



“Cáncer de colon y calidad de vida: una revisión bibliográfica”

Autora: Dña. Daniela Raya Ferrera

Tutora: Prof. Dña. M.^a Dolores Mora Benavente

Trabajo Fin de Grado

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería

Universidad de la Laguna

Junio 2018

ÍNDICE

RESUMEN-ABSTRACT.....	1
INTRODUCCIÓN. -ANTECEDENTES.....	3
PROPÓSITO.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	20
CONSIDERACIONES FINALES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	31

RESUMEN

En la actualidad el cáncer se ha convertido en la enfermedad crónica más común en nuestra sociedad, así como una de las principales causas de muerte. El cáncer colorrectal se sitúa como el tercer tumor más frecuente entre los varones. En Canarias supone la neoplasia maligna más habitual si excluimos los cánceres de piel. Su screening está incluido en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud Español, para conseguir una detección precoz.

El propósito de este trabajo es recopilar aquellos artículos científicos que relacionen la calidad de vida con los pacientes que padecen cáncer colorrectal, con el objetivo de identificar las necesidades de estas personas y tenerlas cubiertas para conseguir una buena calidad de vida.

Para realizar esta revisión se han utilizado los recursos de búsqueda PuntoQ, en el que se hallaron 234 artículos de los que solo 9 cumplen los criterios establecidos, así como Google Académico, en el que se contabilizaron 325 resultados y solo 12 se ajustaban a estos criterios.

Como conclusión de esta búsqueda bibliográfica, se ha deducido que existe un déficit de literatura científica que relacionen ambos conceptos y traten de identificar las necesidades de estos pacientes. Por ello, la enfermería debe compartir sus conocimientos y experiencias con la comunidad científica, para poner en común toda esta información y procurar unos cuidados de calidad para estos pacientes, con lo que aumentará notablemente su calidad de vida.

Palabras clave: cáncer de colon, calidad de vida, enfermería y ostomías.

ABSTRACT

Nowadays cancer has become the most common chronic disease in our society, as well as one of the main causes of death. Colorectal cancer is the third most frequent tumor among men. In the Canary Islands it is the most common malignancy if we exclude skin cancers. Its screening is included in the portfolio of services of the Spanish National Health System, to achieve early detection.

The purpose of this work is to collect those scientific articles that relate the quality of life with patients suffering from colorectal cancer, in order to identify the needs of these people and have them covered to achieve a good quality of life.

To perform this review, we used the search resources PuntoQ, which found 234 articles of which only 9 meet the established criteria, as well as Google Scholar, which counted 325 results and only 12 met these criteria.

As a conclusion of this bibliographical search, it has been deduced that there is a deficit of scientific literature that relate both concepts and try to identify the needs of these patients. Therefore, nursing must share their knowledge and experiences with the scientific community, to share all this information and provide quality care for these patients, which will significantly increase their quality of life.

Keywords: colon cancer, quality of life, nursing and ostomies

INTRODUCCIÓN. - ANTECEDENTES

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia maligna más frecuente que se puede presentar en el tubo digestivo, siendo el tumor con mayor incidencia en España si se agrupan ambos sexos. Además, ocupa los primeros puestos en las principales causas de muerte de nuestro país, con 41.441 nuevos diagnosticados cada año ⁽¹⁾. Se trata del tercer tumor más frecuente entre los varones, seguido por el de pulmón y próstata y el segundo en mujeres, detrás del de mama. Se estima que, antes de los 74 años, afectará a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres, observándose la edad como un factor de riesgo importante ya que existe un incremento brusco de la incidencia a partir de los 50 años ⁽²⁾.

Actualmente, en Europa la supervivencia a los 5 años está en torno a un 57% de media, situándose España por encima de ella con un 64%. Se ha demostrado que una detección temprana de esta neoplasia aumenta la supervivencia del paciente en un 90-92% a los cinco años, pues en 2009 la supervivencia media a los cinco años, tras el diagnóstico de esta patología, en nuestro país se situaba en un 48%, todo ello gracias a la implementación de los test de cribaje en la cartera de servicios de Atención Primaria ^(1, 3).

