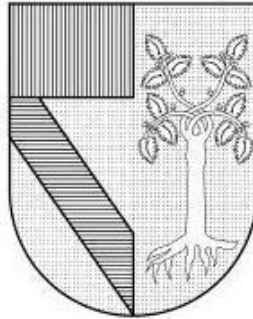


# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

---

---

## Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería



**El poder de la educación a pacientes con estomas intestinales: un  
camino hacia una mejor calidad de vida**

TESINA

QUE PRESENTAN

**PAULINA MORALES LÓPEZ  
ANA KARINA ZAMUDIO RODRIGUEZ  
CONCEPCIÓN MONTSERRAT CERVANTES RODRIGUEZ**  
PARA OBTENER EL GRADO DE:

***MAESTRÍA EN TERAPIA DE HERIDAS, ESTOMAS Y QUEMADURAS***

DIRECTOR:

**Dra. María Reyna Sámano Sámano**

CO-DIRECTOR:

**Mtra. Blanca Estela López Hernández**

## Índice

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Antecedentes</b> .....	8
<b>Marco teórico</b> .....	16
<b>Concepto de estoma</b> .....	16
<b>Componentes de un estoma</b> .....	16
<b>Anatomía del sistema gastrointestinal</b> .....	17
<b>Tipos de estomas (clasificaciones)</b> .....	18
<b>Características normales de cada tipo de ostomía</b> .....	22
<b>Procedimiento quirúrgico para la realización de estomas</b> .....	22
<b>Etiología de los estomas</b> .....	23
<b>Cáncer colorrectal</b> .....	23
<b>Enfermedad inflamatoria intestinal</b> .....	24
<b>Isquemia mesentérica</b> .....	24
<b>Complicaciones de estomas</b> .....	24
<b>Nutrición en pacientes con ostomías</b> .....	26
<b>Epidemiología</b> .....	28
<b>Recomendaciones para las ostomías</b> .....	29
<b>Seguimiento del paciente ostomizado</b> .....	30
<b>Educación</b> .....	31
<b>Intervención Educativa</b> .....	31
<b>Calidad de vida</b> .....	33
<b>Planteamiento del problema</b> .....	34
<b>Justificación</b> .....	35
<b>Objetivo General</b> .....	36
<b>Objetivos Específicos</b> .....	36
<b>Hipótesis</b> .....	37
<b>Pregunta de investigación</b> .....	37
<b>Metodología</b> .....	38
<b>Diseño</b> .....	38
<b>Criterios de inclusión y estudios seleccionados</b> .....	38
<b>Fuentes de búsqueda</b> .....	39

<b>Estrategia de búsqueda</b> .....	40
<b>Análisis, organización e interpretación de resultados</b> .....	42
<b>Evaluación de la calidad</b> .....	42
<b>Aspectos éticos</b> .....	42
<b>Resultados</b> .....	43
<b>Datos generales</b> .....	43
<b>Intervenciones directas y periodo de intervención</b> .....	44
<b>Intervenciones digitales o en línea y su efectividad</b> .....	44
<b>Los instrumentos para evaluar calidad de vida</b> .....	45
<b>Calidad de las fuentes de información</b> .....	46
<b>Principales dimensiones que influyen indirectamente a una mejoría en la calidad de vida</b> .....	46
<b>Tabla 3 A. Cuadro de análisis de los artículos seleccionados.</b> .....	47
<b>Tabla 3 A. Cuadro de análisis de los artículos seleccionados. Continuación 1</b> .....	48
<b>Tabla 3 A. Cuadro de análisis de los artículos seleccionados. Continuación 2</b> .....	49
<b>Tabla 3B. Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación.</b> .....	50
<b>Tabla 3B. Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación. Continuación 1</b> .....	51
<b>Tabla 3B. Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación. Continuación 3</b> .....	52
<b>Discusión</b> .....	53
<b>Datos generales</b> .....	53
<b>Intervenciones directas y periodo de intervención</b> .....	54
<b>Intervenciones digitales y su efectividad</b> .....	56
<b>Los instrumentos que evalúan calidad de vida más usados</b> .....	57
<b>Calidad de las fuentes de información</b> .....	57
<b>Principales dimensiones que influyen indirectamente a una mejoría en la calidad de vida</b> .....	58
<b>Herramientas para evaluar Calidad de Vida</b> .....	60
<b>Fortalezas y limitaciones</b> .....	61
<b>Implicaciones clínicas</b> .....	61
<b>Conclusiones</b> .....	62
<b>Recursos:</b> .....	62
<b>Anexos</b> .....	63
<b>Anexo 1. Comparación de cuestionarios estandarizados</b> .....	63

<b>Anexo 2. Evaluaciones de Artículos .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexo 3. Tabla de abreviaturas .....</b>	<b>69</b>
<b>Bibliografía: .....</b>	<b>70</b>

## Resumen

**Introducción.** La ostomía es una práctica común en respuesta a problemas de salud pública como algún tipo de cáncer en el tubo digestivo. Las personas que experimentan ostomías tienden a modificar su estilo y calidad de vida. Actualmente, las estrategias educativas están enfocadas al cuidado de los estomas; es incierto el efecto de la educación sobre la calidad de vida de los pacientes ostomizados después de la intervención.

**Objetivo.** Analizar los principales tipos de intervenciones educativas dirigidas a pacientes ostomizados.

**Metodología.** Se trata de una revisión de alcance, con una búsqueda estratégica en cuatro diferentes bases de datos: PubMed, Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), con las siguientes palabras clave: “calidad de vida”, “ostomía” y educación”. Se utilizó la metodología PRISMA, se efectuaron cuadros de análisis considerando entre otras características, la intervención educativa y como desenlace la calidad de vida post-ostomía. Además se evaluó la calidad de las publicaciones, todos los estudios fueron originales.

**Resultados.** Se analizaron 11 estudios originales: de cohorte, transversales, cuasi experimentales, controlados aleatorizados y retrospectivos. Los principales países que reportan sobre el tema son de Europa y Asia. La educación estructurada y presencial con uso de herramientas complementarias/combinadas tuvo un mayor efecto que la tradicional. Las estrategias digitales para educar/orientar al paciente tuvieron resultados significativos en una mejor calidad de vida posterior a la cirugía. El autocuidado y autoconocimiento aumentaron y con ello incrementó el puntaje de calidad de vida para los pacientes. Los hallazgos permitieron una visión más clara sobre las intervenciones educativas disponibles y su impacto potencial en la calidad de vida de las personas ostomizadas. La calidad de las publicaciones tuvieron puntajes entre 11 a 13 puntos de 14.

**Conclusiones.** Las intervenciones que combinan más de dos técnicas suelen ser más efectivas que las que usan una sola (tradicional). La calidad de las publicaciones

tuvo buena calidad. Sin embargo, se requiere del desarrollo e implementación de ese tipo de estrategias educativas que mejoren la calidad de vida de las personas que experimentan una ostomía.

## **Abstract**

**Introduction.** The ostomy is a common practice in response to public health problems such as some types of cancer in the digestive tract. People who experience ostomies tend to modify their style and quality of life. Currently, educational strategies are focused on stoma care; but the effect of education on the quality of life of ostomy patients after the intervention is uncertain.

**Objective.** Analyze the main types of educational interventions aimed at ostomy patients.

**Methods.** This is a scoping review, with a strategic search in four different databases: PubMed, Google Scholar, Virtual Health Library (VHL) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), with the following keywords: "quality of life", "ostomy" and education". The PRISMA methodology was used, analysis tables were made considering, among other characteristics, the educational intervention and as an outcome the post-ostomy quality of life. In addition, the quality of publications, all of the studies were original.

**Results.** In this scoping review 11 original studies were analyzed: cohort, cross-sectional, quasi-experimental, randomized controlled and retrospective. The main countries that report on the topic are from Europe and Asia. Structured and in-person education with the use of complementary/combined tools had a greater effect than traditional education. Digital strategies to educate/guide the patient had significant results in improved quality of life after surgery. Self-care and self-knowledge increased and with it the quality of life score for patients increased. The findings allowed a clearer view on the educational interventions available and their potential impact on the quality

of life of ostomized people. The quality of the publications had scores between 11 to 13 points out of 14.

**Conclusions.** Interventions that combine more than two techniques are usually more effective than those that use only one (traditional). The quality of the publications was good. However, it is required the development and implementation of these types of educational strategies to improve the quality of life of people who experience an ostomy.

## Antecedentes

La información de estudios de revisión disponible del papel del conocimiento, información, educación/orientación y calidad de vida en personas con ostomías intestinales se ha analizado en países como Estados Unidos[1], Dinamarca e Inglaterra. La principal etiología de las ostomías intestinales, como las colostomías es por cáncer de colon, el cual refleja una alta incidencia en su uso [2] en Dinamarca [3] y en Inglaterra. Asimismo, los tratamientos disponibles, como los tópicos en polvo para el pioderma gangrenoso, no han demostrado una eficacia concluyente [1]. Tampoco resulta claro el impacto que tiene la educación del personal de salud, pacientes y/o familiares en los resultados clínicos, del mismo modo, no se ha definido con certeza el papel del tipo de estoma, ya sea temporal o permanente [4], ni cómo influyen los factores económicos, sociales y emocionales sobre la calidad de vida de las personas con ostomías intestinales [5]. Algunas variables sociodemográficas como la edad avanzada, ser mujer y el exceso de peso han sido identificadas como factores de riesgo para el desarrollo de hernia paraestomal [6], lo cual puede afectar negativamente la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal.

Probablemente una de las razones de no concluir los desenlaces y los diferentes factores de riesgo para una calidad de vida deficientes en personas con ostomías intestinales es que muchas de ellas tienen la limitación de que fueron ejecutados con herramientas con una estandarización incierta y los métodos para evaluar la calidad de vida fueron diferentes, lo que dificulta la comparación entre investigaciones [3] y no se observa un enfoque centrado en las necesidades y características específicas de los pacientes ostomizados [7] (**Ver tabla 1**). Diferente, a lo anterior, en Italia destacó la creación de las primeras guías que ofrecen recomendaciones claras y basadas en evidencia para el manejo quirúrgico de estomas enterales en adultos, con el objetivo de mejorar la atención médica y quirúrgica, reducir complicaciones y optimizar la calidad de vida de los pacientes ostomizados [8]; pero este sólo se enfoca a profesionales de la salud, y no toma en cuenta la información y educación de los familiares o pacientes para mejorar la calidad de vida. Únicamente se localizó una revisión sistemática realizada en Estados Unidos, que incluyó 40 estudios, donde se concluyó que el uso de dispositivos para la incontinencia puede mejorar la calidad de vida en pacientes ostomizados [1].

En resumen, la información actual sobre la calidad de vida en personas ostomizadas no está completamente definida, ya que existen múltiples factores intervinientes: peso corporal, sexualidad, perspectiva futura, bienestar físico, psicológico, social y espiritual, que pueden influir negativamente. Esto, a su vez, puede dificultar el bienestar general del paciente e impedir su adecuada reintegración a la sociedad. Lo anterior deja una brecha de incertidumbre acerca del papel de la orientación, educación e información que previo a la ostomía reciben los pacientes, familiares y demás cuidadores sobre la calidad de vida post-ostomía. Ver anexo 1 **tabla 1A y 1B**.

**Anexo 1. Tabla 1A. Estudios que fundamentan la revisión de alcance**

Autor/Año/País	Título artículo	Diseño	Objetivo	Criterios de búsqueda
Pachler J., et al./ 2012/Dinamarca [4]	Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy	Sistemática	Comparar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de recto que tienen una colostomía permanente con la de aquellos que no la tienen.	Publicaciones indexadas en PUBMED, EMBASE, LILACS, COCHRANE..
Kjærgaard Danielsen A. / 2013/ Dinamarca [2]	Life after stoma creation	Mixto, entrevistas cualitativas y dos revisiones sistemáticas de la literatura	Explorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con estoma y cómo influye la educación que reciben.	SD
Vonk-Klaassen S.M.,et al. . / 2016 [5]	Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review	Sistemático	Analizar investigaciones que describan las dificultades que enfrentan los pacientes ostomizados y el impacto que	PubMed (MEDLINE), CINAHL, Cochrane Library y PsycINFO: Colostomías, Problemas relacionados con la ostomía, Calidad de vida

			tienen en cómo perciben su calidad de vida a largo plazo.	
Malik TAM, et al./ 2018/Inglaterra [3]	The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials	Sistemática	Proporcionar una síntesis detallada de todos los datos existentes sobre las complicaciones asociadas a los estomas.	PubMed CINAHL Cochrane: Estoma, Ileostomía, Colostomía, Complicación, Revisión sistemática
Ferrara F., et al. (MISSTO)/ 2019/ Italia [8]	Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults	Sistemática	Desarrollar guías para el manejo práctico de los estomas enterales y urinarios en personas adultas.	Cochrane Database of Collected Reviews, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute For Clinical Excellence Guideline, Johanna Briggs Institute, Registered Nurses' Palabras de búsqueda: "stoma preparation", "stoma creation", "stoma complications", "stoma care", and "stoma reversal" (only for enteral stomas)

Niu N., et al. / 2022/ China [6]	Risk factors for the development of a parastomal hernia in patients with enterostomy: a systematic review and meta-analysis	Sistemática	Ofrecer una referencia clara sobre los factores de riesgo de la hipertensión pulmonar (HP).	PubMed, Cochrane Library, Web of Science y CINAHL en inglés y CNKI Data, Wan Fang Data y China Biology Medicine disc en chino: "enterostomía", "factor de riesgo" "hernia parastomal"
Valdemar Skibsted C, et al /2022/ Gran Bretaña [7]	Patient reported outcome measures assessing quality of life in patients with an intestinal stoma: A systematic review.	Sistemático	Identificar todos los instrumentos de resultado reportado por los pacientes (PROM) que evalúan la CVRS u otros aspectos relacionados con un estoma intestinal, y analizar qué tan validados están.	MedLine, Embase, CINAHL y Cochrane Library: medidas de resultado informadas por los pacientes, calidad de vida, estoma, revisión sistemática, validación
Kaur M., et al./ 2024/ Estados Unidos [9]	Topical corticosteroid powder for peristomal pyoderma gangrenosum: a systematic review	Sistemática	Analizar si los polvos tópicos con corticosteroides son seguros y efectivos para el tratamiento del pioderma gangrenoso periestomal.	PubMed Scopus y Embase: Cápsulas, Corticoesteroides, Triturado, Periestomal, Pioderma gangrenoso, Polvos, Comprimido
Dourado J., et al./ 2024/ Estados Unidos[1]	Ostomy continence devices: a systematic review of the literature and meta-analysis	Sistemática y metaanálisis	Evaluar la eficacia de los dispositivos utilizados en la incontinencia de ostomía y su	PubMed, Scopus, Google Scholar: dispositivo, tapón, electrodoméstico, estoma, ostomía, ileostomía

			impacto en la continencia y la calidad de vida del paciente.	
--	--	--	--	--

<b>Anexo 1. Tabla 1.B Estudios que fundamentan la revisión de alcance, exposición y desenlace</b>			
Num. de sujetos/estudios	Exposición	Calidad de vida	Conclusión
69	Colostomía pendiente la variable de exposición: Permanente Temporal	CV. Instrumento: QoL	No es contundente la mejoría o empeoramiento de la CV
6	Educación Estomas	CV: Q-5D(dimensiones físicas, psicológicas y sociales) SF-36 (Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general,	La educación del paciente respecto a su estoma tiene efectos positivos tanto en su calidad de vida como en los costos asociados.

		Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental)	
14	Ostomías: problemas o condiciones asociados: económicos, emocionales, actividades de la vida diaria, familiares.	CV Instrumentos: EORTC C30(ámbito emocional) /CR38 (síntomas y efectos secundarios del tratamiento, imagen corporal, sexualidad y perspectiva futura), MCOH QOL (bienestar físico, psicológico, social y espiritual), Stoma QoL (CV)	La colostomía tiene un impacto negativo en CV. A pesar de esta conclusión es necesario realizar más investigaciones para identificar los problemas y las necesidades de los pacientes.
18	---	Incidencia de morbilidad	Alta incidencia de complicaciones relacionadas con el estoma (%), Falta de estandarización en las definiciones y metodologías.
SD	Educación al personal de salud.	Prácticas inocuas en el manejo quirúrgico	Primeras guías italianas para el manejo quirúrgico de estomas enterales en adultos para mejorar la atención médica y quirúrgica, reducir complicaciones y optimizar la calidad de vida de los pacientes ostomizados.
16	Factores de riesgo	HP	IMC > alto, edad avanzada, mujeres, son factores de riesgo para el desarrollo de una HP.

