depende de la satisfacción de las necesidades humanas.

La salud de la población estudiada en ese momento, comparada con la de un año antes, tuvo diferencias importantes: era mejor en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, no puede soslayarse que existe un deterioro en relación con la calidad de vida de la población promedio, principalmente por la naturaleza de la enfermedad que lleva a la realización del estoma (neoplasia, enfermedad inflamatoria intestinal, etcétera).

La función física, descrita como la limitación en las actividades físicas por el estado de salud del paciente, permitió observar que la limitante fue mayor en las actividades vigorosas, pero con mínima limitación en las actividades moderadas y nada en las actividades leves.

Los resultados permitieron observar muchas limitantes respecto al papel físico, definido por los problemas con el trabajo y la limitación en otras actividades diarias normales. Es importante hacer énfasis en que la mayoría de la población estudiada estuvo integrada por personas de la tercera edad.

El dolor es una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable asociada con daño real o potencial del tejido. Esta definición acentúa la naturaleza subjetiva y psicológica del dolor. Se propone que el dolor se debe entender como una reacción somática que implica una sensación corporal similar a una amenaza, lo que produce incomodidad y otras emociones negativas. Los aspectos físicos y psicológicos en

la vida del paciente que se ven afectados son la habilidad en el trabajo o en el desarrollo de actividades de la vida diaria, así como en los patrones de sueño y en el estado emocional (depresión, ansiedad, estrés). Los pacientes expresaron que era de moderado a leve y que esto no afectaba de forma significativa sus actividades cotidianas.

El estado de salud general que expresó la población estudiada fue bueno, aun cuando en su mayoría se trataba de pacientes con enfermedad terminal.

La vitalidad de la población se encontró en el rango de buena a muy buena; los pacientes indicaron sentirse un poco agotados, pero con energía casi siempre.

La función social se afectó en un pequeño porcentaje de pacientes, principalmente en el área de trabajo, sin embargo, no deterioró las relaciones familiares.

Respecto al ámbito emocional, el grupo estudiado expresó que el tiempo que dedicaba al trabajo disminuyó, así como que en ocasiones no podía hacer todo lo que le hubiera gustado o con el mismo cuidado con que lo hacía antes.

La salud mental de los pacientes se vio afectada en un pequeño porcentaje, porque se sentían nerviosos, sin ánimo para realizar actividades, intranquilos y un poco tristes.

La calidad de vida de los pacientes ostomizados de la Unidad de Coloproctología del Hospital General fue buena al

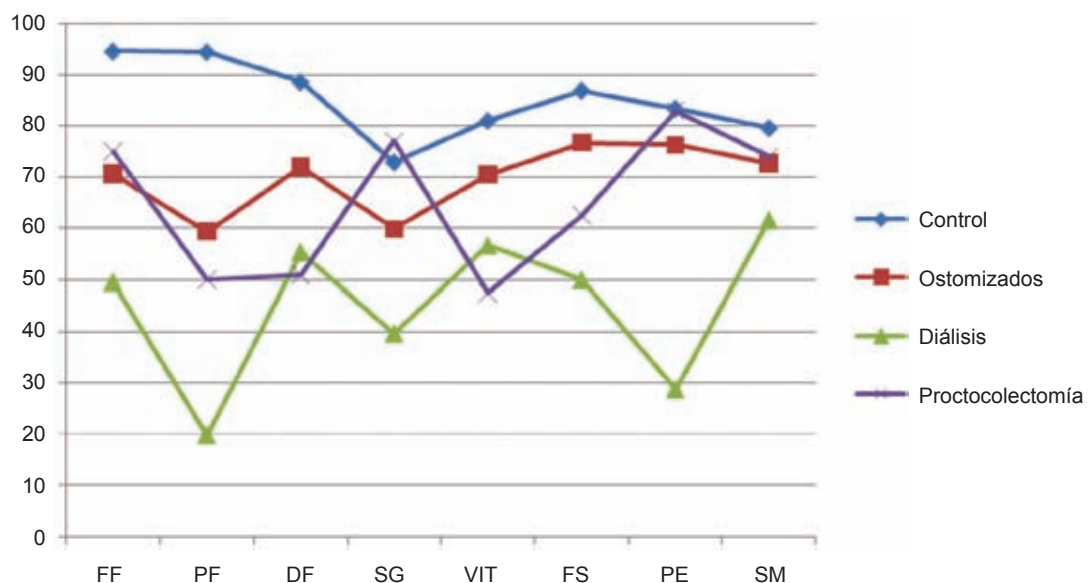
compararla con la calidad de vida de una población patrón normal (o con normalidad según Ware<sup>3</sup>) y con población con otras enfermedades o cirugías (figura 1),<sup>7,12,13</sup> es decir, tuvo una media de 50% y una desviación estándar de 10, no tan debajo de ésta, excepto en el papel físico y en la salud general.

## Conclusiones

Según el análisis de los resultados de los cuestionarios de salud aplicados la calidad de vida de la población estudiada fue buena, aceptable de acuerdo con el estándar de la calidad de vida. El miedo a la fuga de material fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez fueron responsables de la disminución en el índice de la calidad de vida.

El cuestionario de salud general SF-36 y el cuestionario específico de Montreux mostraron, como en otras investigaciones, una buena discriminación y aportaron suficiente evidencia sobre su confiabilidad, validez y sensibilidad para la evaluación de la calidad de vida.

Es importante mencionar que las mejoras en la calidad de vida de estos pacientes pueden deberse a la existencia de medidas educacionales y terapéuticas, así como al seguimiento multidisciplinario que la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México proporciona a los enfermos.



**Figura 1.** Calidad de vida de los pacientes ostomizados de la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. FF = funcionamiento físico, PF = papel físico, DF = dolor, SG = salud general, VIT = vitalidad, FS = funcionamiento social, PE = papel emocional, SM = salud mental.

### Referencias

1. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004;76:71-76.
2. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on July 1946 by the representatives of 61 states (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100). Disponible en <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
3. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
4. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000;25:3130-3139.
5. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Management* 2003;49:48-55.
6. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995;104:771-776.
7. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Sal Publica Mex* 1999;41:110-118.
8. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el formato corto 36. *Sal Publica Mex* 2004;46:306-315.
9. Barbero JFJ, Martín CFJ, Galbis VV, García LJ. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Invest* 2004;7:1-10.
10. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Gaietà PM, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 en español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19:135-150.
11. McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey: III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40-66.
12. Sandoval-Jurado L, Ceballos-Martínez ZI, Navarrete-Novelo C, González-Hernández F, Hernández-Colín V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45:105-109.
13. Chang DF, Takeuchi DT, Shen H. SF-36 health survey: test of data quality, scaling assumptions, and reliability in a community sample of Chinese Americans. *Med Care* 2000;38:542-548.