Con respecto a la comunidad de Canarias, según datos del Registro Poblacional de Cáncer de Canarias, se puede decir que el CCR es el tumor maligno más frecuente si se excluyen los de piel. No obstante, la incidencia se sitúa por debajo de la media española, con un total de 421 fallecidos en 2008, representando el 11% de las muertes por cáncer según datos facilitados por el Instituto Canario de Estadística ⁽⁴⁾.

Este tumor, procedente del crecimiento anómalo de las células de la mucosa del intestino grueso y de sus glándulas, comienza como una serie de pólipos en la mucosa intestinal que se desarrollan y acaban siendo malignos ⁽¹⁾. Existen cuatro tipos de cáncer que pueden aparecer en el colon y recto: ⁽¹⁾

- Sarcomas: si son originados en la capa muscular de la mucosa intestinal.
- Linfomas: aparecen en las células de defensa del aparato digestivo.
- Tumores carcinoides: se dan en las glándulas secretoras de hormonas digestivas.
- Adenocarcinoma.

El más frecuente es el adenocarcinoma, siendo el responsable del 90-95% de los casos y aparece en la mucosa que recubre el intestino ⁽¹⁾. Aunque la mayoría de casos de esta neoplasia aparecen esporádicamente (70-75%), según un estudio llevado a cabo en

2007, por la Asociación Española de Gastroenterología denominado Epicolon I, se ha demostrado que en el 25-30% restante podría existir una historia familiar que propicie su proliferación y desarrollo. Además, un 3-5% de los casos aparece en pacientes con antecedentes familiares de CCR, sobre todo la denominada Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), cuya prevalencia es de un 1% en España, o un caso de CCR hereditario no asociado a poliposis (CCHNP) o Síndrome de Lynch, con una prevalencia de 2,5%. Así, menos del 1% prolifera en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ⁽⁵⁾.

Por otro lado, según los hallazgos endoscópicos, la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED) distingue otros cuatro tipos de cáncer colorrectal: prominente (dividiéndose en polipoide y vellosa), ulcerado, infiltrante y avanzado inclasificable ⁽⁶⁾.

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias que se pueden detectar con mayor facilidad previamente a la aparición de los primeros síntomas. Existen diversas formas de detectarlo, como son: ⁽¹⁾

-Realización del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH): es un sencillo examen de heces mediante el cual se puede observar la presencia de sangre en las mismas. Si el resultado fuese positivo, se derivaría al paciente a una colonoscopia para comprobar de dónde procede dicho sangrado y poder con ello eliminar precozmente pequeñas lesiones poliposas que puedan convertirse en tumores, o tratar el cáncer a tiempo en caso de que ya se hubiese desarrollado. La frecuencia de realización de este test es bienal, y la tasa de positivos se sitúa en torno a un 6-7%. En España se ha conseguido incluir esta prueba en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, siendo las CC. AA las responsables de proveerlas a la población de forma gratuita.

-Realización de una colonoscopia completa: supone una técnica muy molesta para el paciente y en la actualidad se está poniendo en interrogante su utilidad como método de diagnóstico precoz.

La población a la que va dirigido este screening de cáncer colorrectal es aquella considerada de riesgo medio, como son hombres y mujeres entre 50 y 69 años, que no hayan padecido antes esta enfermedad ni tengan antecedentes previos, pues aquellos que tengan historia familiar deberán tener un seguimiento especial por pertenecer al grupo de alto riesgo ⁽¹⁾.