40	Escalas que miden miden calidad de vida: Stoma-QOL, PROM Resultados comunicados directamente por los pacientes	Confiabilidad y validez de comparación de las herramientas	Se identificaron 21 PROM, en su mayoría redundantes y poco validados, lo que limita su utilidad e interpretación.
5	Tratamiento: tópicos en polvo	Seguridad y eficacia	El polvo de corticosteroides podría ser útil para tratar la PPG, pero se necesita más evidencia. Al ser una complicación en la piel periestomal
22	Eficacia de los dispositivos	CV herramienta QoL	El uso de dispositivos para la incontinencia mejora la calidad de vida; sin embargo, se necesita mayor investigación para desarrollar dispositivos acordes a las necesidades del paciente.

Abreviaturas del Anexo 1. Tabla 1: CV = Calidad de vida; CVRS= Calidad de vida relacionada con la salud; SD= Sin datos; HP= Hernia paraestomal; Stoma-QOL= Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con el Estoma; EORTC= Cuestionario de Calidad de Vida para Pacientes Colorrectales de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer; Stoma-QOL= Cuestionario de Calidad de Vida del Estoma; PROM= Medidas de resultados reportadas por los pacientes.

## **Marco teórico**

Los estomas son resultado de un procedimiento quirúrgico, que si bien, pueden salvar vidas generan un impacto significativo en la misma desde el aspecto nutricional, físico, emocional, psicológico, laboral, económico, entorno y rol familiar afectando así su calidad de vida[10].

Por lo que a pesar de ser una alternativa para mejorar la salud de los pacientes, tienen un gran impacto en su estilo de vida, por ejemplo según el tipo y localización del estoma, como es en el caso de las colostomías se debe incrementar el consumo de agua y al requerir tener colocado un sistema colector todo el día se deberá utilizar ropa apta para mantener la comodidad de los pacientes y al mismo tiempo al ser un insumo extra necesario, independientemente si es temporal o permanente el estoma, es un gasto extra que se añade al presupuesto familiar, además de aumentar el grado de dependencia del paciente con su cuidador primario alterando así todo su entorno familiar y disminuyendo su calidad de vida [11].

## **Concepto de estoma**

Los estomas son aberturas artificiales, desde órganos huecos hacia el exterior, creadas quirúrgicamente que generalmente cumplen la función de facilitar la eliminación de desechos cuando los sistemas naturales no pueden hacerlo de manera adecuada [12].

## **Componentes de un estoma**

- Mucosa gastrointestinal: Revestimiento interno del tracto digestivo compuesto por células epiteliales. Es la parte interna del estoma, de color rojo intenso o rosado, húmedo, similar a la mucosa de la boca [12].
- Orificio del estoma: Es la abertura por donde sale el efluente, generalmente las heces u orina. Debe tener un tamaño adecuado para permitir la salida sin dificultad [12].

- Protrusión del estoma: Se refiere a cuánto sobresale el estoma de la pared abdominal o piel. Un estoma ideal tiene una protrusión de 1-3 cm [12].
- Piel periestomal: Es la piel que rodea los bordes del estoma, aproximadamente 2.5 cm a partir del borde. [13].

## **Anatomía del sistema gastrointestinal**

Como se puede observar en la **figura 1**, el sistema gastrointestinal abarca desde la boca hasta el ano, tiene una longitud aproximada de 7.6 a 10.6 metros, se compone por: boca, esófago, estómago, intestino delgado con sus 3 porciones (duodeno, yeyuno e íleon), intestino largo con sus tres porciones (ascendente, transverso, descendente), recto y ano. El intestino delgado mide aproximadamente 5-8 metros y produce alrededor de 3 litros de fluido necesario para la degradación y absorción del quimo que ocurre en un 90% en los primeros 100 cm del mismo, y este cuenta con un Ph alcalino de 7.5-8. Mientras que el intestino grueso mide 1.5 metros de longitud aproximadamente, y su principal función es la reabsorción de agua, dándole así la consistencia a la materia fecal.

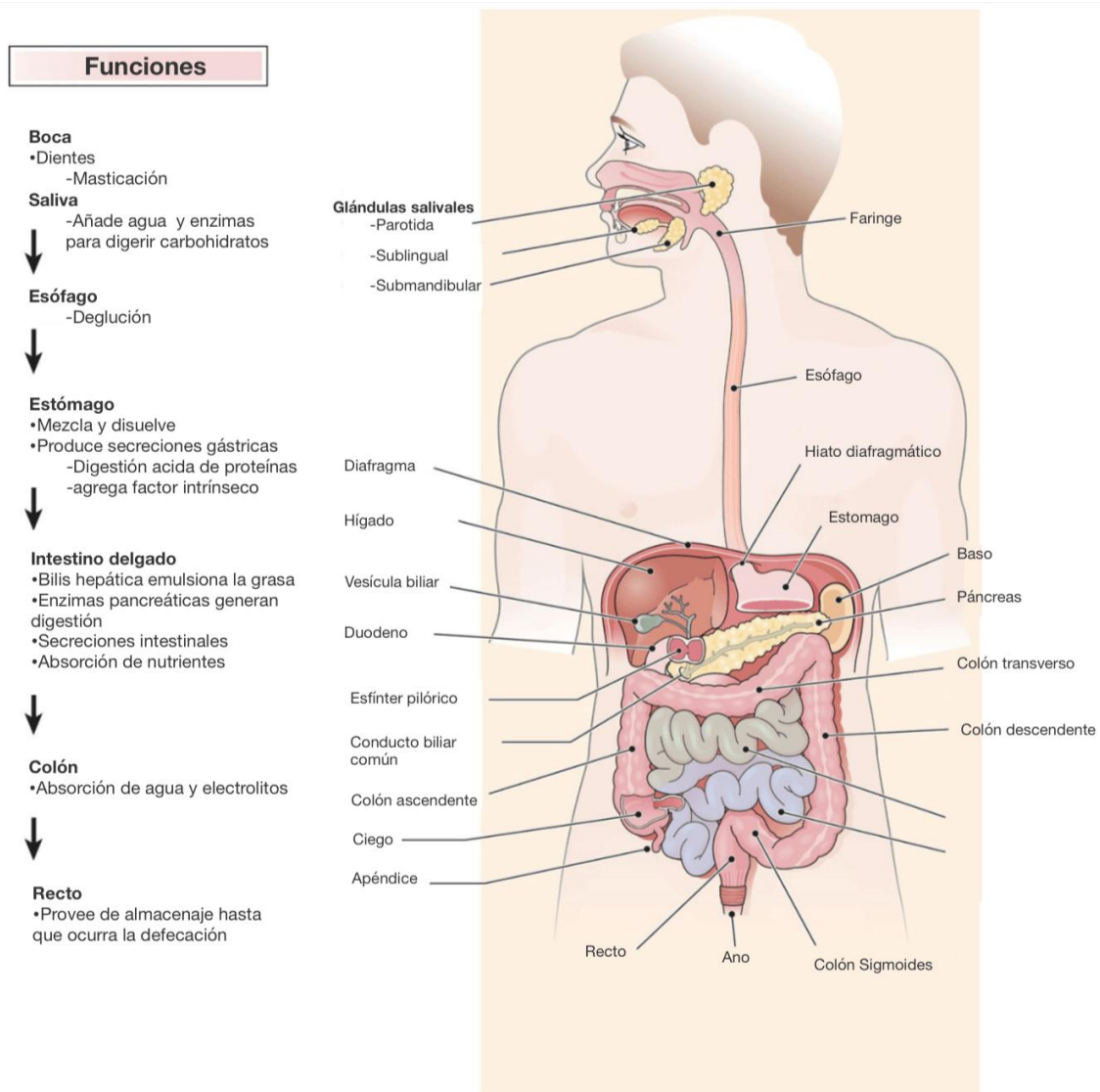
El proceso de la digestión inicia desde la boca con la masticación de los alimentos que, a través del esófago pasan al estómago donde se mezclan con enzimas, moco y ácidos gástricos, convirtiéndose en quimo que posteriormente pasa por las diferentes porciones del intestino delgado.

En el duodeno, la primera porción del intestino delgado, se degrada el quimo en monosacáridos, aminoácidos y ácidos grasos absorbibles con ayuda de las enzimas secretadas por el hígado y páncreas.

Estos nutrientes siguen siendo transportados y absorbidos hacia la sangre en las siguientes porciones del intestino delgado, yeyuno e íleon.

La comida que no es absorbida por el intestino delgado pasa por el intestino grueso, donde será reabsorbida la mayor cantidad de agua, generando así la materia fecal que será almacenada en la ampolla rectal hasta ser evacuada a través del ano [11].

Ver **figura 1** para ejemplificación de la digestión en el tracto gastrointestinal.



**Figura 1. Fisiología y anatomía del sistema gastrointestinal. Carmel J. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society core curriculum. Ostomy management. Second edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. Capítulo 2, Capítulo 4 y Capítulo 9. [11]**

### **Tipos de estomas (clasificaciones)**

Existen diferentes tipos de ostomías según las necesidades del paciente y se pueden clasificar según su función, localización, constitución y temporalidad [14]. Los estomas intestinales se clasifican principalmente según la parte del intestino de la que se forman, dentro de estos los más comunes son la ileostomía y la colostomía.

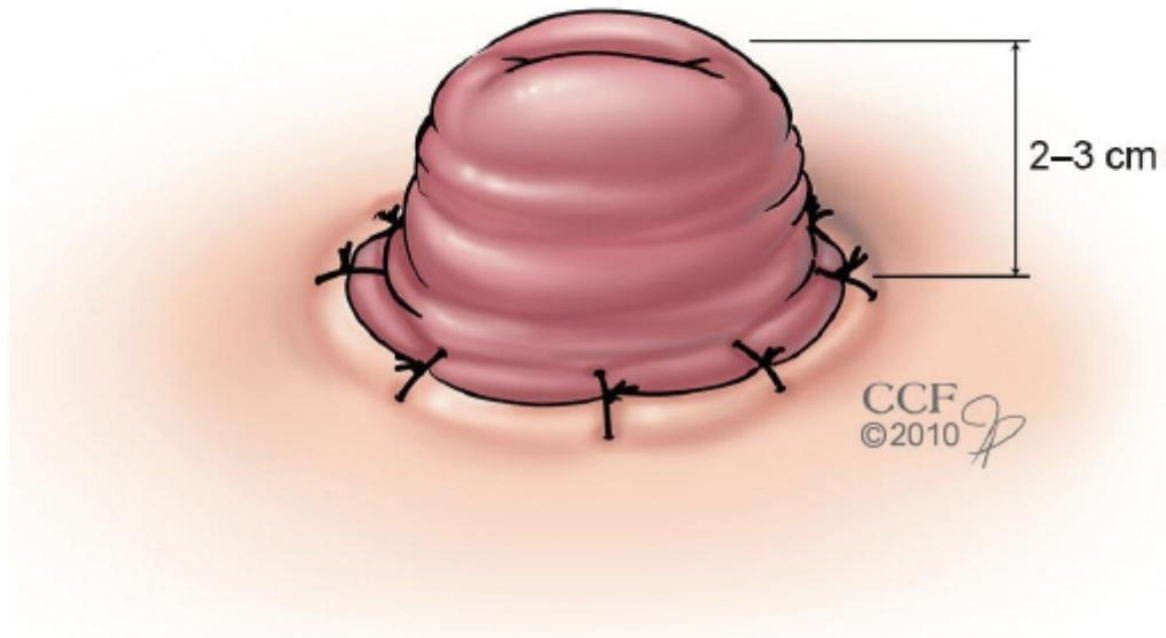
Según la tarea que corresponda realizar o sustituir del organismo los estomas tienen diferentes funciones; las de eliminación, protección, alimentación, entre otros. *Los estomas de eliminación son orificios realizados de manera quirúrgica en el abdomen donde se fija al conducto, ya sea del sistema digestivo o urinario, que permite que las heces o la orina sean expulsadas del cuerpo* [15].

Según el área anatómica donde se vaya a realizar la derivación existe una categorización de acuerdo con la localización del estoma. Por ejemplo, los estomas intestinales se clasifican según la parte del intestino de la que se forman y estos, además se subclasifican según el segmento específico donde se realizan [14].

- Colostomía: es la comunicación de un segmento de colon con la piel. Dependiendo del segmento de colon se podrá clasificar en ascendente, transversal y descendente.
- Ileostomía: comunicación de un segmento del íleon con la piel.
- Yeyunostomía: comunicación de un segmento del Yeyuno con la piel.
- Duodenostomía: comunicación de un segmento del Duodeno con la piel.

La constitución de un estoma se refiere a la forma que tiene y cómo se realiza, dependiendo de la etiología del paciente. Como se puede observar en la **figura 1-3**.

- 1 boca o de brooke: El cirujano corta solamente un extremo del tracto gastrointestinal y lo protruye a través de la pared abdominal idealmente de 2-3 cm como se observa en la **figura 2**.



**Figura 2. Estoma de una boca o Brooke. Carmel J. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society core curriculum. Ostomy management. Second edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. Capítulo 2, Capítulo 4 y Capítulo 9. [11]**

- Dos bocas, en escopeta o también llamado doble cañón: El cirujano corta completamente el asa, generalmente debido a que un segmento intestinal entre los dos extremos debió ser extirpado. Un extremo está conectado al tracto digestivo activo y el mismo tiene la función de expulsar las heces, mientras que el otro está conectado al área derivada del intestino y sólo pasará mucosa.
- De asa: Este se refiere a un segmento de víscera hueca que atraviesa la pared abdominal y sobresale de la piel. El cirujano realiza un corte en la pared intestinal, sin llegar a dividirla completamente, generando así dos orificios. Uno de ellos permite la eliminación de las heces, mientras que el otro queda desconectado y secretando mucosidad, por lo que se denomina "fístula mucosa". Para mayor claridad ver **figura 3**.

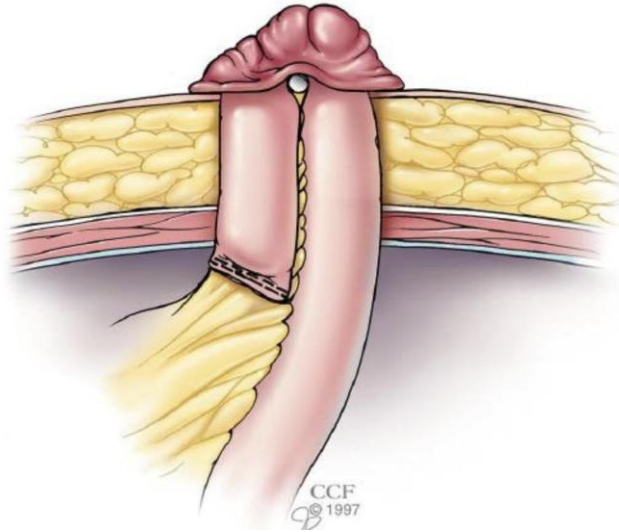


Figura 3. Estoma en asa. Carmel J. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society core curriculum. Ostomy management. Second edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022. Capítulo 2, Capítulo 4 y Capítulo 9. [11]

- Bolsa continente de kock: Consiste en un reservorio interno con una válvula en forma de pezón, creada a partir de una sección del intestino delgado. Esta se conecta al estoma ubicado en la pared abdominal y actúa como mecanismo para evitar la salida involuntaria de heces y gases. Para vaciarlo es necesario insertar un catéter al estoma en intervalos regulares [16]. Véase en **figura 4**.



**Bolsa Kock**

Figura 4. Bolsa Kock. Guía para Nuevos Pacientes con Ostomías. United Ostomy Assoc Am Phoenix. 2021:72.[11]

Es importante considerar que del 20 al 50% de los estomas temporales se convierten en definitivos [11]. Por lo que los estomas también cuentan con una categorización por temporalidad, de acuerdo con el periodo de tiempo en el que el paciente requiera la ostomía; los temporales y los permanentes.

- Temporales: Estas tienen el objetivo de proteger una anastomosis colorrectal. Por lo que usualmente duran de 3-6 meses en lo que la anastomosis colorrectal madura lo suficiente para cumplir su función.
- Permanentes: Son aquellas que permanecerán de manera indefinida con el paciente.

### **Características normales de cada tipo de ostomía**

- Yeyunostomía: Su consistencia es totalmente líquida color verde oscuro, con un PH de 7-9.
- Ileostomía: Su consistencia es líquida a pastosa color amarillento verdoso o café, Su gasto inicial suele ser de 750-1000 ml/día posteriormente disminuirá entre 300-750 ml/día, con un ph 7.5-8. en ocasiones hacen referencia a un gasto de características similares a un “puré de manzana”.
- Colostomía ascendente: De consistencia semilíquida o pastosa, con olor fétido intenso debido a las bacterias normales de la microbiota intestinal, con gasto aproximado de 750-500 ml al día.
- Colostomía descendente: Su consistencia es muy similar a materia fecal, es decir, serán heces semiformadas o formadas, con olor fecal [17].

