

GÓMEZ PORCEL, ASCENSIÓN; BARBERÀ RUIZ, SUSANA; IZQUIERDO REYES, LAURA; BAÑOS BAÑOS, CARMEN
Hospital Clínico de Barcelona

Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL

RESUMEN

La calidad de vida constituye un reto fundamental para la población mundial y cuenta con un impacto significativo y concreto en los planes de salud. Es competencia enfermera evaluar la calidad de vida para mejorar el estado de salud del paciente.

Palabras clave: calidad de vida, estomía, competencia clínica.

SUMMARY

Quality of life constitutes a basic challenge for the world population and it has a significant and specific impact on health plans. It is a nurse competence to evaluate the quality of life to improve the state of health of the patient.

Keywords: quality of life, stomy, clinical competence.

Objetivo: Conocer y evaluar la calidad de vida de los pacientes con estoma urinario. **Material y método:** Estudio retrospectivo de 54 pacientes intervenidos en nuestro centro de cistectomía radical con derivación urinaria no continente tipo Bricker entre diciembre de 2008 y diciembre de 2009. Realización del cuestionario Stoma-QoL mediante llamada telefónica sin aviso previo a los seis meses de la realización del estoma. Se consideraron tres niveles de medición: buena calidad de vida, moderada calidad de vida y mala calidad de vida. Los ítems del cuestionario nos dan información sobre los dominios que rigen los patrones funcionales descritos por M. Gordon. **Resultados:** Respondieron el cuestionario el 68% (n = 37) de la muestra. De ellos, el 95% (n = 35) obtuvo un índice correspondiente a una buena calidad de vida. El 5% restante (n = 2) obtuvo un índice que expresa moderada calidad de vida. Ningún paciente obtuvo un índice de mala calidad de vida. No se ha evaluado el 13% (n = 7) por defunción y el 19% (n = 10) por imposibilidad de localización. **Conclusiones:** La calidad de vida a los 6 meses del cambio de patrón de eliminación urinaria en pacientes encuestados (n = 37) con conducto ileal, es buena en un 95% (n = 35) y moderada en un 5% (n = 2). Por tanto, la derivación urinaria no continente tipo Bricker es una opción de tratamiento para el cáncer vesical que mantiene una calidad de vida aceptable.

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida aparece en debates públicos y siempre relacionado con el medio ambiente. Es en los años 80 cuando el término se desarrolla e incluye variables de análisis tanto objetivas como subjetivas. Entendemos como variable objetiva el desarrollo y bienestar social de un país y como variable subjetiva la forma de sentir, pensar y expectativas del individuo. Se engloban todos los aspectos de la vida, físico, social y psicológico. La calidad de vida tiene su máxima expresión en la dimensión relacionada con lo físico, en concreto con la salud. El objetivo sanitario y social en la actualidad es el de aumentar la expectativa de vida y la calidad de vida. Esto último constituye un reto fundamental para la población mundial y cuenta con un impacto significativo y concreto en los planes de salud.

Según la OMS, la calidad de vida es: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno» (1964) (<http://www.who.int/publications.es>) (1).

En la literatura revisada parece existir consenso en cuanto a que la medición de calidad de vida aporta conocimiento y, por tanto, mejora la atención del paciente y los programas de atención integral (bio-psico-social). Enfermería utiliza la información, el conocimiento, con el fin de mejorar sus actividades para y por el paciente. Es un conocimiento esencial. Los diagnósticos de enfermería, sus intervenciones y actividades, así como su evaluación no son suficientes, por lo que el trabajo enfermero debería abarcar mucho más. El mantenimiento de un estado de salud óptimo es competencia enfermera. La medición de calidad de vida permite una evaluación a largo plazo y, como consecuencia, una garantía de ese estado de salud prolongado.

Según la Ley 44/2003, Ordenación de las profesiones sanitarias, noviembre de 2003, artículo 7 apartado a) Enfermeros: Corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. (www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf) (2).

La persona con un estoma urinario convive a diario con diversas dificultades y obstáculos en el camino del bienestar. La enfermedad le coloca en una situación de adversidad ante la vida. Los cambios anatómicos, los cambios del estilo de vida, los déficit funcionales y físicos obligan a adaptarse a nuevas condiciones con la finalidad de lograr el máximo bienestar. El llevar un estoma urinario supone una distorsión de la imagen corporal. Implica un fuerte impacto emocional y un deterioro de la autoestima. Otro factor importante a considerar es la disfunción sexual secundaria a la cirugía radical, que cuenta con una incidencia elevada tanto en hombres como en mujeres.