Se estima que un 90% de los cánceres de colon y recto se podrían detectar de forma temprana ⁽¹⁾, y es ahí donde los profesionales de la salud juegan un papel fundamental, sobre todo en la educación sanitaria de la población para concienciar a los grupos de

riesgo de la importancia de realizarse de este screening, que no supone ningún perjuicio para el paciente. Así, para poder valorar el pronóstico de un paciente diagnosticado de cáncer de colon cobran importancia factores como la edad, el sexo, las características anatómicas del tumor y su calificación dentro de la clasificación TNM que se tratará más adelante (7).

Este tipo de cáncer puede cursar asintomático, no obstante, la sintomatología y los signos también dependerán de la localización del tumor y pueden ser muy variados: (2,6,8,9)

-Dolor abdominal: normalmente de tipo inespecífico, aunque si el tumor llega a ocluir parcialmente la luz intestinal, el dolor que se produce suele ser de tipo cólico.

-Hemorragia digestiva baja (sangre en las heces): es el síntoma más característico. Puede tratarse de sangre roja, frecuente en los tumores de sigma y colon descendente, o sangre oscura, característica de los cánceres de colon ascendente, que se mezcla con las heces y da lugar a las melenas (deposiciones negras).

-Anemia ferropénica: se puede presentar en forma de cansancio, sensación de disnea, palpitaciones o mareos. Se produce a consecuencia de la sangre perdida en las heces.

-Cambios en el ritmo de las deposiciones: puede aparecer estreñimiento o diarrea en personas con hábito intestinal normal previo, aunque lo más frecuente es que se intercalen temporadas de estreñimiento con diarrea.

-Heces más estrechas: se producen cuando el tumor es de un tamaño significativo y obstruye la luz intestinal.

-Tenesmo o sensación de vaciamiento incompleto del intestino: frecuente en tumores distales de colon.

-Obstrucción intestinal: si el tumor es tan grande como para ocluir totalmente la luz intestinal. Supone una urgencia vital para el paciente y cursa con estreñimiento prolongado, vómitos, náuseas, dolor abdominal y malestar general.

-Cansancio extremo o pérdida excesiva e inexplicable de peso: se da en tumores muy avanzados.

-Masa palpable en el recto o en fosa ilíaca derecha.

-Aumento de los gases intestinales.

En base a su extensión, el cáncer colorrectal presenta distintos estadios (según la clasificación TNM): ⁽¹⁰⁾

-T (Tamaño o extensión del tumor): puede ir desde T1 hasta T4 según el grado de invasión tisular (mucosa, submucosa, muscular, subserosa, órganos adyacentes).

-N (grado de afectación de los ganglios linfáticos de la zona o próximos a donde se originó el tumor): desde N0 hasta N2 dependiendo del número de ganglios afectados.

-M (presencia o ausencia de metástasis): M0- M1

Según esto, se ha propuesto una clasificación por estadios de este cáncer: ^(1,10)

-Estadio 0: el tumor no traspasa la capa mucosa.

-Estadio I: afecta a las paredes del colon o del recto, sin traspasar la capa muscular.

-Estadio II: el tumor se ha introducido en todas las capas del colon o recto, pudiendo invadir también los órganos adyacentes.

-Estadio III: afecta a los órganos próximos y en este caso sí puede haber invasión de ganglios linfáticos.

-Estadio IV: el tumor se ha diseminado, afectando a órganos lejanos como hígado, huesos o pulmón.

En la actualidad el cáncer colorrectal, en su mayoría, se detecta en la etapa sintomática, estimándose que un 50% de estos pacientes de diagnóstico tardío se encuentran en un estadio avanzado del tumor (presentan metástasis ganglionar o de otros órganos). Así, más de la mitad de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente se curan, y el tratamiento adyuvante a la quimioterapia aumenta la supervivencia de las personas con cáncer colorrectal en estadio III. Por el contrario, los pacientes tratados en etapa I o II presentan una curación del 75-90%, por lo cual no precisan de tratamiento adyuvante como la radioterapia o quimioterapia ⁽¹¹⁾.