### **Procedimiento quirúrgico para la realización de estomas**

Previamente al quirófano se debe realizar la adecuada demarcación para la localización de la ostomía según las características y valoración individualizada del paciente.

El cirujano realiza una inducción en la pared abdominal hasta llegar al músculo recto anterior, y luego dividirlo sin seccionar, respetando los vasos sanguíneos. Posteriormente realiza una incisión en el peritoneo parietal, logrando exponer las asas intestinales, para exteriorizar el segmento a resecar.

Debe exponer el segmento correctamente y corroborar su correcta movilización para que cuando el segmento que atraviese la pared abdominal quede sin tensión, en posición correcta de exteriorización (sin rotaciones) y con una correcta irrigación.

Para finalizar se debe pasar el segmento de intestino elegido a través de la pared abdominal, para protuberancia el mismo y así confeccionar un estoma que dependiendo de la patología será terminal, en asa, de dos bocas, etc.

### **Etiología de los estomas**

Las razones más frecuentes para la construcción de estomas se relacionan con el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia mesentérica, enfermedad diverticular complicada, trauma abdominal y problemas anales complejos. Siendo así patologías que pueden requerir de estomas digestivos que suelen ser temporales, en las que se reconstruye el intestino en una segunda cirugía.

Existen diversas indicaciones para realizar una ileostomía o colostomía, las cuales pueden agruparse de la siguiente manera:

- Resección o disfunción del complejo esfinteriano anal, la causa más frecuente por un tumor que comprometa la línea pectínea.
- Procedimientos de resección colorrectal en los que no se recomienda efectuar una anastomosis, siendo usualmente por una enfermedad diverticular realizándose una operación de Hartman.
- Procedimientos de resección colorrectal en los que se realiza una anastomosis, pero esta requiere protección.
- Procedimientos de urgencia destinados a descomprimir una obstrucción distal.
- Disminución del tránsito de contenido fecal a través de un segmento de colon o recto afectado por una enfermedad [18].

### **Cáncer colorrectal**

Es un tipo de cáncer que afecta al colon o también llamado intestino grueso.

Ocupando actualmente el quinto lugar a nivel mundial.

Es más común en >50 años.

Con alta mortalidad, ya que en estadios iniciales suele ser asintomático, por lo que cuando hay síntomas y se diagnostica suele ser en etapas terminales.

### **Enfermedad inflamatoria intestinal**

La enfermedad inflamatoria intestinal se conoce como inflamación crónica idiopática del colon y/o intestino delgado [19].

Y engloba 2 patologías principalmente:

- Colitis ulcerativa crónica: afecta sólo al colon, comenzando por el recto, con una extensión proximal continua, exclusivamente mucosa.
- Enfermedad de Crohn: afecta preferentemente al íleon y el colon, pero puede aparecer en cualquier zona del tracto digestivo, de forma transmural y discontinua.

### **Isquemia mesentérica**

Se define como resultado de una situación de hipoxia del intestino debida al descenso brusco de la perfusión sanguínea causada por una embolia o por una trombosis arterial o venosa [20], sin dejar de lado el papel de la inflamación de uno o más divertículos que genera sintomatología aguda, que conduce a la enfermedad diverticular aguda, también asociada como causa de estoma.

### **Complicaciones de estomas**

También se debe aclarar que cerca de la mitad de las personas con estoma intestinal desarrolla complicaciones, con mayor frecuencia en los primeros cinco años del postoperatorio. Hay estudios que describen tasas del 70-96% durante las 3 semanas siguientes a la cirugía. Al respecto, se documenta que un 20-70% de complicaciones

están asociadas a factores de riesgo individual, según el tipo de estoma y patología de base. (1.1, 1.2)

Algunos de los estudios identifican factores de riesgo que aumentan la probabilidad de una complicación en los estomas, tales como un IMC >30 Kg/m<sup>2</sup> (obesidad), el mesocolon corto y la no marcación preoperatoria del sitio del estoma y la cirugía de urgencia como los principales factores de riesgo para las complicaciones [20], además de ser mujer y mayor edad.

Los errores técnicos que se presentan con mayor frecuencia durante la construcción de un estoma, que facilitan la aparición de complicaciones tempranas, son: la mala localización, diámetro pequeño del orificio en la pared abdominal [13].

Dentro de las complicaciones podemos encontrar tempranas y tardías, las cuales se enlistan y explican a continuación.

#### Complicaciones tempranas:

- **Estoma de alto gasto:** Drenaje del estoma entre 1500-2000 mL en 24 horas. Esto conlleva a trastornos hidro-electrolítico y deshidratación en las 3 primeras semanas postoperatorias, o en casos más graves y asociado a resección amplia puede haber síndrome malabsortivo, problemas de síntesis de los factores de la coagulación, anemia megaloblástica y pérdida de peso.
- **Dermatitis periestomal:** Incluye todas las alteraciones cutáneas, ya sean irritativas por contacto (lesión química), producidas por los adhesivos (recambio de barreras), alérgica o por lesión infecciosa. Predominan en ileostomías por la salida del contenido alcalino alto en enzimas proteolíticas que comprometen la epidermis. Pueden aparecer tanto en complicaciones tempranas como tardías y son la causa de atención más habitual en la consulta de estomaterapia.
- **Isquemia o necrosis:** Se observa una coloración negra o violácea del estoma como consecuencia de una alteración en la perfusión (por tensión del mesenterio, extensa disección del meso periestomal o ligadura del vaso principal en el mesenterio). Su incidencia va del 11-20% en el posoperatorio inmediato[13,14].

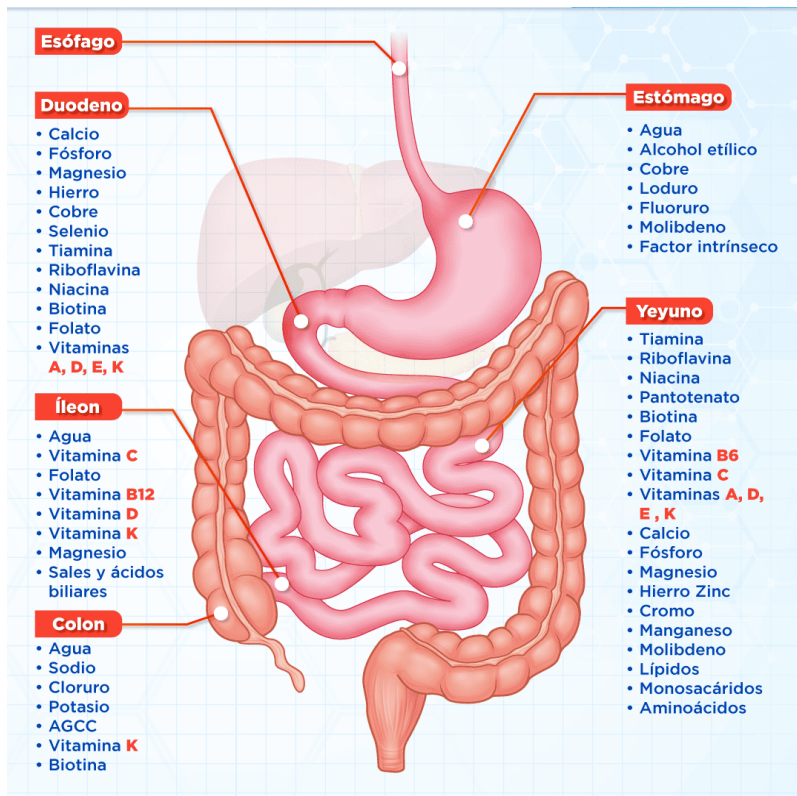
### Complicaciones tardías:

- **Prolapso del estoma.** Se produce por una intususcepción y deslizamiento de las paredes del intestino a través del orificio del estoma. Suele ocurrir en colostomías en asa, pacientes con obesidad y/o un orificio amplio de la pared abdominal.
- **Hernia paraestomal.** Salida de un segmento del intestino a través del trayecto del estoma en la pared abdominal. Puede producir molestias locales como sensación de masa, dolor, dificultad de adherencia del dispositivo colector, obstrucción, estrangulación o perforación intestinal.
- **Estenosis.** Oclusión del segmento ostomizado, es decir, imposibilidad de introducir un dedo a través del estoma. Suele ocurrir en pacientes con enfermedad de Crohn por la inflamación crónica idiopática.
- **Pioderma gangrenoso.** Son úlceras inflamatorias bien definidas con borde violáceo, dolorosas en la piel periestomal, suele asociarse a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal[13,14].

### **Nutrición en pacientes con ostomías**

Como se explicó con anterioridad, la mayoría de las veces en que se realiza la derivación quirúrgica de un paciente a un estoma intestinal está involucrada la resección de alguna parte o incluso segmento de intestino delgado o grueso dependiendo de la etiología.

Lo que significa una menor superficie de absorción de diferentes nutrientes, según el área extirpada. En la **figura 5** se ejemplifica en qué parte del tubo digestivo se absorbe cada uno de ellos.



**Figura 5. Absorción de nutrimentos en el tubo digestivo. Medicina y Salud Pública [Internet]. [21]**

La resección de un segmento de tubo digestivo, por lo tanto, implicaría una disminución de área de absorción de cierto grupo de nutrientes específicos, por lo que será necesaria una dieta específica que compense y tenga ciertas restricciones específicas según el tipo de ostomía realizada ya que, de igual manera, el tipo de ostomía indicará el tipo de efluente o materia fecal que se excretara de la misma.

Por ejemplo, en una ileostomía se refiere a que se realizó un estoma de la parte más distal del intestino delgado llamado íleon, cuya función es la absorción de nutrientes provenientes de quimo, sin pasar aún por el colon que es donde se absorbe gran porcentaje de agua del mismo para dar consistencia a las heces, por lo que las características del tipo de materia fecal que se excrete de la ileostomía serán: líquida, no suele tener olor fétido, coloración verdosa-amarillenta o incluso parda.

Por lo que, para cada tipo de estomas intestinales hay cambios en la alimentación, tanto recomendaciones como restricciones específicas, siendo las ileostomías las principales que requerirán asesoría nutricional para llevar una dieta adecuada.

En colostomías se recomienda evitar el consumo de dietas altas en grasa y fibra insoluble para disminuir el gasto por el estoma y mejorar la absorción de nutrimentos [22]. En la **gráfica 1** se identifican los alimentos que en mayor porcentaje logran espesar las heces.

Alimentos que ayudan a espesar las heces	
Frutas	Plátano, puré de manzana
Tubérculos	Papa pelada
Cereal y derivados	Arroz blanco, pan, galletas sin condimentar, pasta
otros	Malvaviscos, mantequilla de maní cremosa

**Gráfica 1. Recomendaciones de alimentos para proporcionar consistencia a las heces en pacientes con ileostomías [Tabla de origen propio] [23].**

## Epidemiología

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud), a nivel mundial el cáncer colorrectal ocupa la tercera causa de incidencia y la segunda de mortalidad. Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer. Se estima que, en 2020, hubo más de 1,9 millones de casos nuevos de cáncer colorrectal y se produjeron más de 930 000 muertes debido a esta enfermedad en todo el mundo. Se estima que del año 2025 al 2040, la carga del cáncer colorrectal aumentará a 3,2 millones de casos nuevos por año (un aumento del 63%) y a 1,6 millones de muertes por año (un aumento del 73%). En 2022 se registró un millón 926 mil 425 nuevos casos y 904 mil 19 decesos.[24]

En México, el cáncer colorrectal es la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas. De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer de la OMS, en México durante 2022 se reportaron 16 mil 82 casos y ocho mil 283 defunciones [24], cómo se aprecia en la **Gráfica 2**.

## Distribución de casos de cáncer colorrectal en México



**Gráfica 2. Visualización elaborada por Gemini. Mortalidad de Cáncer de colon en México. Salud S de. gob.mx. [citado 28 de abril de 2025]. 131. [Imagen de origen propio] [24]**

En México en 2009 se documentó que hospitales dependientes del IMSS, ISSSTE, PEMEX, y algunos hospitales privados, con una muestra de 1688 pacientes de 19 hasta los 62 años de edad en un 52%, los diagnósticos por los que se sometían a un procedimiento de ostomía era el cáncer de colon, recto y útero en un 37% y enfermedades inflamatorias del intestino en un 11%. En este estudio también resaltó que el 45% de los pacientes, no tuvieron un estoma con características normales, que incluyen al estoma protruido de 2-3 cm, de forma regular o redonda y evitando así, la zona de prominencias óseas, área de cinturón y áreas de gorditos [25].

### **Recomendaciones para las ostomías**

Todo paciente al que se vaya a realizar un estoma debe acudir a una consulta preoperatoria para asesoramiento técnico y apoyo emocional, consiguiendo que el paciente se adapte mejor en el postoperatorio [26]. Aunado a que debe contar con una consulta preoperatoria para identificar y prevenir factores de riesgo de complicaciones [14].

- Marcación preoperatoria: Se debe realizar la marcación del sitio del estoma previa al procedimiento quirúrgico, en [12] posiciones: 1) con el paciente acostado, 2) con el paciente de pie y 3) sentado.

Para evitar pliegues cutáneos que favorezcan fugas de efluentes por mala adaptación de las barreras.

Si no llegara a ser posible una marcación preoperatoria se debe realizar el estoma en la unión del tercio interno con los dos tercios externos de una línea imaginaria trazada entre la espina iliaca anterosuperior y el ombligo [14].

- Altura del estoma: La altura mínima ideal deben de ser 2-3 cm, sobre todo en ileostomías para prevenir el contacto directo de la piel del efluente.
- Diámetro del estoma: Se recomienda de 3-4 cm

### **Seguimiento del paciente ostomizado**

Después de la cirugía es importante mantenerse alertos a cualquier complicación temprana. En medida que el paciente va mejorando, se retoman y refuerzan las indicaciones que ya se habían explicado antes de la operación. También es esencial enseñarle cómo cuidarse para que pueda hacerlo por sí mismo. Cerca del alta, se debe asegurar que continuará con su seguimiento en la consulta especializada en estomas y dejarle indicados los dispositivos y productos necesarios para su cuidado, así como para prevenir o tratar posibles complicaciones [18].

Posterior al alta, el paciente programa visitas con el especialista quien resolverá dudas que vayan presentándose, con la finalidad de que logre una adaptación a su estoma [13]. En estas revisiones se refuerzan aspectos como la higiene y el cambio de dispositivos, pero también se ofrecen orientaciones sobre temas como la disfunción sexual, el embarazo o incluso la incapacidad laboral [13].

La presencia de complicaciones tardías debe mantenerse bajo vigilancia. El seguimiento periódico por parte de un especialista en estomas ayuda a prevenirlas y permite intervenir a tiempo para conservar el estoma en buen estado, lo que favorece una mejor calidad de vida y reduce los costos económicos [13].

## **Educación**

La educación es el proceso en donde se "adquieren, transforman y aplican conocimientos, para interactuar con el mundo". Por lo tanto, es responsabilidad de especialistas y maestros no solo otorgar información, sino asegurarse de que puedan aplicarla a sus necesidades [27]. Dentro de sus elementos encontramos al alumno, el docente, objetivo y método, siendo nuestro caso el profesional de salud, el paciente ostomizado, el manejo de su estoma y la intervención educativa de elección [28].

Actualmente la educación para la salud busca que los pacientes puedan definir sus necesidades, enfrentarlas con recursos propios y externos para finalmente, fomentar una vida sana [29]. Esto principalmente se obtiene desde la atención primaria de salud, donde el profesional facilita servicios de promoción de salud hacia su comunidad mediante campañas, talleres, folletos, entre otras formas para facilitar el acceso a la información [30], siempre y cuando se tenga la base pedagógica adecuada a las condiciones, objetivos, recursos y necesidades del alumno o paciente, como se puede observar en el **Cuadro 1**.

Es el proceso de facilitar el aprendizaje de habilidades, conocimientos, valores y costumbres, y es considerado un derecho humano fundamental que debe ser ofrecido a cualquier persona ante una situación compleja como las ostomías [31].

## **Intervención Educativa**

Ahora bien, cuando nos referimos a una intervención aludimos a una forma de actuar planeada [32]. Puede aludir también a una acción que puede alterar un proceso, logrando como finalidad, una mejora [33]. Así pues, la intervención educativa será aquella acción planeada con el objetivo de que quien la reciba, amplíe y mejore sus conocimientos respecto a un tema en específico.