Añadiremos los problemas relacionados con la bolsa colectora, el miedo a que se note bajo la ropa, el mal ajuste de los dispositivos que provoca fugas de orina y malos olores. El escaso conocimiento que posee sobre los cuidados del estoma y la pérdida de control de su eliminación urinaria, pueden provocar situaciones de ansiedad y estrés. Se requiere un proceso complejo y continuo de aprendizaje.

Tanto la enfermería como el resto de profesionales sanitarios compartimos la creencia de que el estado de salud de una persona no depende únicamente del buen funcionamiento de sus órganos, sino más de la forma en que vive cada día con su enfermedad. Así pues, es práctica de enfermería eva-

luar la calidad de vida para mejorar el estado de salud del paciente.

A LOS PACIENTES SELECCIONADOS SE LES REALIZÓ POR TELÉFONO, Y SIN AVISO PREVIO, LA ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA «STOMA-QoL» UNA VEZ. EL INTERVALO ENTRE LA REALIZACIÓN DEL ESTOMA Y LA RESPUESTA DEL CUESTIONARIO FUE DE 6 MESES

OBJETIVO

Conocer y evaluar el índice de calidad de vida de los pacientes con cambio de patrón de eliminación urinaria secundario a cistectomía radical más reconstrucción tipo Bricker por tumor vesical.

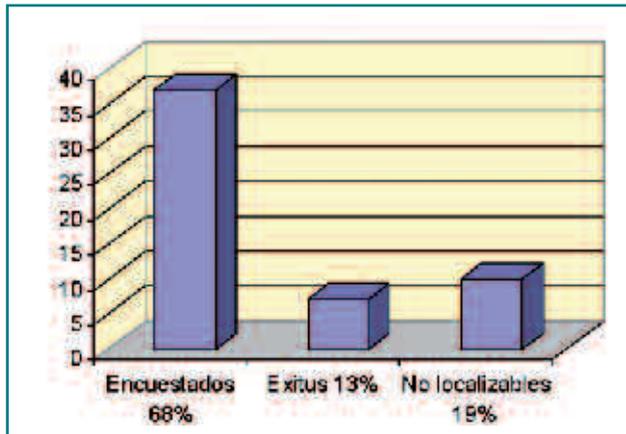
MATERIAL Y MÉTODO

Para la ejecución del estudio hemos seleccionado 54 pacientes consecutivos intervenidos de cistectomía radical por cáncer vesical con derivación urinaria no continente tipo Bricker, realizadas en nuestro servicio entre diciembre de 2008 y diciembre de 2009. A los pacientes seleccionados se les realizó por teléfono, y sin aviso previo, la encuesta de calidad de vida «Stoma-QoL» (11) una vez. El intervalo entre la realización del estoma y la respuesta del cuestionario fue de 6 meses.

El cuestionario está desarrollado en el año 2001 y validado para su uso en estudios de calidad de vida para personas portadoras de estoma de eliminación. Permite valorar y evaluar el índice de calidad de vida, aportando evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Proporciona indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y satisfacción del paciente. Son datos subjetivos, perceptivos de cada individuo. Consta de 20 preguntas con opción a 4 respuestas que se valoran con puntuación de 1 a 4. Las opciones son: jamás (4 puntos), raras veces (3 puntos), algunas veces (2 puntos) y siempre (1 punto). La puntuación final calculada nos aporta un porcentaje del 80%, por lo que se debe sumar al total un 20% para conseguir el 100% de la tabulación. Sobre este total se consideraron tres niveles de medición: buena calidad de vida (resultado de 70 – 100%), moderada calidad de vida (resultado de 30 – 70%) y mala calidad de vida (resultado de 0 – 30%).

Los ítems del cuestionario nos informan sobre los dominios que rigen los patrones funcionales descritos por M. Gordon. «Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo» (www.nipe.enfermundi.com) (3). Los patrones funcionales son: Patrón 1 Percepción – Manejo de la salud. Patrón 2 Nutricional – Metabólico. Patrón 3 Eliminación. Patrón 4 Actividad – Ejercicio. Patrón 5 Sueño – Descanso. Patrón 6 Cognitivo – Perceptual. Patrón 7 Auto-percepción – Autoconcepto. Patrón 8 Rol – Relaciones.

Gráfico 1
Distribución de población encuestada



LOS PACIENTES DE NUESTRO ESTUDIO HAN VERBALIZADO QUE EL PAPEL DE LA ENFERMERA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO Y AL ALTA HA SIDO FUNDAMENTAL EN SU PROCESO DE APRENDIZAJE, DOMINIO, MANEJO, AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN A SU NUEVA SITUACIÓN

Patrón 9 Sexualidad – Reproducción. Patrón 10 Adaptación – Tolerancia al estrés. Patrón 11 Valores – Creencias.