Para el diagnóstico de esta patología se utilizan en la actualidad diversos métodos tales como: ^(1,4,11,12)

-TSOH: según la cantidad de hemoglobina en heces, se considera positiva si el resultado es ≥ 100 mcg / gr de heces. La periodicidad con la que se debe repetir el test es bial o anual dependiendo del nivel de riesgo de cada paciente, según la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

-Colonoscopia: mediante endoscopia, con el paciente bajo sedación y en condiciones de limpieza colónica correctas. Las recomendaciones indican realizarla cada 10 años. Este examen supone el método más idóneo para el diagnóstico de CCR y en muchos casos la exéresis del cáncer es posible mediante endoscopia. No obstante, este método no está exento de riesgos tales como sangrado o una perforación, por lo que en la mayoría de los casos no es el mejor método para la detección precoz en pacientes asintomáticos.

-Sigmoidoscopia: solo se examina la parte inferior del colon, hasta 60 cm (sigma, recto y porción distal del colon descendente). Su realización se recomienda cada 5 años.

- Análisis del ADN fecal: para identificar alteraciones moleculares presentes en las células del adenoma y del CCR. Diversos estudios han demostrado una sensibilidad del 52-91% en la detección del CCR y de 15-82% para los adenomas.

-Colonografía por tomografía computarizada: para visualizar el intestino en 2 y 3 dimensiones. No detecta bien los pólipos menores de 6 mm, por lo que su uso no está muy extendido y actualmente no se recomienda su realización.

-Análisis de marcadores tumorales: en el cáncer de colon suelen aparecer elevados el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el Ca.19.9.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon consiste en la exéresis de la porción de intestino involucrada junto con los ganglios linfáticos y/u órganos afectados. Se deben tener en cuenta el estado clínico del paciente, así como la anatomía del colon (sus vasos arteriales y venosos y los ganglios linfáticos), la presencia de metástasis tanto ganglionar como a otros órganos y el grado de infiltración dentro de las paredes colónicas ^(1,13). Posteriormente a esta resección quirúrgica es posible que haya que realizarle una ostomía al paciente, la cual puede ser permanente o transitoria, hecho que conlleva un cambio en su estilo y calidad de vida ⁽¹⁴⁾. La quimioterapia o radioterapia están indicadas principalmente en cáncer colorrectal metastásico avanzado (estadío IV), aunque se ha demostrado que los pacientes en estadíos II y III se benefician de una terapia adyuvante con quimioterápicos ^(1,15).

El CCR afecta al paciente en sus aspectos físico y emocional y también a su familia. La enfermedad supone cambios en el estilo de vida, los hábitos alimenticios, la forma de vestirse, las actividades de ocio, la sexualidad, así como en el ámbito laboral. Además, la persona ve alterada su imagen corporal dados los cambios que se producen en este debidos a la quimioterapia, la radioterapia, las cicatrices de la cirugía o el hecho de portar una colostomía, lo que hace que en muchas ocasiones perciba la enfermedad como una amenaza a su integridad y la asocie con el sufrimiento y la posibilidad de muerte. Se ha demostrado que la

principal preocupación de estos pacientes es la falta de control sobre la expulsión de las heces y que el estoma se encuentre visible. Así, durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad se ha visto que en muchas ocasiones los pacientes experimentan sensaciones tales como la desesperación, el miedo y el rechazo ante los cambios que les genera la enfermedad en los distintos ámbitos de su vida ⁽¹⁶⁾. Por ello, la enfermera debe saber identificar las necesidades de cuidados del paciente en cada situación para enseñarle a él y a su familia cómo procurarse autocuidados de forma eficaz, pues el déficit de conocimientos o el hecho de tener desatendida alguna necesidad, se ha demostrado que repercute de manera negativa en la adherencia al tratamiento, en su estado de salud y, por ende, en su calidad de vida ⁽¹⁷⁾.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha encontrado que el consumo de 50 g de carne procesada al día aumenta el riesgo de CCR en un 18%, por lo que recomienda limitar el consumo de carnes rojas y, evitar o reducir, el de carnes procesadas. Además, estudios genéticos han relacionado el CCR con la obesidad, el consumo de alcohol y tabaco, poco consumo de frutas, verduras, granos y vitamina D, el uso prolongado de AINES, la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y el sedentarismo ⁽¹⁸⁾. En este último aspecto un estudio denominado “Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis” (2009) demostró que la actividad física habitual actúa como factor protector en el desarrollo de CCR, mientras que un elevado IMC supone un factor de riesgo para la aparición del mismo, con lo que la actividad física reduce en un 50% el riesgo ⁽¹⁹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define el concepto de calidad de vida (CV) como: *“Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”* ⁽²⁰⁾.