**Cuadro 1. Comparativo de Enfoques Pedagógicos y su uso en áreas de la salud.**

Teorías pedagógicas						
Enfoque Pedagógico	Cognitivista [28]	Conductista [28]	Constructivista [28]	Socio-Constructivista [28]	Basado en Competencias [34]	Tecnológico [28]
<b>Enfoque Principal</b>	Se centra en la memoria y resolución de problemas como principal método de aprendizaje.	Enfoque que propone que las conductas pueden ser modificadas mediante una retroalimentación positiva	Remarca que el aprendizaje es individual basado en experiencias.	Consiste en un aprendizaje mediante la colaboración de una misma comunidad.	Se enfoca en desarrollar habilidades y conocimientos con los que puedan resolver problemas.	Aprovecha las herramientas digitales para volver el conocimiento más accesible y atractivo.
<b>Ejemplo aplicado</b>	Uso de diagramas del estoma o videos donde el paciente pueda detectar signos de alarma. <i>Método tradicional.</i>	El paciente recibe elogios y reconocimiento al realizar un vaciamiento adecuado de su sistema colector. [35,36]	Talleres prácticos con resolución de dudas con casos reales elaborados por los pacientes y familiares. [35–39]	Grupo de apoyo donde pacientes con estomas identifican problemas y colaboran con resoluciones. [35]	Programa educativo con el cambio de sistema colector como competencia.[35]	Uso de aplicación móvil de estomas que incluye videos que expliquen signos de alarma. [40–45]

[Elaboración de origen propio]

## **Calidad de vida**

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” [46]. Por lo tanto, según este concepto, podemos ver que la calidad de vida es muy subjetiva dependiendo de cada persona y esta a su vez, puede verse afectada en cualquier momento dependiendo de la situación personal que esté viviendo.

Existen algunas herramientas que evalúan la calidad de vida en pacientes con ostomías, una de las principales y más aceptadas en enfermería es el cuestionario STOMA- QoL, el cual fue realizado 2001 y posteriormente validado por Luis Prieto y Hanne Thorsen en 2005 quienes realizaron un análisis estadístico a partir de una serie de entrevistas semiestructuradas a 169 pacientes adultos con ostomías, actualmente el cuestionario consta de 20 preguntas que cubren cuatro áreas: sueño, actividad sexual, relaciones con la familia y amigos íntimos. Cada una tendrá una ponderación de 1 a 4 puntos (1. Siempre; 2. A veces; 3. Rara vez; 4. Nunca) y la puntuación total del paciente, en el rango de 20 a 80, se convertirá en una puntuación global de 0 a 100, considerando a una 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%) [47] [48].

## **Planteamiento del problema**

La creación de estomas en pacientes con enfermedades gastrointestinales es una intervención médica que puede mejorar la supervivencia, pero también tiene un impacto significativo en la calidad de vida. A nivel mundial, existen estrategias para el manejo adecuado de estomas que incluyen educación para los pacientes o acceso a herramientas digitales de apoyo. Sin embargo, existe escasa información y poco accesible específicamente para los pacientes con estomas intestinales, sobre todo se carece de lo relativo a la importancia de conocimiento previo sobre el manejo de estomas en pacientes, familiares, e incluso personal de salud, lo que puede generar dificultades en la adaptación de los pacientes después de la intervención y aumentar el riesgo de complicaciones y problemas emocionales, que inciden en la calidad de vida del paciente.

## **Justificación**

La realización de un estoma intestinal ya sea ileostomía o colostomía, representa un cambio drástico en la vida de los pacientes, al implicar modificaciones anatómicas, funcionales y emocionales. Si bien, esta intervención puede ser necesaria para preservar la vida o para otorgar una alternativa terapéutica a una alteración médica de base, también conlleva una serie de retos físicos, psicológicos y sociales que afectan directamente la calidad de vida del paciente ostomizado [11].

Las personas con estomas enfrentan complicaciones como alteraciones cutáneas por dermatitis en la piel periestomal, cambios en su imagen corporal, autoestima y relaciones interpersonales. A pesar de ello, en países como México, la atención y seguimiento de estos pacientes sigue siendo limitada a causa de carencia de conocimiento y educación a los pacientes después de la creación de su estoma intestinal y las consecuencias se ven reflejadas su la calidad de vida.

El presente estudio permitirá identificar, desde una perspectiva de salud integral, los factores que influyen en la calidad de vida de las personas con estomas intestinales. Además, podría evidenciar vacíos importantes en cuanto al seguimiento, información, conocimiento y educación útil para mejorar las intervenciones tanto para profesionales de salud como a los mismos pacientes ostomizados y como esta carencia influye directamente en la adaptación del paciente, la prevención de complicaciones y su reincorporación a una vida activa y satisfactoria. De esta manera, se espera que los resultados sirvan como base para fortalecer programas educativos, encuestas y protocolos de atención que respondan a las verdaderas necesidades de esta población con ostomías, a fin de mejorar su calidad de vida después de ser ostomizado.

## **Objetivo General**

- Resaltar la importancia de una intervención educativa en pacientes ostomizados para una mejoría en su calidad de vida.

## **Objetivos Específicos**

- Analizar las principales regiones en los que se ha efectuado investigación sobre las intervenciones y la calidad de vida de la persona ostomizada
- Analizar y categorizar los principales tipos de intervenciones educativas se pueden realizar con pacientes ostomizados para favorecer su calidad de vida.
- Determinar cuál de las intervenciones educativas es la más apropiada para el aprendizaje del manejo de estomas en esta población.
- Identificar y dar a conocer los diferentes tipos de herramientas que valoran la calidad de vida en pacientes ostomizados
- Identificar y describir las diferentes áreas de valoración o dimensiones que de forma indirecta contribuyen a la valoración de la calidad de vida en pacientes ostomizados

## **Hipótesis**

La educación a los pacientes en diferentes áreas, respecto a los cuidados y manejo de estomas intestinales, posterior a su procedimiento quirúrgico repercutirá de forma favorable en su calidad de vida.

## **Pregunta de investigación**

¿La educación a pacientes ostomizados, en diferentes áreas respecto a los cuidados y manejo de ileostomía o colostomías, posterior a su egreso hospitalario repercutirá en su calidad de vida?

P. Pacientes con estomas intestinales: colostomías o ileostomía

I. Identificar los diferentes tipos de intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con ileostomías y colostomías.

C. Pacientes ostomizados que reciban o no alguna intervención educativa

O. Calidad de vida

Variable de exposición: Intervención educativa a pacientes con estoma intestinales

Variable de desenlace: Calidad de vida

## **Metodología**

### **Diseño**

Para este estudio se realizó una revisión de alcance de la literatura con respecto a estomas intestinales de eliminación, la educación como una intervención dirigida a pacientes y/o familiares y la relación que tiene con su calidad de vida.

### **Criterios de inclusión y estudios seleccionados**

Los criterios de selección fueron los siguientes: artículos publicados en cualquier idioma pero con traducción completa al español, texto completo, de acceso abierto, con grupos de estudio de personas mayores de 18 años, con estomas intestinales como una condición previa, estudios que incluyeran algún tipo de intervención educativa (como exposición), que tuvieran como variable de desenlace a la calidad de vida o indicadores que representen algún aspecto de la calidad de vida y que se hayan publicado en los últimos 5 años. No se incluyeron cartas al editor, fe de erratas, revisiones sistemáticas, meta-análisis, ni protocolos publicados como artículos.

## Fuentes de búsqueda

Las bases de datos que se utilizaron fueron principalmente PUBMED, Google académico, Portal regional de la Biblioteca Regional de Salud (BVS) y Literatura de Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), ver **Tabla 2**.

# Títulos	Base de datos	Términos MESH de búsqueda
1	Pubmed	Colostomy"[Mesh] OR "Ileostomy"[Mesh]) AND ("education" OR "patient education")) AND "Social Adjustment"[Mesh]
4	Pubmed	((("Colostomy"[MeSH] OR "Ileostomy"[MeSH] OR "Intestinal Stoma"[MeSH]) AND ("Health Education"[MeSH] OR "Patient Education as Topic"[MeSH] OR "Health Literacy"[MeSH] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[MeSH]) AND ("Postoperative Complications"[MeSH] OR "Quality of Life"[MeSH]))
89	Pubmed	((("Colostomy" OR "Ileostomy" OR "intestinal stoma patients") AND ("education" OR "training" OR "information" OR "knowledge" OR "orientation" OR "health literacy") AND ("complications" OR "skin problems" OR "infection" OR "quality of life" OR "QoL"))
4 1	BVS LILACS	(Colostomy) OR (ileostomy) AND (education)
3 1	BVS LILACS	(Colostomy) AND (ileostomy) AND (education)
4	BVS	(Colostomy) AND (ileostomy) AND (orientation) OR (education) OR (health knowledge) AND (quality of life)
111 69	BVS Pubmed	(ostomy) AND (quality of life)

15	Pubmed	((("Colostomy/education"[Mesh] OR "Colostomy/psychology"[Mesh] ) OR ( "Ileostomy/education"[Mesh] OR "Ileostomy/mortality"[Mesh] OR "Ileostomy/statistics and numerical data"[Mesh] )) AND "Quality of Life"[Mesh]
3	Pubmed	((("Colostomy"[Mesh]) OR "Ileostomy"[Mesh]) AND "education" [MESH]) AND "Quality of Life"[Mesh]
4	Pubmed	((("Colostomy"[Mesh]) AND "Ileostomy"[Mesh]) AND "education") AND "Quality of Life"[Mesh]
28	Google académico	((("Colostomy"[Mesh]) AND "Ileostomy"[Mesh]) AND "Education"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] TEXTO COMPLETO

**Tabla 2:** Estrategia de búsqueda para identificar artículos en las bases de datos. [Elaboración de origen propio].

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos para realizar una revisión de alcance empleando principalmente los siguientes términos MESH (Medical Subject Headings, por sus siglas en inglés): Calidad de vida, Educación, Ostomía, Colostomía o Ileostomía.

La selección de las publicaciones acorde los criterios de inclusión y objetivo del estudio se efectuó mediante el uso del diagrama de flujo de búsqueda de Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA), como se puede observar en el **Diagrama 1**. De los 334 títulos identificados en las bases de datos, 25 fueron retirados por duplicidad, 159 publicaciones no se incluyeron por ser catalogados ilegibles por las herramientas de automatización y 139 se descartaron por otras razones, por ejemplo, al no cumplir con los criterios de inclusión.

PRISMA 2020 diagrama de flujo actualizado para revisiones sistemáticas que incluyan base de datos y registros

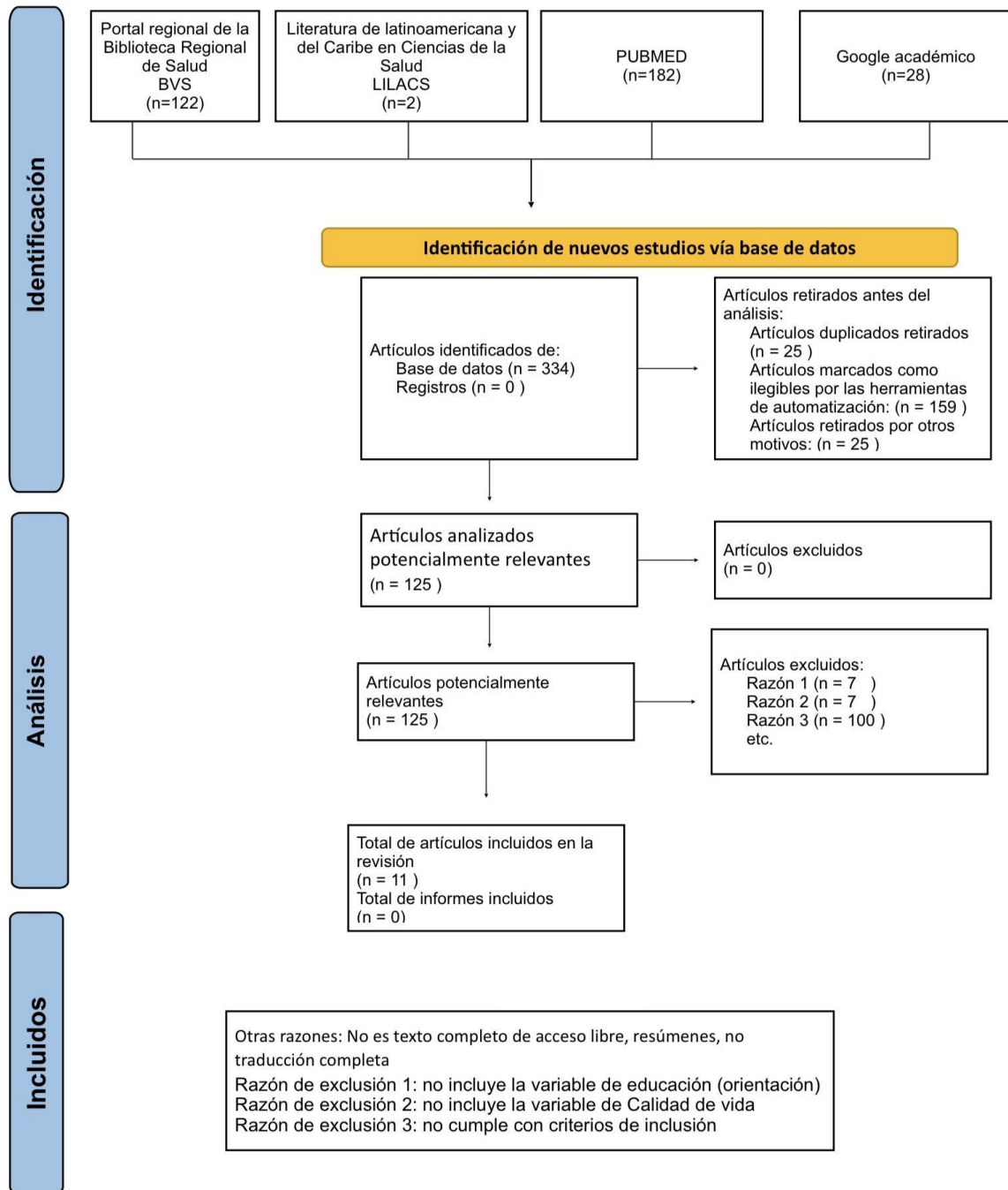


Diagrama 1. Selección de publicaciones según criterios PRISMA. [Imagen de origen propio]

## **Análisis, organización e interpretación de resultados**

Posteriormente se generó una tabla de análisis de la información en las que se incorporaron las variables de exposición (Educación), variables de desenlace (calidad de vida) en grupos de personas sometidas a estomas intestinales. Se consideraron artículos en cualquier idioma que fueran publicados en los últimos 5 años y que tuvieran acceso libre en versión completa.

## **Evaluación de la calidad**

Cada publicación fue meticulosamente evaluada por tres autores (A.K.R.Z, C. M.R.C., y P.M.L). Se evaluaron los títulos, resúmenes, antecedentes y artículos que cumplieran con los criterios de inclusión. La calidad de los artículos fue evaluada aplicando el cuestionario del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre de Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) [49], compuesto por 14 preguntas para ensayos clínicos controlados aleatorizados, cuasi experimentales y para diseños de cohorte, en tanto que para estudios de casos y controles se contó con una herramienta de 12 preguntas con la misma escala de evaluación: si, 1 punto; no, 0 puntos. Además se ubicó y registró el cuartil correspondiente a cada una de las revistas de las que provenían las publicaciones consultadas de acuerdo con la base de datos SCImago Journal & Country Rank (SJR-2024) [50] Con la finalidad de obtener resultados y de resolver el objetivo general se analizaron estudios originales: de cohorte, transversales, comparativos, de casos y controles, ensayos clínicos, intervenciones educativas, entre otros, como se puede observar en la **Tabla 3A y 3B**.