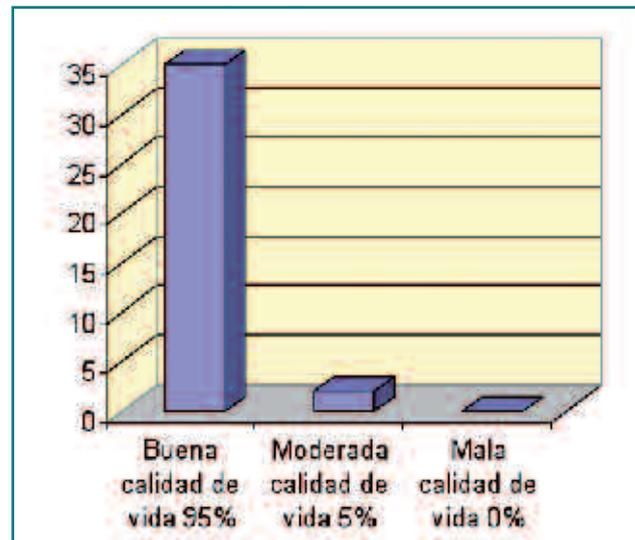
Entendemos por buena calidad de vida cuando los patrones funcionales se conservan, a excepción del patrón de eliminación urinaria. El impacto de la urostomía en su vida cotidiana es mínimo. Por moderada calidad de vida cuando existen 3 o menos patrones funcionales alterados. La urostomía es un hándicap en su vida diaria. Por mala calidad de vida cuando existen más de 3 patrones funcionales alterados. La urostomía es un grave problema en su vida. Interfiere y dificulta las diferentes actividades de la vida diaria.

RESULTADOS

La edad de los pacientes en el momento de la intervención fue de 72 años (51-84). El 80% (n = 45) fueron varones y el 20% (n = 11) mujeres. El 19% (n = 10) de los pacientes no se pudo evaluar por imposibilidad de localización. El 13% (n = 7) de los pacientes no se pudo evaluar por defunción (gráfico 1).

A los seis meses de la intervención quirúrgica respondieron el cuestionario el 68% (n = 37) de la muestra. De ellos el 95% (n = 35) obtuvo un índice que expresa una buena calidad de vida. El 5% restante (n = 2) obtuvo un índice que expresa moderada calidad de vida. Ningún paciente obtuvo un índice de mala calidad de vida (gráfico 2).

Gráfico 2
Resultados del cuestionario Stoma-QoL a los 6 meses de la intervención quirúrgica



DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio reflejan que, tras 6 meses de manejo del estoma, el total de los pacientes mantiene una buena o moderada calidad de vida.

En la literatura revisada encontramos otros estudios referidos a calidad de vida en pacientes cistectomizados con derivación urinaria no continente:

El estudio de Gerharz EW. et al. (4) concluyó que los pacientes con derivación continente tienen una puntuación de la fuerza física, capacidad mental, actividades de tiempo libre y competencia social superior a los ostomizados y que por tanto su calidad de vida es superior. No obstante, estos resultados no indican la calidad de vida de los ostomizados y por tanto no podemos compararlo con nuestro estudio. No se refleja el índice de calidad de vida de la derivación no continente.

El estudio de Mäkelä JT. et al. (5) concluyó que el 74% de 156 pacientes estudiados durante 8 años se adaptaron al estoma, pero que su calidad de vida estaba afectada por las complicaciones derivadas del mismo. Sus resultados se acercan a los nuestros en cuanto a adaptación al estoma. Sin embargo, los resultados en cuanto a calidad de vida son diferentes. Su estudio abarca un plazo de tiempo muy amplio que ha dado lugar a que aparezcan complicaciones del estoma que han afectado, según ellos de forma grave, la calidad de vida.

El estudio de Chadwick DJ. and Stower MJ. (6) concluyó que en el 83% de 41 pacientes se observó una mejora en la calidad de vida desde su derivación urinaria. El 90% continuó ejerciendo sus actividades de la vida diaria sin problemas. Estos resultados son similares a los que hemos obtenido. Los pacientes de nuestra serie también verbalizaron una mejora de su calidad de vida después de la cistectomía. Además, a los seis meses de la realización del estoma continúan

ejerciendo sus actividades de la vida diaria sin problemas. Encontramos diferencias en cuanto a la adaptación al estoma. Chadwick DJ. (6) explica que una de las dificultades fue las fugas de orina. Los pacientes de nuestro estudio verbalizaron no tener este problema con el dispositivo.

El estudio de Burch J. (7) muestra que el papel de la enfermera en el proceso de cambio del paciente ostomizado es discutible. Los pacientes de nuestro estudio han verbalizado que el papel de la enfermera durante el ingreso hospitalario y al alta ha sido fundamental en su proceso de aprendizaje, dominio, manejo, afrontamiento y adaptación a su nueva situación.