Este concepto comenzó a utilizarse en Estados Unidos tras la II Guerra Mundial, en la denominada como “Gran Depresión”, por el interés de los investigadores de la época en conocer la percepción de los ciudadanos sobre su vida y su estado financiero ⁽²¹⁾. No obstante, el término empezó a suscitar interés desde el paradigma hipocrático del “estilo de vida”, donde Hipócrates establecía que el origen de la enfermedad de debía a un desequilibrio entre las causas externas y las causas internas o pre-dispositivas del individuo ⁽²²⁾.



Figura 1: Diagrama conceptual del modelo de CV de la OMS ⁽²⁰⁾

Así, para Platón y Aristóteles la felicidad era equivalente a tener CV. Este último propone que las personas también dan valor a lo que pierden, por lo que estableció una relación entre la CV y la diferencia entre la realidad vital de una persona y sus expectativas de vida. Por tanto, dado que la realidad de una persona y sus expectativas son fluctuantes, cuanto mayor sea la diferencia entre ambas, menor es la CV ⁽²³⁾.

La calidad de vida también se ha definido como: “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud”. En la CV de las personas que padecen CCR influyen factores como las características sanitarias y sociodemográficas, las cuales facilitarán o dificultarán el proceso de adaptación de la persona a la enfermedad ⁽²⁴⁾.

Tal y como se puede apreciar no existe una única definición de CV, por lo que se ha establecido una categorización que se agrupa en varios conceptos como: ⁽²¹⁾

-Condiciones de vida: es la suma de las condiciones de vida objetivas que se pueden medir en una persona (salud física, condiciones de vida, relaciones sociales y ocupación).

Este término permite la comparación meramente objetiva entre personas distintas, sin embargo, plantea una serie de inconvenientes pues no existe un estándar de CV ya que esta depende de cada individuo y de la sociedad. Tampoco contempla los eventos subjetivos de bienestar y su influencia en la CV puesto que varía en función de las condiciones objetivas de vida (ejemplo: un país con altos ingresos no implica una mayor calidad de vida si esta es

evaluada por los ciudadanos). Por tanto, la CV posee un significado cultural, económico y político, ya que el bienestar personal depende del ambiente socio-político.

-Satisfacción con la vida: la CV es tratada como sinónimo de satisfacción personal, que es la resultante de la satisfacción en los diversos dominios de la vida.

Este concepto también plantea dudas al centrarse en el bienestar subjetivo y obviar las condiciones externas de vida, colocando al individuo como un ser capaz de desvincularse de su contexto económico, social, cultural o político con el fin de lograr la satisfacción personal.

Al respecto, Jenkins (1992) concluye que la evaluación de la CV debe basarse en fenómenos observables ya que, elementos personales como los fármacos, el funcionamiento cognitivo o la motivación personal pueden estar alterados momentánea o definitivamente y conllevan a errores en la medición de la CV.

-Condiciones de vida + satisfacción con la vida: el bienestar general es la suma de las condiciones de vida que se pueden obtener objetivamente a través de todos los aspectos de la persona (biológico, social, material, conductual y psicológico) y de los sentimientos generados en cada área. Con esto se consigue tratar la CV desde sus visiones objetiva y subjetiva.