## **Aspectos éticos**

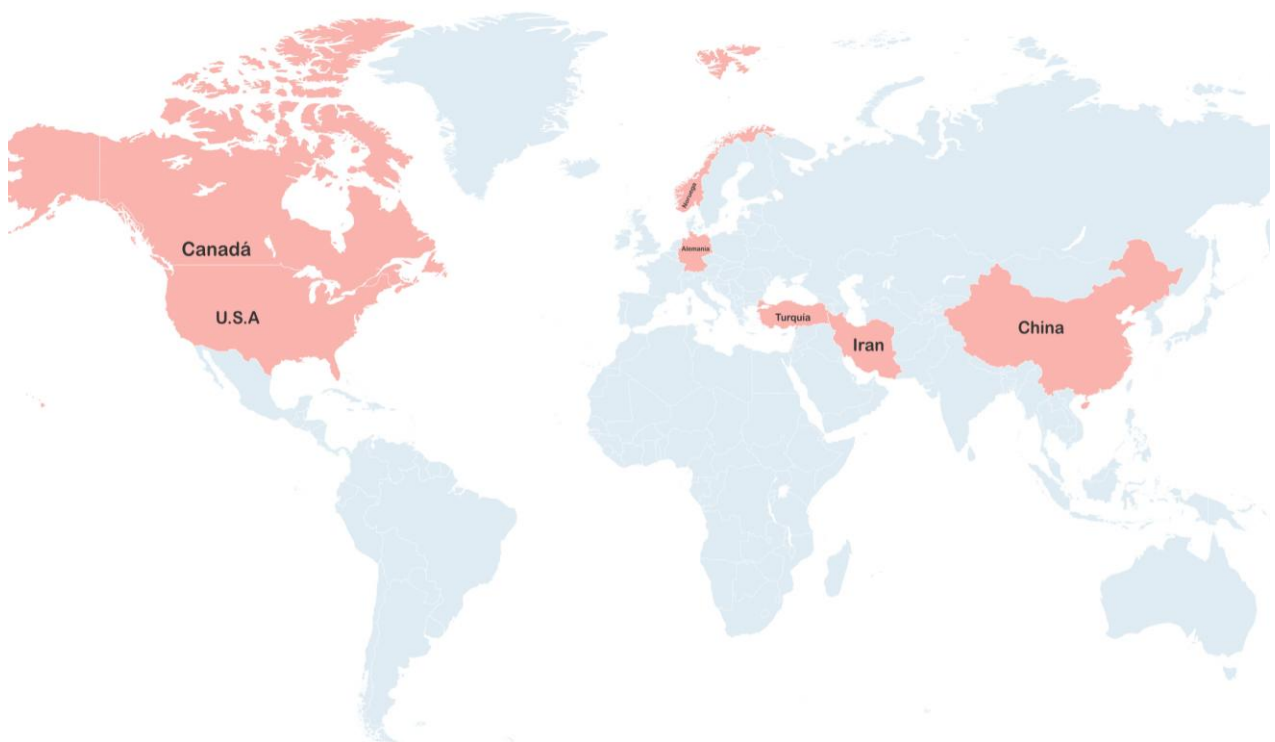
Para la elaboración de esta revisión se tomaron en cuenta publicaciones; que contarán de manera estricta con un apartado de aspectos éticos; donde se estipulará si previamente a las intervenciones realizadas, fueron sometidas a un comité de ética, bioética o de bioseguridad, de alguna institución; pudiendo ser esta del hospital, laboratorio o universidad y con ello el número de registro.

## Resultados

### Datos generales

En la presente revisión de alcance se analizaron 11 artículos, el tamaño de la muestra de las publicaciones analizadas fue de 766 adultos de seis ensayos controlados aleatorizados [44],[35],[37],[41],[42],[43], 69 adultos de un estudio de cohorte [39], 332 adultos de tres estudios cuasiexperimentales [38],[45],[36], y 67 adultos de un análisis retrospectivo [40] con un rango de edad común entre 18 a 75 años, de la información disponible en dos publicaciones [35,38].

En los últimos 5 años, Irán [35],[37],[38] y China [40],[45],[42] han sido los países con más publicaciones que evalúan la asociación entre la educación proporcionada a pacientes ostomizados y su calidad de vida, seguido otros países como Turquía [44], Canadá [36], Alemania [41], Noruega [39] y Estados Unidos [43]. En la **figura 6** se muestra un mapa donde se identifican los países que realizan investigación acerca de la asociación entre educación y calidad de vida de pacientes ostomizados.



**Figura 6.** Mapa de países que han publicado sobre intervención educativa y algún indicador de calidad de vida. [Imagen de origen propio]

### **Intervenciones directas y periodo de intervención.**

De las publicaciones evaluadas, en cinco de ellas hubo una intervención de forma directa o presencial [35,37–39,45]. En un estudio la intervención se realizó mediante consultas con área médica con una frecuencia de asistencia a los 3, 6 y 12 meses después de la ostomía; en las sesiones los pacientes recibían indicaciones y se resolvían dudas para al finalizar evaluar a través de un cuestionario cómo fue su calidad de vida [39]. Otra investigación realizó una intervención a través de capacitaciones en sesiones grupales aplicando dos técnicas de: pictogramas y *teachback* con duración de 30 a 40 minutos cada una durante tres días continuos tras la cirugía [35]. Mientras que en la intervención educativa realizada en Irán se ofrecieron 10 sesiones presenciales y estructuradas de 45 minutos, en el que se desarrollaba un tema por semana. Los participantes podían contactar al investigador ante cualquier problema en el cuidado domiciliario, la última sesión incluyó un resumen general, resolución de dudas y la entrega de folletos informativos [37]. También se reportó una educación dirigida al cuidador principal con un curso de 4 sesiones en dos semanas con duración de 50-60 minutos cada una, en las que además se brindó un folleto informativo y un número teléfono disponible las 24 horas del día para la resolución de dudas [38] y por último mediante el programa de asistencia ACNM (*The Ahmadi Continuation of Care Model*, por sus siglas en inglés) se capacitó a los pacientes en cuatro etapas: Orientación, Sensibilización, Control y Evaluación [45]. En general, en todas las publicaciones hubo una mejoría significativa en la calidad de vida posterior a la intervención educativa otorgada en un rango desde 1 hasta 12 meses [35–39].

### **Intervenciones digitales o en línea y su efectividad**

De las publicaciones evaluadas, seis de ellas tuvieron una intervención a través del uso de herramientas digitales y tecnológicas tales como: *Programa Web* donde, en el que, a partir del tercer día postoperatorio, se dio acceso al programa en el que se les proporcionaban videos, imágenes y una opción para resolución de dudas mediante un chat [44]. La *Plataforma Digital*, otra herramienta útil de apoyo en la que los pacientes tenían acceso luego del alta a un “*Servicio de enfermería en línea*” disponible las 24 horas, o de ser insuficiente agendar en la misma plataforma, una

cita presencial [45]; otra de las plataformas usada fue *WeChat*, fue dinámica e incluyó orientación postoperatoria, consultas en línea, gestión de la salud, impulsos diarios de salud y orientación personalizada. La asesoría se realizó durante un año, y la recolección de datos se llevó a cabo mediante seguimiento telefónico o a través de plataformas en línea [40]. Aplicación “Stoma App” información personalizada, videos de cuidados del estoma y material informativo de nutrición, ejercicio e intimidad para pacientes con estomas [41]. Otra herramienta fue el uso de un programa de educación multimedia, con consejos sobre la preparación del estoma así como recomendaciones de higiene y pasos a seguir en cada cambio de sistema colector [42]. Por último, la telemedicina que consistió en un programa de capacitación por videollamada, incluyó sesiones teóricas, psicológicas, autocuidado y atención a cualquier duda que quisieran resolver [43]. Luego de analizar las intervenciones anteriores, cuatro de seis, presentaron una mejoría en la calidad de vida, con respecto a quienes recibieron una educación tradicional.

Finalmente, de las 11 publicaciones resaltó que en 9 [44],[35],[40],[37],[38],[36],[41],[39],[42] se reportó una mejoría significativa en la calidad de vida después de la intervención educativa, con una mayor participación de varones en 7 estudios [44],[35],[40],[38],[41],[39],[42]. Cabe mencionar que de las intervenciones educativas fueron dirigidas a pacientes [35,39–42,44], familiares [37,38] y/o personal de enfermería [36], en la mayoría de las publicaciones se reportó una mejoría significativa después de la intervención. En contraste, en dos de las intervenciones digitales, [43,45] disminuyó la calidad de vida de la población evaluada, con pérdidas de entre 0.1 a 12.5 puntos en las escalas de evaluación global después de la intervención educativa y en una no hubo cambio (**Ver Tabla 3A Y 3B**). A pesar de ello se reportó una mejoría en indicadores de bienestar psicológico y espiritual [43], autocuidado y complicaciones [45].

### **Los instrumentos para evaluar calidad de vida**

En esta revisión, se observó que dentro de las publicaciones contempladas en cuatro de ellas emplearon el cuestionario estandarizado de valoración de calidad de vida para pacientes ostomizados *COH-QOL* [44],[38],[36],[43], y en dos de ellas se

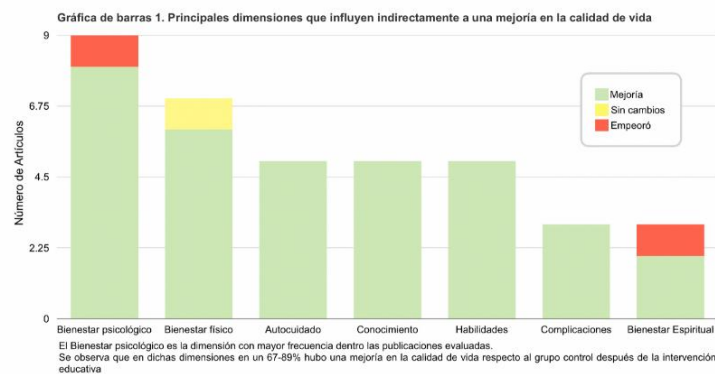
evidenció una mejoría significativa en la calidad de vida [44] [38]. Otra herramienta usada fue el cuestionario estandarizado *Stoma-QOL* [41],[42], y el último el *WHO-QOL-brief* [35,40] donde en ambos el resultado fue favorable respecto a la calidad de vida de los pacientes ostomizados post intervención educativa. Ver **Tabla 3A y 3B**.

### Calidad de las fuentes de información

El puntaje de la calidad de las publicaciones osciló entre 5 y 13 puntos, donde los seis ensayos clínicos tuvieron de 5 a 13 puntos de máxima de 14 [35,37,41–44], un estudio de cohorte obtuvo una puntuación de 9 de 14 puntos [39], tres estudios cuasiexperimentales de 5 a 9 de 14 puntos máximo y por último un análisis retrospectivo con 8 de una puntuación máxima de 14 puntos [40]. Además resaltó que la mayoría de las publicaciones incluidas en esta revisión se ubicaron en el Q1 [35,37,41–44], una en Q2 [36] y tres de ellas obtuvieron Q3 [38,40,45] de sus revistas correspondientes.

### Principales dimensiones que influyen indirectamente a una mejoría en la calidad de vida

En la **gráfica de barras 1** se ejemplifican las principales dimensiones de la calidad de vida analizadas en las publicaciones. En orden decreciente en frecuencia fueron: el bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado, conocimiento, habilidades, complicaciones y también el bienestar espiritual, se observó que en todas las dimensiones hubo mejoría después de la intervención, no obstante, en el bienestar físico no hubo cambio, en tanto que en el bienestar psicológico y espiritual hubo empeoramiento. Ver **Tabla 3A y 3B**, y **gráfica 1**.



**Tabla 3 A.** Cuadro de análisis de los artículos seleccionados.

Autor, año, diseño / año de recolección /País	Muestra	Exposición (educación)	Dependiente (Calidad de vida)	Hallazgos	Calidad
Ozel, H. et al. [44]. 2025 Ensayo controlado aleatorizado 2017- 2018 Turquía	n=70 2 de grupos de 35  58 años  63% varones 37% mujeres	Grupo: Cuidados estandarizados de enfermería. (control) Acceso abierto a la educación del paciente basado en la web. (intervención)	Evaluada por el cuestionario de la calidad de vida en pacientes con cáncer (COH-QOL-OQ) - Bienestar físico - Bienestar psicológico - Ansiedad social - Bienestar espiritual	El grupo intervención mejoró la calidad de vida según las 4 áreas evaluadas con un resultado de 122% en su bienestar físico, 168% en el psicológico y un 110.58% en el espiritual. Incluso pudo reducir los valores de la ansiedad social en un 89.18%	9/14 Q1
Rajabi et al. [35]. 2022 Ensayo clínico controlado aleatorizado de tres brazos. 2021  Irán	n=111 3 grupos de 37 pacientes  48 años 65% varones 35 % mujeres  Primeria o menos (87%) Sin seguridad social, urbanas	Grupo: Educación rutinaria (control) Educación basada en <i>Teach-back</i> Educación basada en <i>pictogramas</i>  3 sesiones de 30-40 min	Áreas de evaluación: -Autocuidado -Autoeficacia -Conocimiento de autocuidado de colostomía - <i>Colostomy Self-Care Adherence</i> (2017) <i>Stoma Self-efficacy Scale</i> (2013) -Cuestionario de conocimientos de autocuidado (2017)  Basal y a los 30 días después de la ostomía	<i>Teach-back</i> mejoró los puntajes de las áreas evaluadas con más de 147% en adherencia (p=0.001), Pictograma 169% (p=0.001) en comparación con la educación control 120%, (0.001). La intervención educativa fortaleció el autocuidado y la autoeficacia, una mejora indirecta de la calidad de vida.	5/14 Q1

**Tabla 3 A.** Cuadro de análisis de los artículos seleccionados. Continuación 1.

Autor, año, diseño / año de recolección /País	Muestra	Exposición (educación)	Dependiente (Calidad de vida)	Hallazgos	Calidad
Fang et al. [40]. 2025 Análisis retrospectivo, 2023-2024  China	n=67 2 grupos 36 Plataforma WeChat 32 Atención tradicional  >18 años 50.75 % varones 49.25 % mujeres	Atención en la plataforma WeChat - orientación en línea, seguimiento continuo, fomentar la salud  Atención tradicional - recordatorios y mensajes	Calidad de vida evaluada con WHOQOL-BREF. Escala de autocuidado Tasa de complicaciones postoperatorias Adherencia al tratamiento y Satisfacción con la atención	El grupo con la plataforma WeChat fue más efectiva u con menos complicaciones (12.5% vs 25.0%, $P < 0.05$ ), menor estancia hospitalaria (12.0 días vs 14.8 días), más puntaje de autocuidado (81.3 vs 70.9, $p < 0.01$ ), mayor adherencia al tratamiento (83.9% vs 69.6%, $p < 0.05$ ) y mejor calidad de vida que el grupo tradicional, al final del seguimiento (78.9 vs 67.5, $p < 0.01$ ).	8/12 Q3
Hakim et al. [37].2025 Ensayo clínico aleatorizado, Sin especificarlo  Irán	n=78 2 grupos:  Intervención, n=39 Control, n= 39 Edad media: No se especificó  No se especificó el sexo de los participantes	Evaluación basal Educación a los padres Grupo intervención Capacitación presencial y estructurada 1 mes 10 sesiones de 45 minutos 1 sesión por semana  Grupo control: sin intervención educativa	Calidad de vida evaluada Cuestionario de conocimiento  Cuestionario de desempeño de cuidado	La intervención mostró una mejora significativa en conocimiento, desempeño y manejo de complicaciones ( $p < 0.001$ ), con un aumento promedio del 36.15 %. El grupo control no presentó cambios ( $p > 0.05$ ). Las intervenciones educativas fortalecieron las habilidades de cuidado, el autocontrol y la prevención de complicaciones, favoreciendo la calidad de vida familiar.	5/14 Q1

**Tabla 3 A.** Cuadro de análisis de los artículos seleccionados. Continuación 2.

Autor, año, diseño / año de recolección /País	Muestra	Exposición (educación)	Dependiente (Calidad de vida)	Hallazgos	Calidad
<p><u>Golpazir-Sorkheh, A., et al. [38].2022</u> Cuasiexperimental 2019-2020</p> <p>Irán</p>	<p>n=140, 2 grupos: 70 pacientes: 35 de control, 35 experimental 70 cuidadores: 35 de control, 35 experimental Promedio de 52 años de pacientes y 36 años de cuidadores: 52.9 % varones 47.1 % mujeres</p>	<p>Grupo intervención: Educación 4 sesiones de 50-60 minutos cada una, en 2 semanas Con temas de: efectos secundarios, cambio de posición, infecciones, función intestinal, interacción con los pacientes e higiene. Folleto educativo y asesoría telefónica las 24 horas; más 4 visitas mensuales Grupo control: Sin educación</p>	<p>Calidad de vida evaluada por <i>City of Hope-QOL-ostomía</i> (basal y post-ostomía)</p>	<p>El grupo intervención mejoró significativamente en todas las áreas evaluadas: 23% en salud física, 6.1% en la psicológica, 3.3% en el área social y 9.86% en salud espiritual. En la calidad de vida total aumento de 6.3% (p = 0.002). El grupo intervención presentó una mejora significativamente mayor que el grupo control (p = 0.007), lo que indica que la intervención fue efectiva.</p>	<p>8/14 Q3</p>
<p><u>Yan, Y.S, L.W et al. [36]. 2024</u> Cuasiexperimental, antes y después. 2020-2023</p> <p>Canadá</p>	<p>n=120, 2 grupos 60 pacientes Intervención 60 pacientes Control</p> <p>71 años</p> <p>41.6 % Masc 58.3 % Fem</p>	<p>Grupo Intervención Modelo ACNM 4 etapas: orientación, sensibilización, Control, Evaluación.</p> <p>Grupo control Cuidados de enfermería estándar</p>	<p>Áreas evaluadas -Funcionalidad física -Funcionalidad psicológica -Funcionalidad social -Estatus económico</p> <p>Cuestionario de calidad de vida antes y después</p>	<p>El modelo ACNM mejoró puntajes de las 4 áreas comparado con el grupo control: -Funcionalidad física 37% vs 29% (p=&lt;0.001) -Funcionalidad psicológica 46% vs 33% (p=&lt;0.001) -Funcionalidad social 37% vs 27% (p=&lt;0.001) -Estatus económico 70% vs 145% (p=&lt;0.001)</p>	<p>5/12 Q2</p>