En nuestro estudio, la calidad de vida se consigue transcurridos los 6 meses después de la cirugía y construcción del estoma. Insistimos en que el papel de la enfermera es fundamental. Los cuidados iniciales de la enfermera asistencial y la rápida incorporación del paciente en el proceso de aprendizaje potenciarán la futura evolución bio-psico-social para alcanzar esa calidad de vida que esperamos. La prestación de cuidados ha de ser precoz, en el momento que el estado general del paciente lo permita.

Los cuidados han de incluir vigilancia de la evolución del estoma y la detección de posibles complicaciones. Familiarizar al paciente y cuidador principal con el estoma. Intentar incorporarlos en el proceso de la cura y conseguir que al menos uno de ellos realice el procedimiento de cambio de dispositivo completo antes del alta hospitalaria, siempre en presencia de la enfermera. Facilitar la verbalización de dudas, miedos y temores con escucha activa y relación de ayuda. Favorecer las visitas al paciente modificando si es preciso el horario de las curas y de aprendizaje. Programar tiempo para realizar la educación sanitaria y evaluar su efectividad. Planificar al alta una continuidad en los cuidados con personal experto. Proporcionar el contacto con otros grupos de apoyo sociales (asociaciones de ostomizados, casas comerciales...). Dar al paciente la información escrita disponible (alta de enfermería, díptico de cuidados, set de urostomía, teléfonos de contacto).

El cambio de un patrón funcional, en este caso el de eliminación urinaria, altera el resto de patrones. Es competencia enfermera proporcionar cuidados e información para minimizar los efectos secundarios del cambio. Para poder intervenir es necesario el uso de herramientas de medición. En esta dirección, conocer la calidad de vida emerge como un concepto clave en enfermería y en el contexto sanitario en general. Así pues, en nuestra práctica de enfermería asistencial estos datos nos ayudan a potenciar los cuidados que realizamos a diario y también a desarrollar nuevos planes de mayor ambición.

CONCLUSIÓN

La calidad de vida a los 6 meses del cambio de patrón de eliminación urinaria en pacientes encuestados ($n = 37$) con conducto ileal es buena en un 95% ($n = 35$) y moderada en un 5% ($n = 2$). Por tanto, la derivación urinaria no continente tipo Bricker es una opción de tratamiento para el cáncer vesical que mantiene una calidad de vida aceptable.

Reiteramos que es tarea de la enfermera incluir la promoción del bienestar a través de diferentes intervenciones, con el fin de conseguir una calidad de vida lo más razonable posible. Alcanzar una calidad de vida óptima es fundamental para el cuidado de la salud.

Creemos que no se puede hablar de calidad de vida sin preguntar a las personas en cuestión. Conocer su opinión respecto a su calidad de vida permite analizar las posibles intervenciones a realizar, además de mejorar la eficacia profesional a través de la medición. Si trabajamos en este campo, podremos lograr calidad de vida, y en definitiva que la persona viva feliz a pesar de su problema y/o enfermedad. Hemos de luchar por poder ofrecer al paciente la oportunidad de sentirse libre y conseguir la adaptación al nuevo patrón de eliminación urinaria. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, sede web. <http://www.who.int/publications.es>
2. Boletín Oficial del Estado. www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf
3. Proyecto Nipe. http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccu-ri/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
4. Gerharz EW., Weingärtner K., Dopatka T., Köhl UN., Basler HD., Riedmiller HN. Quality of life after cystectomy and urinary diversion: results of a retrospective interdisciplinary study. Department of Urology, Philipps University Medical School, Marburg, Germany. 1997 Sep. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9258080
5. Mäkelä JT., Turku PH., Laitinen ST. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. Department of Surgery, Oulu University Hospital, Finland. 1997. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9474424
6. Chadwick DJ., Stower MJ. Life with urostomy. Department of Urology, Royal Infirmary Hospital, Bristol. 1990. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2317655
7. Burch J. Exploring the conditions leading to stomal surgery. St Mark's Hospital, Harrow, Middlesex. 2005. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15750510
8. Boyle, C. (1997). Measuring the quality of later life. *Rev. Soc. Lond*, 352, 1871-1879.
9. Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid, Rialp.
10. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería IX* (2): 9-21.
11. Coloplast. [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/\(VIEWDOCSBYID\)/6848DB7DD4534E34C12575EE004A2544?opendocument&unid=6848DB7DD4534E34C12575EE004A2544](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/(VIEWDOCSBYID)/6848DB7DD4534E34C12575EE004A2544?opendocument&unid=6848DB7DD4534E34C12575EE004A2544)