-Valores: la CV está compuesta por aspectos objetivos y subjetivos, todos ellos mediados por los valores de la persona. Se trata entonces de un proceso dinámico, y cambios en los valores conllevan cambios en el resto. Al respecto, la OMS propone un modelo conceptual en el cual diferencia entre las evaluaciones que hace la persona de forma objetiva de sus capacidades y conductas, y el grado de satisfacción con las mismas, evaluadas desde 6 categorías distintas.

-Evaluación de CV: la CV que percibe un individuo está influida por los procesos cognitivos que surgen de la evaluación que realiza la persona de sus conductas objetivas y la satisfacción con las mismas.

Tradicionalmente, los tratamientos oncológicos se decidían según variables biomédicas como la tasa de respuesta, el período libre de enfermedad o la supervivencia del paciente. No obstante, el paradigma actual ya no solo se basa en estas variables objetivas sino que también tiene muy en cuenta la valoración que realiza el paciente sobre su estado de salud y sus expectativas ⁽²⁵⁾. Así, el componente subjetivo del concepto de CV dificultaba su investigación dentro del campo de la salud, con lo cual surgió un nuevo concepto para indagar

sobre los aspectos de la calidad de vida asociados a la salud, la enfermedad y los tratamientos y es la denominada CVRS (calidad de vida relacionada con la salud). Este concepto le otorga importancia al bienestar del paciente, considerando sus tratamientos y su sustento de vida. Es, por tanto, una forma de medir el estado de salud del paciente y de evaluar la calidad de los cambios derivados de intervenciones médicas ⁽²⁶⁾.

La CV y su medición resultan fundamentales para la atención al paciente oncológico ya que se debe valorar el impacto que tienen los tratamientos en la calidad de vida del enfermo. En muchas ocasiones la relación perjuicio-beneficio es negativa y se abandona el tratamiento o se opta por una línea más conservadora en pro de una mejor CV para la persona. En la actualidad ha crecido el interés por conocer la evaluación que hacen los pacientes sobre su CV y se ha creado un término a nivel internacional denominado “Pro Patient Reported Outcomes” (resultados valorados por los pacientes) que pretende conocer la visión que tienen los pacientes sobre su enfermedad, CV y demás aspectos que rodean estos conceptos. La aplicación de esta evaluación abarca tres líneas de trabajo distintas: por un lado, ayuda a mejorar la calidad de los servicios que presta un hospital como pueden ser los cuidados paliativos domiciliarios; también es clave para decidir el tratamiento en un paciente en base a su valoración; o para detectar de forma temprana los síntomas ⁽²⁷⁾.

PROPÓSITO

El cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer en España y es el tumor más frecuente si agrupamos los casos de hombres y mujeres. Constituye un gran problema de salud pública por lo que las estrategias de prevención primaria son de vital importancia para lograr disminuir la incidencia de esta patología, así como las de prevención secundaria para la detección precoz, basadas en los programas de cribaje poblacional.

Esta neoplasia supone cambios a nivel físico, psicológico, social, sexual y laboral para el enfermo, lo que repercute en su calidad de vida. Por ello, para conseguir una atención integral al paciente oncológico es primordial saber evaluar su calidad de vida.

El propósito de este trabajo es recopilar aquellos artículos que puedan aportar evidencia científica referida a la calidad de vida de pacientes con CCR, reflejando los factores asociados y su alcance en la vida de la persona.

JUSTIFICACIÓN

Los resultados de esta revisión bibliográfica podrían beneficiar a los pacientes que padecen CCR, ayudando a comprender mejor todo el proceso de la enfermedad así como,

también, a reincorporarse de forma efectiva a su entorno laboral, en el que a menudo tienen inconvenientes por los cambios surgidos en el proceso por el que pasan o han pasado.