**Tabla 3B.** Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación.

Autor, año, diseño / año de recolección /País	Muestra	Exposición (educación)	Dependiente (Calidad de vida)	Hallazgos	Calidad
L. Van de Storn, W.A.B, S.V.D et al. [41]. 2024 Ensayo controlado aleatorizado doble ciego, 2021- 2023 Alemania	n=208, 2 grupos 112 control 96 intervención 56 años 51.4 % varones 48.55 % mujeres	Grupo control Versión restringida Grupo Intervención Versión completa y personalizada de Stoma App 3 meses postoperatorio	Calidad de vida evaluada por Cuestionario Stoma QoL  2 semanas post quirúrgico 1 mes post quirúrgico 3 meses post quirúrgico	El puntaje basal fue de 56.6 con una mejoría significativa de 3.1 puntos al mes de la intervención.  Tener problemas psicológicos reduce su calidad de vida (11.8 puntos)	13/14 Q1
Ming Yi L., et al. [45]. 2024. Cuasi experimental 2021 China	n= 72, distribuidos en 2 grupos de 36 pacientes.  59 años  56.94% varones 43.05% mujeres	Grupo control Cuidados básicos de enfermería Grupo Intervención Plan de alta + “Plataforma en internet de cuidado de estoma en casa”	Calidad de vida evaluada COH-QOL.  Autocuidado (SBQ-CEP) - Comportamiento de cumplimiento médico - Dieta - Manejo de síntomas - Comportamiento psicológico - Manejo de información  6 meses posterior al alta	El grupo intervención empeoró por 12.5 puntos (p=<0.001) en calidad de vida total, pero en el nivel de autocuidado (p=0.001) y presencia de complicaciones (p=0.014) tuvieron un resultado positivo en comparación del grupo control.	9/14 Q3

**Tabla 3B.** Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación. Continuación 1

Autor, año, diseño / año de recolección /País	Muestra	Exposición (educación)	Dependiente (Calidad de vida)	Hallazgos	Calidad
Lerum K., et al. [39]. 2023. Estudio de cohorte. 2017- 2021 Noruega	n= 69 63.8% Varones 36.2% Mujeres  63 años	Seguimiento de pacientes y posterior a su consulta, realizan cuestionarios.	Calidad de vida relacionada con la salud con el Cuestionario SF-36  3 meses, 6 meses y 12 meses posoperatorio.	La calidad de vida mejoró 6 sesiones en el 6º mes, comparado a los primeros 3 meses con una mejora de hasta el 27% en el rol emocional (p=0,016). El rol físico presentó mejora del 46.9% (p= < 0,001) luego de 12 meses	9/14  Q1
Hsing-Fang K., et al. [42]. 2023 Estudio controlado aleatorizado. 2018- 2019 China	n=108, distribuidos en 2 grupos de 54 pacientes.  62.96% varones 37.03% mujeres  >18 años	Grupo control Programa CESP, incluye folleto con información estándar. (control) Grupo intervención Programa MLEP, software con información sobre proceso de preparación y limpieza. (Intervención)	Evaluaron Capacidad de autocuidado de la ostomía y la escala de calidad de vida de la estoma. - capacidad general para el cuidado de la estoma - Calidad de vida general - Familiares y amigos - Dormir, - Actividad, - Intimidad, -Social - Fisiológico, - Psicológico  3 meses posterior al alta	El programa MLEP mejoró los puntajes de las 4 áreas comparadas con el grupo control (CESP) -Cuidado de la estoma 141% vs 80%, - Calidad de vida general 144% vs 103% - Familiares y amigos 121% vs 111%, - Sueño 144% vs 136%. Actividad 144% vs 112% , - Intimidad 121% vs control de 111%, Social 183.3% vs 130% -Fisiológico 136.3% vs 120% , Psicológico 210% vs 120%, (todos con p<0.001)	10/14  Q1

**Tabla 3B.** Síntesis de las características generales y hallazgos en la calidad de vida de cada publicación. Continuación 3

<p>S. Krouse R., et al. [43]. 2023. Ensayo prospectivo aleatorizado multicéntrico.  USA</p>	<p>n= 191, 2 grupos 101 control 90 intervención  53.92% varones 46.07% mujeres  67 años</p>	<p>Grupo control Atención y cuidados estandarizados Grupo intervención Programa de telesalud para el autocontrol de ostomías</p>	<p>Evaluación de calidad de vida mediante COH-QOL-O: - Bienestar físico - Bienestar psicológico - Ansiedad social - Bienestar espiritual  Basal, 5-6 semanas después del basal 6 meses después del basal</p>	<p>El grupo intervención y control mejoraron al final de la intervención sin diferencia significativa en las 4 áreas evaluadas en: Bienestar psicológico con un 101.51% vs 100% (p= 0.434). Bienestar espiritual mejoró con 102.98% vs 100%(p=.0233) Hubo cambios en ansiedad social de 95.1% vs 104.91% (p = .4346). Bienestar físico 100% vs 98% (p= .3563), del grupo intervención vs control, respectivamente en todas las áreas.</p>	<p>7/14 Q1</p>
---	---	--	--	---	--------------------

Calidad (Puntaje artículo/ cuartil revista)

## Discusión

### Datos generales

En la presente investigación se observó que la calidad de la vida después de una “ostomía” puede diferir significativamente ante la exposición (intervención educativa) aunque en los resultados pueden no ser contundentes en pocos casos. A partir de los datos obtenidos, se puede comprender la importancia de la educación en el cuidado de los estomas posquirúrgicos, sin dejar de lado que el contenido de las sesiones enfocadas en el conocimiento, el cuidado y la técnica influyó de manera positiva en la calidad de vida. También consideramos que la duración de cada sesión y la posibilidad de aclarar dudas con el personal de salud, ya sea de forma presencial o mediante una plataforma digital, contribuyeron a este resultado. Sin embargo, algunos artículos sólo realizaron un seguimiento de unos meses, lo que podría no haber sido suficiente para mostrar un efecto real de la intervención.

Si bien, los estudios incluidos fueron principalmente de China [36,40,45] e Irán [35,37,38], quienes practican una cultura diferente, y con recursos económicos diversos los resultados pueden no ser representativos ni homogéneos. En México, un estudio en 2024 [51] demostró que, entre los pacientes atendidos en los Institutos Nacionales de Salud, los costos indirectos como la pérdida de ingresos por no asistir al trabajo o tiempo perdido representan el 44% de la carga económica total de la atención, en comparación de estudios similares con Irán [51], donde reportaron solo 24%. Por ello es necesario señalar que, aunque la intervención se haya reportado como funcional en otros países, los costos y barreras en México son distintos, de esta forma, su aplicación en México podría ser incierta, pero al mismo tiempo es una oportunidad el análisis de las metodologías usadas en las publicaciones consultadas en nuestra revisión, buscando la forma de adaptarse a las necesidades, costumbres y recursos en México. En nuestro país [52] la prevalencia morbilidad y mortalidad de hipertensión y diabetes es elevada, y el gasto directo de bolsillo destinado a su control representó un 41.37% del gasto total de salud en 2019, lo que indica claramente un descontrol en ese tipo de enfermedades, pues también se carece de personal capacitado para brindar educación u orientación profesionalizada [52].

Probablemente, por eso las intervenciones educativas en el sector salud en México son escasas lo que limita el potencial de prevención que conlleva ese tipo de atención a la salud, especialmente en casos donde la ostomía es consecuencia de una enfermedad crónica no transmisible como el cáncer y en la que el gasto familiar es alto y deteriora aún más la calidad de vida y economía del paciente [52].

En nuestro análisis de resultados se observó que la calidad de vida parecía mejorar más en los hombres (70%) que, en las mujeres, esto se puede deber a que una mayor participación de varones que de mujeres en los estudios consultados, más no a una mejor respuesta por sexo. También es preciso mencionar que la frecuencia y calidad de vida después de la ostomía, según sexo son inconsistentes; algunos artículos indican que los hombres presentan una menor calidad de vida, mientras que otros sugieren lo contrario o que las mujeres se adaptan más fácilmente; por ello, no existe una conclusión definitiva [53–56]. De esta manera, no es posible determinar con certeza la razón de la mayor participación de varones con estomas en nuestros estudios.

### **Intervenciones directas y periodo de intervención**

En nuestra revisión de alcance, la mayoría de los estudios observamos que las intervenciones educativas presenciales resultaron más efectivas [35,37–39,45], posiblemente porque fueron las que tuvieron mayor frecuencia en las intervenciones implementadas y reportaron mejoras en la calidad de vida de las personas ostomizadas. Las intervenciones presenciales incluidas en esta revisión mostraron una duración variable, desde 3 días hasta 2.5 meses, según la estructura y profundidad de cada programa. Sin embargo, en la publicación de Cañón W. del 2021 señala que la duración inicial no es lo más importante; lo que realmente influye en los resultados es contar con un seguimiento continuo. En su estudio, observaron que cuando las intervenciones educativas mantienen un seguimiento de 6 a 12 meses, los reingresos hospitalarios pueden reducirse entre un 27% y un 36% [57].

De esta forma, aunque en nuestra revisión las intervenciones presentaron duraciones mínimas de tres días, los hallazgos de Cañón refuerzan que el elemento clave para

un mejor monitoreo y mayor efectividad es el seguimiento activo del paciente a lo largo del tiempo, más que el número de días de la intervención inicial [57].

Al respecto, se debe señalar que la orientación tradicional suele limitarse al tiempo disponible del personal o del servicio hospitalario en el que se encuentre el paciente, mientras que métodos como el teach-back requieren más tiempo de interacción y planeación [51]. En la publicación de Talevski del 2020 reportaron que este método funciona en diferentes contextos y con diversos tipos de pacientes, ya que ayuda a reforzar el conocimiento y las habilidades de autocuidado [58], de ahí la efectividad en la calidad de vida en las intervenciones que analizamos y que utilizaron este método como base del proceso enseñanza.aprendizaje. Además, este método resulta útil en personas con distintos niveles de escolaridad, porque se basa en pedir al paciente que explique con sus propias palabras lo que entendió. Lo que resulta ventajoso, pues permite al profesional corregir de inmediato y aclarar dudas en el mismo momento.

El uso de la *Ahmadi Continuous Nursing Model* (ACNM) resaltó en nuestra revisión [36,59], en otros estudios el uso de la ACNM en niños con diabetes mellitus y con cetoacidosis diabética, logrando mejor cuidado post-hospitalario y una satisfacción del 96.7% frente al 85% del grupo control. Lo que coincidió con nuestros resultados, esto se debe al modelo de educación personalizada, su seguimiento continuo y refuerzo educativo, promoviendo la educación constante, la supervisión remota y la participación familiar [59]. Algo similar ocurre con los pictogramas, que requieren una interacción más activa entre el personal de salud y el paciente. En el artículo de Gutiérrez M. del 2020 encontró que, aunque algunos pictogramas se comprendieron bien, muchos no alcanzaron niveles adecuados de interpretación por símbolos poco familiares y diseños complejos [60]. Esto respalda nuestros hallazgos, ya que los pictogramas no fueron la estrategia con mejores resultados, lo que indica que su eficacia depende de su claridad y del contexto donde se aplican. [54] En general, estas estrategias fomentan una comunicación más clara y práctica, lo que facilita la retroalimentación y la resolución temprana de dudas, algo especialmente importante en personas ostomizadas.

En los otros artículos [38,41,45] donde no hubo una intervención extraordinaria o herramientas diferentes de enseñanza acudieron a tener un plan de enseñanza estructurado por sesiones que iban de 30 a 60 minutos dependiendo el estudio siendo un indicador para nosotras como investigadoras como una de las causas más fuertes que ayudaron a fortalecer el conocimiento adquirido y como resultado mejorar la calidad de vida

### **Intervenciones digitales y su efectividad**

En el caso de las intervenciones digitales dentro de la cuales se incluían imágenes, videos, chats, consultas o seguimiento en línea, en nuestra revisión de alcance se analizaron estudios con diferentes programas, tiempos de sesiones y seguimiento [36,40–44]. Donde aunque las intervenciones no mejoraron en su totalidad la calidad de vida, se evidenció que si mejoran algunas dimensiones de la calidad de vida, por ejemplo en bienestar psicológico [40–44], bienestar físico [40–42,44], autocuidado [35,40,42,45], conocimiento [35,44,45], habilidades [35,40] y complicaciones [41,44,45] y bienestar espiritual [43,44]. Lo que refleja la importancia de las herramientas digitales que han permitido la creación de entornos de aprendizaje más interactivos y participativos donde el receptor se convierte en una parte activa dentro del proceso educativo [28].

La efectividad de las intervenciones educativas para mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado se puede deber a que el acceso de la tecnología al alcance dentro del proceso educativo trae consigo múltiples beneficios como: Acceso amplio, donde la información está abierta al público en general, la disponibilidad de diversos recursos en los que la variedad de herramientas y plataformas en línea proporciona una amplia gama de recursos ya se imágenes, video o programas web que se adapten mejor a las necesidades de cada paciente, además de permitir la personalización del aprendizaje [28].

Sin embargo, la falta de efectividad en dos de las publicaciones analizadas en esta revisión [43,45] podría deberse a que, pese a que las herramientas digitales son de las más potentes y versátiles en el mundo académico, también tienen ciertas desventajas y/o desafíos como: la brecha digital, refiriéndonos a que aún existe una

disparidad significativa en el acceso a dispositivos y conectividad a internet. Por ejemplo, la sobrecarga de información, donde la abundancia de recursos en línea puede resultar abrumadora, dificultando la identificación de información relevante y confiable [28] por lo que no debe perderse de vista que el uso de herramientas digitales y tecnologías son meramente materiales de apoyo cuya función es ayudar a reforzar lo previamente aprendido, superando barreras geográficas, lingüísticas o de discapacidad y otorgando accesibilidad a información para los pacientes. [28]

Por lo anterior se debe dejar claro que la combinación de una intervención educativa especializada acerca del manejo y cuidados del estoma al egreso hospitalario junto con un seguimiento por el mismo personal de enfermería combinado con el uso de programas digitales para el cuidado de ostomías puede mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados. [8]

### **Los instrumentos que evalúan calidad de vida más usados**

El uso de escalas estandarizadas para la medición de la calidad de vida es fundamental para identificar si la intervención educativa es efectiva en las áreas de la misma. La escala ideal para evaluar la calidad de vida en pacientes ostomizados es la Stoma-QOL [48](Ver **Anexo 1**), sin embargo logramos identificar otras 3 escalas diferentes que evalúan esta variable en los artículos consultados en nuestra revisión de alcance: la escala WHO-QOL (**Anexo 1**), fue la responsable de la valoración en los únicos dos artículos donde la intervención no fue efectiva en el grupo de experimental [43,45]. Por ello, consideramos importante que la intervención educativa incluya la aplicación de una herramienta estandarizada para medir la calidad de vida con el fin de evaluar el avance y así poder beneficiar a los pacientes al identificar si es verdaderamente efectiva y comparable con estándares validados en nuestra población.

### **Calidad de las fuentes de información**

Al ser una revisión de alcance, es de vital importancia que los datos utilizados sean confiables, ya que de ellos se fomentarán futuras investigaciones y enfoques nuevos

[61]. Con la Clasificación de revistas y países de SCImago (SJR por sus siglas en inglés)[62] evaluamos la validez de las revistas donde fueron publicados los artículos, de los cuales, la mayoría tuvieron el puntaje con mayor impacto siendo este Q1 [35,37,41–44]. De los anteriores, solo uno resalta que la educación, utilizando herramientas digitales, no es efectiva en la mejora de calidad de vida [43].

La evaluación individual de las publicaciones resultó en puntajes relativamente medianos- altos con calificaciones que fueron fluctuaron entre de 11 y 12 puntos de un máximo de 14, lo que nos indica una calidad buena, aunque la escasez de publicaciones en México resultó una limitante, y al mismo tiempo una ventana de oportunidad para desarrollar e implementar estrategias educativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados.

### **Principales dimensiones que influyen indirectamente a una mejoría en la calidad de vida**

Al revisar todas las publicaciones observamos que la mayoría de las intervenciones educativas, presenciales o por medio de herramientas digitales dirigidas a pacientes ostomizados, incrementarán la calidad de vida. Aunque en algunos artículos no se vio una significancia en la calidad de vida, sí hubo mejoría en las dimensiones que indirectamente mejoran la misma, lo cual también es importante resaltar ya que estos cambios suelen influir en el bienestar general de los pacientes. En este sentido, es importante mencionar que la calidad de vida engloba múltiples factores, y como se mencionó previamente esta es subjetiva, ya que depende de cada persona y a su vez, puede verse influenciada en cualquier momento dependiendo de la situación individual que cada paciente esté viviendo. [63]. Por lo que se debe mencionar que en ocasiones una sola herramienta es insuficiente para poder unificar y cuantificar todas las áreas de la misma en una población. Como se demostró en nuestra revisión, existen dimensiones individuales que aunque no siempre son evaluadas en los cuestionarios estandarizados de la calidad de vida, se ha evidenciado su relevancia y asociación para una mejoría en la misma, por ejemplo en un análisis secundario de un estudio longitudinal italiano se concluyó que el mantenimiento y la monitorización del autocuidado demostró tener una influencia positiva directa en la salud de las personas con ostomías [64]. Otros han mencionado que el enfocarse en mejorar las

habilidades de manejo de los estomas de los pacientes reduce el riesgo de complicaciones lo cual favorecerá su calidad de vida [45].

Así mismo en una revisión exploratoria realizada por Riegel et al. [65] destaca que en las intervenciones de autocuidado generalmente establecida.

Deberían de incluir varios componentes clave como: la educación del paciente, el apoyo conductual, mecanismos regulares de retroalimentación y el uso de herramientas de salud digital como aplicaciones y telemonitorización.

Como se logró evidenciar en nuestra revisión de alcance, muchos pacientes tienen conocimiento limitado del procedimiento, no saben del manejo de su estoma, ni autocuidado lo que resulta en un mal manejo del mismo con mayor riesgo de complicaciones [8] una educación desde al egreso hospitalario y con seguimiento durante su periodo de recuperación es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes, donde el personal de enfermería desempeña un papel crucial en este proceso al colaborar en la creación de planes de atención personalizados, adaptar las estrategias de manejo de enfermedades crónicas a las necesidades individuales de cada paciente y facilitar el seguimiento y la adherencia a las prácticas de autocuidado [10].

## **Herramientas para evaluar Calidad de Vida**

Cada instrumento evalúa áreas distintas en personas con ostomía. El COH-QOL es la herramienta más completa y específica, porque valora la calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica, social y espiritual, y además incluye aspectos muy propios de vivir con un estoma, como la sexualidad, el apoyo social, la imagen corporal, la vestimenta, la dieta y el manejo del dispositivo[66]. Esto permite una visión más real e integral del impacto de la ostomía. El Stoma-QOL es más breve y se centra en la calidad de vida funcional, sobre todo en el sueño, las relaciones íntimas y la vida social diaria[48]. El WHOQOL-BREF mide la calidad de vida general y no contempla elementos específicos de la ostomía, por lo que sirve para comparaciones con otras poblaciones[28]. La escala SF-36 es especialmente importante al analizar el impacto y resultado de tratamientos en la salud percibida de un paciente ya que incluye funcionamientos físicos y sociales [67]. En conclusión, cada instrumento aporta una perspectiva distinta. Las líneas precedentes pueden ser la explicación de algunos resultados heterogéneos en la calidad de vida como desenlace de las intervenciones educativas en nuestra revisión de alcance.

## **Fortalezas y limitaciones**

En cuanto a las limitaciones de esta revisión de alcance, consideramos que, al tener artículos con diseños de estudio sin definir [36,45], no tuvieron una evaluación adecuada, lo que puede llegar a comprometer la calidad en el contenido y sus conclusiones.

Encontramos, además, la falta de estandarización en el uso herramientas para medir la calidad de vida, así como una educación homogénea. Por otro lado, este estudio representa un punto de partida para la estandarización de un modelo educativo para los pacientes con estomas, con información de las publicaciones con mayor calidad analizadas en esta revisión de alcance, a fin de mejorar la calidad de vida de pacientes ostomizados.

## **Implicaciones clínicas**

La educación continua siempre es fundamental para el personal de salud ya que da como resultado el mayor beneficio para el paciente. Este constante aprendizaje y actualización otorga un mejor rendimiento en el trabajo, mejores técnicas y claro, la confianza y seguridad, para el personal de salud [68] y para las personas que han experimentado una ostomía.

Nuestra revisión de alcance puede ayudar al personal de salud a conocer la importancia de la educación antes, durante y después de la ostomía ya que puede ser de utilidad en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente ostomizado, así mismo deja abierta la ventana de oportunidad para diseñar y crear protocolos de investigación con mayor control en las intervenciones para contar con evidencia de la práctica clínica óptima.

Por ejemplo, el programa ACNM [36], que gracias a que el personal de enfermería estaba incluido en la intervención, la calidad de vida mejoró junto con una pronta recuperación de la función física y reducción de ansiedad. Por lo tanto, el personal de salud no solo está a cargo de la primera evaluación del estoma, sino también de resolver dudas e inquietudes para garantizar el cuidado de su estoma y un mejor autocuidado.

Por lo anterior, es necesario resaltar el papel del personal de enfermería óptimamente capacitado, es decir, especialistas en el manejo de estomas y además apoyar el

trabajo conjunto con los otros profesionales de la salud para poder realizar intervenciones educativas óptimas, personalizadas, con apoyo de las nuevas herramientas digitales para poder contribuir a una mejoría en la calidad de vida de los pacientes ostomizados.

## **Conclusiones**

Nuestros hallazgos sugieren que la educación en los pacientes ostomizados pueden impactar en su calidad de vida de manera positiva al disminuir complicaciones, inseguridades y mejorar su autocuidado. De acuerdo con la evidencia analizada, las intervenciones más efectivas son aquellas que integran componentes que facilitan el acceso y cercanía al personal de salud, siendo los talleres presenciales los más efectivos. China e Irán fueron los principales países que han estudiado esta temática, lo cual nos da la oportunidad de ser pioneros en México para seguir investigando y formulando estrategias educativas.

## **Recursos:**

- Humanos: Búsqueda bibliográfica, descripción y análisis de resultados en este protocolo: Lic. en Enf. Montserrat Concepción Rodríguez, Lic. en Enf. Ana Karina Zamudio y Dra. Paulina Morales, Supervisión y asesoramiento: Dras. Reyna Sámano y Blanca Estela López Hernández.
- Financieros: sin financiamiento

## Anexos

<b>Anexo 1. Comparación de cuestionarios estandarizados</b>			
COH-QOL [69]	Stoma-QOL [48]	WHOQOL-BREF [70]	SF-36 [67,71]
Año y autores:  City of Hope National Medical Center en 2004.	Año y autores:  Prieto, Thorsen y Juul en 2005.	Año y autores:  WHOQOL Group en colaboración con la OMS. en 1998	Año y autores:  John E. Ware Jr., a principio de los 90s
Propósito: Medir calidad de vida en personas con ostomía desde un enfoque multidimensional.	Propósito: Medir la calidad de vida específica en pacientes con colostomía o ileostomía.	Propósito: Medir calidad de vida general en sujetos sanos y enfermos.	Propósito: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud, detectando los beneficios de algún tratamiento.
Estructura:  Parte 1: datos sociodemográficos, autocuidado, apoyo, sexualidad, dieta, vestimenta.  Parte 2: dominios de calidad de vida:	Estructura:  Evalúa sueño, relaciones íntimas, vida social, relaciones familiares y relaciones externas.	Estructura:  24 ítems en 4 dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.  2 ítems globales de calidad de vida y salud.	Estructura:  Evalúa funciones físicas, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

físico, psicológico, social y espiritual.			
Ítems 43	Ítems 20	Ítems 26	Ítems 36
<p>Respuesta:</p> <p>Escala Likert de 0 a 10.</p>	<p>Respuesta:</p> <p>Likert de 4 opciones (Siempre / A veces / En raras ocasiones / Nunca).</p>	<p>Respuesta:</p> <p>Likert de 5 puntos.</p>	<p>Respuesta:</p> <p>Likert de 0-100 (peor/mejor).</p>
<p>Interpretación:</p> <p>Promedio general; mayor puntuación = mejor calidad de vida.</p>	<p>Interpretación:</p> <p>Mayor puntuación = mejor calidad de vida.</p>	<p>Interpretación:</p> <p>Puntajes altos indican mejor calidad de vida.</p>	<p>Interpretación:</p> <p>Mayor puntuación = mejor salud.</p>

[Elaboación de origen propio]

## Anexo 2. Evaluaciones de Artículos

Artículos Ensayo clínico [62]	1	2	4	7	10	11
1. ¿El estudio se describió como aleatorizado, un ensayo aleatorizado, un ensayo clínico aleatorizado o un ECA?	1	1	1	1	1	1
2. ¿Fue adecuado el método de aleatorización (es decir, el uso de asignaciones generadas aleatoriamente)?	0	1	1	1	1	1
3. ¿Se ocultó la asignación de tratamiento (de modo que no se pudieron predecir las asignaciones)?	0	0	0	1	0	0
4. ¿Los participantes y proveedores del estudio estaban cegados a la asignación del grupo de tratamiento?	0	0	0	1	0	0
5. ¿Las personas que evaluaron los resultados estaban cegadas a las asignaciones grupales de los participantes?	0	0	0	1	0	0
6. ¿Fueron los grupos similares al inicio en características importantes que podrían afectar los resultados (p. ej., datos demográficos, factores de riesgo, condiciones comórbidas)?	1	1	1	1	1	1
7. ¿La tasa general de abandono del estudio al final fue del 20% o menos del número asignado al tratamiento?	1	0	0	1	1	1
8. ¿La tasa diferencial de abandono (entre los grupos de tratamiento) en el criterio de valoración fue de 15 puntos porcentuales o menos?	1	0	1	1	1	1
9. ¿Hubo una alta adherencia a los protocolos de intervención para cada grupo de tratamiento?	1	1	0	1	1	0
10. ¿Se evitaron otras intervenciones o fueron similares en los grupos (p. ej., tratamientos de fondo similares)?	1	0	0	1	1	0
11. ¿Los resultados se evaluaron mediante medidas válidas y confiables, implementadas de manera consistente en todos los participantes del estudio?	1	1	1	1	1	1
12. ¿Los autores informaron que el tamaño de la muestra era lo suficientemente grande como para poder detectar una diferencia en el resultado principal entre los grupos con al menos un 80% de poder?	0	0	0	1	0	0
13. ¿Se informaron los resultados o se analizaron los subgrupos preespecificados (es decir, identificados antes de que se realizaran los análisis)?	1	0	0	1	1	1
14. ¿Se analizaron todos los participantes aleatorizados en el grupo al que fueron asignados originalmente, es decir, utilizaron un análisis por intención de tratar?	1	0	0	0	1	0
TOTAL	9	5	5	13	10	7

Artículo Evaluación de la calidad de los estudios de casos y controles [62]	3
1. ¿La pregunta u objetivo de investigación en este documento estaba claramente establecido y era apropiado?	1
2. ¿Se especificó y definió claramente la población del estudio?	1
3. ¿Los autores incluyeron una justificación del tamaño de la muestra?	1
4. ¿Se seleccionaron o reclutaron controles de la misma población o de una población similar que dio lugar a los casos (incluido el mismo período de tiempo)?	0
5. ¿Las definiciones, los criterios de inclusión y exclusión, los algoritmos o los procesos utilizados para identificar o seleccionar casos y controles fueron válidos, confiables e implementados de manera consistente en todos los participantes del estudio?	1
6. ¿Estaban los casos claramente definidos y diferenciados de los controles?	1
7. Si se seleccionaron menos del 100 por ciento de los casos y/o controles elegibles para el estudio, ¿se seleccionaron los casos y/o controles al azar entre los elegibles?	0
8. ¿Se utilizaron controles simultáneos?	1
9. ¿Pudieron los investigadores confirmar que la exposición/riesgo ocurrió antes del desarrollo de la condición o evento que definió a un participante como un caso?	0
10. ¿Las medidas de exposición/riesgo estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente (incluido el mismo período de tiempo) en todos los participantes del estudio?	1
11. ¿Los evaluadores de exposición/riesgo estaban cegados al estado del caso o del control de los participantes?	0
12. ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las variables de confusión potenciales clave en los análisis? Si se utilizó el emparejamiento, ¿los investigadores tuvieron en cuenta el emparejamiento durante el análisis del estudio?	1
TOTAL	8

Artículo Herramienta de evaluación de la calidad para estudios observacionales de cohortes y transversales [62]	9
1. ¿Se indicó claramente la pregunta u objetivo de investigación en este documento?	1
2. ¿Se especificó y definió claramente la población del estudio?	1
3. ¿La tasa de participación de las personas elegibles fue de al menos el 50%?	0
4. ¿Todos los sujetos fueron seleccionados o reclutados de la misma población o de poblaciones similares (incluido el mismo período de tiempo)? ¿Se preespecificaron los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio y se aplicaron de manera uniforme a todos los participantes?	1
5. ¿Se proporcionó una justificación del tamaño de la muestra, una descripción de la potencia o estimaciones de varianza y efecto?	1
6. Para los análisis de este documento, ¿se midieron las exposiciones de interés antes de que se midieran los resultados?	0
7. ¿Fue suficiente el marco de tiempo para que uno pudiera esperar razonablemente ver una asociación entre la exposición y el resultado si existiera?	1
8. Para exposiciones que pueden variar en cantidad o nivel, ¿el estudio examinó diferentes niveles de exposición en relación con el resultado (por ejemplo, categorías de exposición o exposición medida como variable continua)?	0
9. ¿Las medidas de exposición (variables independientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio?	1
10. ¿Se evaluaron las exposiciones más de una vez a lo largo del tiempo?	1
11. ¿Las medidas de resultado (variables dependientes) estaban claramente definidas, eran válidas, confiables y se implementaron de manera consistente en todos los participantes del estudio?	1
12. ¿Los evaluadores de resultados estaban cegados al estado de exposición de los participantes?	0
13. ¿La pérdida durante el seguimiento después del inicio fue del 20% o menos?	1
14. ¿Se midieron y ajustaron estadísticamente las variables de confusión potenciales clave por su impacto en la relación entre las exposiciones y los resultados?	0
TOTAL	9

Artículo Cuasiexperimental, antes y después [62]	5	6	8
--	---	---	---

1. ¿El estudio tiene una pregunta u objetivos claros desde el inicio?	1	1	1
2. ¿Los criterios de selección/elegibilidad para la población del estudio fueron especificados y claramente descritos?	1	0	1
3. ¿Los participantes del estudio ?	1	0	0
4. ¿Los participantes y proveedores del estudio estaban cegados a la asignación del grupo de tratamiento?	0	0	0
5. ¿Las personas que evaluaron los resultados estaban cegadas a las asignaciones grupales de los participantes?	0	0	0
6. ¿Fueron los grupos similares al inicio en características importantes que podrían afectar los resultados (p. ej., datos demográficos, factores de riesgo, condiciones comórbidas)?	1	1	1
7. ¿La tasa general de abandono del estudio al final fue del 20% o menos del número asignado al tratamiento?	0	1	1
8. ¿La tasa diferencial de abandono (entre los grupos de tratamiento) en el criterio de valoración fue de 15 puntos porcentuales o menos?	0	1	1
9. ¿Hubo una alta adherencia a los protocolos de intervención para cada grupo de tratamiento?	1	1	1
10. ¿Se evitaron otras intervenciones o fueron similares en los grupos (p. ej., tratamientos de fondo similares)?	1	1	1
11. ¿Los resultados se evaluaron mediante medidas válidas y confiables, implementadas de manera consistente en todos los participantes del estudio?	1	1	1
12. ¿Los autores informaron que el tamaño de la muestra era lo suficientemente grande como para poder detectar una diferencia en el resultado principal entre los grupos con al menos un 80% de poder?	1	0	0
13. ¿Se informaron los resultados o se analizaron los subgrupos preespecificados (es decir, identificados antes de que se realizaran los análisis)?	0	1	1
14. ¿Se analizaron todos los participantes aleatorizados en el grupo al que fueron asignados originalmente, es decir, utilizaron un análisis por intención de tratar?	0	1	0
TOTAL	8	5	9

### Anexo 3. Tabla de abreviaturas

Abreviatura	Significado
PH	Potencial de hidrógeno
IMC	Índice de masa muscular
OMS	Organización mundial de la salud
IMSS	Instituto mexicano del seguro social
ISSTE	Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado
PEMEX	Petróleos mexicanos
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
BVS	Biblioteca virtual en salud
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MESH	Medical subjects headings
NIH	National Institutes of Health
ACNM	The Ahmadi Continuation of Care Model
COH-QOL	City of Hope-Quality of Life-Ostomy Questionnaire
WHO-QOL-Brief	World Health Organization Quality of Life-BREF
STOMA-QOL	Stoma Quality of Life
CV	Calidad de vida
SBQ-CEP	Self-management behavior questionnaire for Chinese enterostomy patients
MLEP	Multimedia Learning Education Program
PAHO	Pan American Health

## Bibliografía:

1. Dourado, J.; Garoufalia, Z.; Emile, S.H.; Wignakumar, A.; Aeschbacher, P.; Rogers, P.; Delgado, Z.; Greer, M.; Wexner, S.D. Ostomy Continence Devices: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *Colorectal Dis* **2024**, *26*, 622–631, doi:10.1111/codi.16906.
2. Danielsen, A.K. Life after Stoma Creation. *Dan Med J* **2013**, *60*, B4732.
3. Malik, T.; Lee, M.J.; Harikrishnan, A.B. The Incidence of Stoma Related Morbidity - a Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Ann R Coll Surg Engl* **2018**, *100*, 501–508, doi:10.1308/rcsann.2018.0126.
4. Pachler, J.; Wille-Jørgensen, P. Quality of Life after Rectal Resection for Cancer, with or without Permanent Colostomy. *Cochrane Database Syst Rev* **2004**, CD004323, doi:10.1002/14651858.CD004323.pub2.
5. Vonk-Klaassen, S.M.; de Vocht, H.M.; den Ouden, M.E.M.; Eddes, E.H.; Schuurmans, M.J. Ostomy-Related Problems and Their Impact on Quality of Life of Colorectal Cancer Ostomates: A Systematic Review. *Qual Life Res* **2016**, *25*, 125–133, doi:10.1007/s11136-015-1050-3.
6. Niu, N.; Du, S.; Yang, D.; Zhang, L.; Wu, B.; Zhi, X.; Li, J.; Xu, D.; Zhang, Y.; Meng, A. Risk Factors for the Development of a Parastomal Hernia in Patients with Enterostomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Colorectal Dis* **2022**, *37*, 507–519, doi:10.1007/s00384-021-04068-5.
7. Skibsted, C.V.; Jensen, B.T.; Juul, T.; Kristensen, H.Ø. Patient Reported Outcome Measures Assessing Quality of Life in Patients with an Intestinal Stoma: A Systematic Review. *Colorectal Dis* **2022**, *24*, 1128–1139, doi:10.1111/codi.16202.
8. Ferrara, F.; Parini, D.; Bondurri, A.; Veltri, M.; Barbierato, M.; Pata, F.; Cattaneo, F.; Tafuri, A.; Forni, C.; Roveron, G.; et al. Italian Guidelines for the Surgical Management of Enteral Stomas in Adults. *Tech Coloproctol* **2019**, *23*, 1037–1056, doi:10.1007/s10151-019-02099-3.
9. Kaur, M.; Kaffenberger, B.H. Topical Corticosteroid Powder for Peristomal Pyoderma Gangrenosum: A Systematic Review. *Wounds* **2024**, *36*, 331–337, doi:10.25270/wnds/24020.
10. Zewude, W.C.; Derese, T.; Suga, Y.; Teklewold, B. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiop. J. Health Sci.* **2021**, *31*, 993–1000, doi:10.4314/ejhs.v31i5.11.
11. Colwell, J.; Carmel, J.; Wound, Ostomy and Continence Nurses Society® *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society® Core Curriculum: Ostomy Management*; Lippincott Williams & Wilkins, 2015; ISBN 9781496320636.
12. Ifses Academia Todo sobre estomas: definición y cuidados clave Available online: <https://ifses.es/que-es-un-estoma/> (accessed on 19 May 2025).
13. de Miguel Velasco, M.; Jiménez Escovar, F.; Parajó Calvo, A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cir. Esp.* **2014**, *92*, 149–156, doi:10.1016/j.ciresp.2013.09.011.
14. Gómez-Romero, J.C.; Mosquera-Romero, M.C. Estomas: complicaciones, manejo y prevención. Una revisión actual. *Rev Colomb Cir* **2024**, *39*, 122–131, doi:10.30944/20117582.2348.
15. Vivir con una ostomía Available online: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/vivir-con-una-ostomia> (accessed on 19 May 2025).

16. *Guía Para Nuevos Pacientes Con Ostomías*; Settlemyre, I., Ed.; Ian Settlemyre, 2020; Vol. 1;.
17. Victor W. Fazio, James M. Church, James S. Wu *Atlas of Intestinal Stomas*; Springer Science, 2012;
18. Zarate, A. Ostomías, Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae., 2021.
19. Medina, E. Enfermedad Inflamatoria Intestinal (I): Clasificación, Etiología y Clínica. *Anales de Pediatría Continuada* **2013**, *11*, 9.
20. Burgess-Stocks, J. ALIMENTACIÓN CON UNA OSTOMÍA. Una Guía Completa de Nutrición Para Aquellos Que Viven Con Una Ostomía. *ALIMENTACIÓN CON UNA OSTOMÍA* **2022**, 76.
21. Santos, E. Absorción de nutrientes en el tracto gastrointestinal Available online: <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/gastroenterologia/absorcion-de-nutrientes-en-el-tracto-gastrointestinal--infografia/21922> (accessed on 27 May 2025).
22. del Seguro Social, I.M. Tratamiento Médico-Nutricional Del Paciente Con ESTOMAS DE ELIMINACIÓN DE TUBO DIGESTIVO. *Guía de Referencia Rápida* 58.
23. Bsn, S.E.P.J.; de UOAA, C.U.P. Una Guía Completa de Nutrición Para Aquellos Que Viven Con Una Ostomía Available online: [https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2023/02/UOAA\\_Eating\\_with\\_an\\_Ostomy\\_Spanish\\_2023-01.pdf](https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2023/02/UOAA_Eating_with_an_Ostomy_Spanish_2023-01.pdf) (accessed on 27 May 2025).
24. de Salud, S. 131. Necesario, Modificar Estilos de Vida Para Evitar Desarrollo de Cáncer Colorrectal: INCan Available online: <http://www.gob.mx/salud/prensa/131-necesario-modificar-estilos-de-vida-para-evitar-desarrollo-de-cancer-colorrectal-incan?idiom=es> (accessed on 19 May 2025).
25. del Pilar Sánchez-Bautista Enf. Juan Manuel Espinosa-Estévez M. E. Juan Gabriel Rivas-Espinosa M. E. Sandra Hernández-Corral, L.O.C.-C.L.M.A.C.-G.L.L.P.-C.E.M. Epidemiología de Ostomías de Eliminación En Diferentes Unidades de Salud Del Distrito Federal. *Revista CONAMED* **2009**, *5*.
26. Mortensen, N. Pouches and Stomas. *ELSEVIER* **2019**, *30*, 6, doi:10.1016/j.mpmed.2019.04.004.
27. ¿Qué es la educación? (y en qué radica su importancia) Available online: <https://blog.up.edu.mx/universidad-panamericana-en-linea/que-es-la-educacion-y-cual-es-su-importancia> (accessed on 25 November 2025).
28. [No Title] Available online: <https://cunorpedagogia.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/07/elementos-del-hecho-educativo.pdf> (accessed on 26 November 2025).
29. Website Available online: chrome-extension://bjfhmglicieghdpefhhlphglcehbmek/pdfjs/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Fdocs.bvsalud.org%2Fbiblioref%2F2021%2F05%2F1223572%2F271-285.pdf.
30. Promoción de la salud Available online: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud> (accessed on 26 November 2025).
31. O'Shea, H.S. Teaching the Adult Ostomy Patient. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* **2001**, *28*, 47–54, doi:10.1067/mjw.2001.112085.
32. Publicaciones Available online: <http://www.intervencioneducativa.mx/publicaciones.html?idp=13> (accessed on 3

- December 2025).
33. intervencion. Diccionario médico Available online: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/intervencion> (accessed on 3 December 2025).
  34. Enfoque por competencias: qué es, características y aplicación en la educación básica Available online: <https://www.rededuca.net/blog/educacion-y-docencia/enfoque-por-competencias> (accessed on 26 November 2025).
  35. Rajabi, Z.; Khatiban, M.; Falahan, S.N.; Soltanian, A.R. Teach-Back Communication Versus Pictorial-Based Learning on Self-Care Knowledge and Adherence, Self-Efficacy and Peristomal Skin Healing in Patients After Emergency Surgery Colostomy: A 3-Arm, Randomised, Controlled Trial. *Nurs Open* **2025**, *12*, e70258, doi:10.1002/nop2.70258.
  36. Yan, H.; Su, Y.; Wang, L. Impact of Ahmadi Continuing Nursing Model on Self-Care Ability, Stoma Complications and Quality of Life of Colostomy Patients. *BMC Gastroenterol* **2024**, *24*, 421, doi:10.1186/s12876-024-03497-0.
  37. Hakim, A.; Kazemi, S.; Peyvasteh, M.; Haghighizadeh, M.H. The Effectiveness of the Educational Program on Knowledge and Caring Performance of Parents of Children with Colostomy: A Clinical Trial Study. *BMC Pediatrics* **2025**, *25*, 1–8, doi:10.1186/s12887-025-05591-y.
  38. Golpazir-Sorkheh, A.; Ghaderi, T.; Mahmoudi, S.; Moradi, K.; Jalali, A. Family-Centered Interventions and Quality of Life of Clients with Ostomy. *Nurs Res Pract* **2022**, *2022*, 9426560, doi:10.1155/2022/9426560.
  39. Indrebø, K.L.; Aasprang, A.; Olsen, T.E.; Andersen, J.R. Experiences and Results from Using a Novel Clinical Feedback System in Routine Stoma Care Nurse Follow-up of Patients with an Ostomy: A Longitudinal Study. *J Patient Rep Outcomes* **2023**, *7*, 27, doi:10.1186/s41687-023-00573-z.
  40. Fang, X.; Tu, J.; Wang, Q. Study on the Impact of WeChat Platform Continuity Care on Complications and Self-Care Ability in Colostomy Patients. *Medicine (Baltimore)* **2025**, *104*, e43175, doi:10.1097/MD.00000000000043175.
  41. van der Storm, S.L.; Consten, E.C.J.; Govaert, M.J.P.M.; Tuynman, J.B.; Oosterling, S.J.; Grotenhuis, B.A.; Smits, A.B.; Marsman, H.A.; van Rossem, C.C.; van Duyn, E.B.; et al. Better Stoma Care Using the Stoma App: Does It Help? A First Randomized Double-Blind Clinical Trial on the Effect of Mobile Healthcare on Quality of Life in Stoma Patients. *Surg Endosc* **2024**, *38*, 1442–1453, doi:10.1007/s00464-023-10593-x.
  42. Ko, H.-F.; Wu, M.-F.; Lu, J.-Z. A Randomized Control Study: The Effectiveness of Multimedia Education on Self-Care and Quality of Life in Patients with Enterostomy. *Int Wound J* **2023**, *20*, 4244–4252, doi:10.1111/iwj.14326.
  43. Krouse, R.S.; Zhang, S.; Wendel, C.S.; Sun, V.; Grant, M.; Ercolano, E.; Hornbrook, M.C.; Cidav, Z.; Nehemiah, A.; Rock, M.; et al. A Randomized Prospective Trial of an Ostomy Telehealth Intervention for Cancer Survivors. *Cancer* **2024**, *130*, 618–635, doi:10.1002/cncr.35091.
  44. Ozel, H.; Kaya, H. The Effect of Web-Based Patient Education on Quality of Life of Patients With Colostomy and Ileostomy: A Randomized Controlled Trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* **2025**, *52*, 313–319, doi:10.1097/WON.0000000000001198.
  45. Dong, L. Impact of Discharge Planning Combined with "Internet Home Ostomy Care Platform" in Patients with Permanent Colostomy after Rectal Cancer Surgery. *Annali Italiani di Chirurgia* **2024**, *95*, 699–707, doi:10.62713/aic.3459.

46. Bautista-Rodríguez, L.M. La Calidad de Vida Como Concepto. *Revista Ciencia y Cuidado Junio de 2017*, 14, 4.
47. Collado Boira, E.J.; García, P. Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. *European Journal of Health Research: (EJHR) 2015*, 1, 107–118.
48. Prieto, L.; Thorsen, H.; Juul, K. Development and Validation of a Quality of Life Questionnaire for Patients with Colostomy or Ileostomy. *Health Qual Life Outcomes 2005*, 3, 62, doi:10.1186/1477-7525-3-62.
49. Diccionario de cáncer del NCI Available online: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer> (accessed on 16 November 2025).
50. Scimago Journal & Country Rank Available online: <https://www.scimagojr.com/> (accessed on 16 November 2025).
51. Website Available online: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15752>.
52. Mexico - Country Profile Available online: <https://hia.paho.org/en/country-profiles/mexico> (accessed on 19 November 2025).
53. Grbic, A.; Causevic, M.; Brodaric, S.; Birk, M.; Oblak, I. Gender Impact on Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors. *Radiology and Oncology 2025*, 59, 457–465, doi:10.2478/raon-2025-0023.
54. Dahouri, A.; Sahebihagh, M.H.; Gilani, N. Comparison of Sexual Function of People with Colorectal Cancer with and without Colostomy Bag in Iran: A Comparative Cross-Sectional Study. *Scientific Reports 2023*, 13, 12558, doi:10.1038/s41598-023-39728-9.
55. Eraydın, Ş.; Okan, İ.; Akbaş, A. Effects of Patients' Adjustment to Intestinal Ostomy on Sleep Quality: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Bagcilar Medical Bulletin 2025*, doi:10.4274/BMB.galenos.2025.2024-05-043.
56. Yao, Q.; Li, G.; Dong, Z.; Liu, K.; Dong, X. Stigma and Social Withdrawal among Colorectal Cancer Survivors with Permanent Stomas: The Mediating Role of Social Motivation in Psychosocial Adaptation. *Front. Psychiatry 2025*, 16, 1600287, doi:10.3389/fpsy.2025.1600287.
57. Cañon-Montañez, W.; Duque-Cartagena, T.; Rodríguez-Acelas, A.L. Effect of Educational Interventions to Reduce Readmissions Due to Heart Failure Decompensation in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Invest. Educ. Enferm. 2021*, 39, doi:10.17533/udea.iee.v39n2e05.
58. Talevski, J.; Shee, A.W.; Rasmussen, B.; Kemp, G.; Beauchamp, A. Teach-Back: A Systematic Review of Implementation and Impacts. *PLOS ONE 2020*, 15, e0231350, doi:10.1371/journal.pone.0231350.
59. Effects of the Application of Ahmadi Continuous Nursing Model in Children with Diabetic Ketoacidosis. *Signa Vitae 2023*, doi:10.22514/sv.2023.017.
60. Gutierrez, M.M.; Patikorn, C.; Anantachoti, P. Evaluation of Pharmaceutical Pictogram Comprehension among Adults in the Philippines. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice 2022*, 15, 30, doi:10.1186/s40545-022-00426-y.
61. Website Available online: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(24\)00056-8/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(24)00056-8/fulltext).
62. About Us Available online: <https://www.scimagojr.com/aboutus.php> (accessed on 19 November 2025).

63. Vista de Calidad de vida, bienestar y salud Available online: <https://upeg.edu.mx/redicye/jsredicye/index.php/redicye/article/view/48/28> (accessed on 19 November 2025).
64. Marcomini, I.; Iovino, P.; Rasero, L.; Manara, D.F.; Vellone, E.; Villa, G. Self-Care and Quality of Life of Ostomy Patients: A Structural Equation Modeling Analysis. *Nurs Rep* **2024**, *14*, 3417–3426, doi:10.3390/nursrep14040247.
65. Characteristics of Self-Care Interventions for Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies* **2021**, *116*, 103713, doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103713.
66. Rodríguez, L.Y.V.; Monguí, J.A.R.; Mesa, M.P.Q.; Franco, E.L.C. Adaptación al español del instrumento City of Hope-Quality of Life-Ostomy. *Avances en Enfermería* **2023**, 412005av–412005av.
67. Vilagut, G.; Ferrer, M.; Rajmil, L.; Rebollo, P.; Permanyer-Miralda, G.; Quintana, J.M.; Santed, R.; Valderas, J.M.; Domingo-Salvany, A.; Alonso, J. El Cuestionario de Salud SF-36 Español: Una Década de Experiencia y Nuevos Desarrollos. *Gac Sanit* **2005**, *19*, 135–150.
68. Cruz, F.J.C. La Importancia de la Educación continua para el desarrollo Profesional de las Enfermeras. *Vitalia* **2022**, *3*, 111–124, doi:10.61368/r.s.d.h.v3i2.39.
69. Website Available online: doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n2.109118>.
70. Skevington, S.M.; Lotfy, M.; O’Connell, K.A.; WHOQOL Group The World Health Organization’s WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* **2004**, *13*, 299–310, doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.
71. PDF y calculadora en línea Available online: <https://www.physiotutors.com/es/questionnaires/sf-36-rand-36-mos/> (accessed on 20 November 2025).