Además, no solo ellos sino también los profesionales de la salud dedicados al cuidado de estas personas, podrán mejorar su atención al entender los sentimientos que genera la enfermedad en el paciente, así como la visión que estos tienen de su nueva situación, ayudándoles a afrontar mejor los cambios que se producen en su cuerpo y sus estilos de vida debidos al cáncer.

Otros beneficiarios de este trabajo pueden ser los familiares y el entorno que rodea al paciente, favoreciendo la interpretación de los miedos y/o sentimientos generados en la persona y sus cambios de comportamiento y de humor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: revisión de la literatura en diferentes bases de datos en el período comprendido entre 2006 y 2017.

Estrategias de búsqueda: para la realización de esta búsqueda bibliográfica se han utilizado los buscadores Google Académico (buscador de Google especializado en la búsqueda de literatura científico-académica) así como el PuntoQ, el portal de búsqueda de recursos electrónicos de la Biblioteca de la Universidad de la Laguna, según los criterios de inclusión seleccionados (tabla 1).

El PuntoQ es una herramienta de búsqueda que permite a la comunidad universitaria acceder a las bases de datos, revistas y libros electrónicos que adquiere la Universidad. Contiene recursos gratuitos seleccionados por la Biblioteca y documentos de su catálogo que son accesibles para cualquier persona.

Esta herramienta consta de una gran variedad de recursos como: bases de datos, revistas y libros electrónicos, catálogo de la Biblioteca, etc. Y permite realizar una búsqueda combinada en todos ellos a la vez o individualmente. Los resultados obtenidos se pueden filtrar según distintos criterios (fecha, autor, materia, relevancia, tipo de recurso, idioma...) ⁽²⁸⁾.

Como tópicos de búsqueda se han empleado: “cáncer de colon”, “cáncer colorrectal”, “enfermería y ostomías” y “calidad de vida”.

Al realizar la búsqueda en PuntoQ se han contabilizado 234 artículos en total, de los cuales 9 cumplen con los criterios de inclusión establecidos. Por otro lado, al realizar esta

misma búsqueda en Google Académico se hallaron 325 resultados, de los que solo 12 se ajustaban a los criterios establecidos.

Tabla 1: Criterios de inclusión de artículos.

Criterios de inclusión	Palabras clave: “cáncer colorrectal”, “enfermería y ostomías”, “calidad de vida”.
	Idioma: español e inglés.
	Período de búsqueda: 2006-diciembre 2017.
	Artículos que aporten evidencia científica
	Cáncer colorrectal
	Calidad de vida

Tabla 2: recursos utilizados (PuntoQ y Google Académico) y fuentes de información.

Recursos utilizados (PuntoQ y Google Académico)	Fuentes de información (BASES DE DATOS)
Recursos en español	-Dialnet -Science Direct- Revistas electrónicas (Elsevier)
Recursos en inglés	-SciELO (Scientific Electronic Library Online) -DOAJ (Directory of Open Access Journals) -Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)
Ciencias de la Salud	-SciELO (Scientific Electronic Library Online)

	<p>-Science Direct- Revistas electrónicas (Elsevier)</p> <p>-Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC)</p>
--	---

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica están reflejados a continuación en distintas tablas para lograr una mayor clarificación y comprensión de los mismos. Se encuentran ordenados según su lugar de ubicación en las bases de datos consultadas para encontrarlos con facilidad:

-Artículos que cumplen con los criterios de inclusión establecidos y bases de datos donde se ubican (Tabla 3).

-Resumen de cada artículo consultado en el que se indican: título, autor/es, tipo de estudio, resultados obtenidos y observaciones relevantes reflejadas (Tabla 4).

Tabla 3: Fuentes de información y hallazgos que cumplen los criterios de inclusión.

Fuentes de información	Hallazgos
<p>➤ SCIELO</p>	<p>-Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio.</p> <p>-Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo).</p> <p>-Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).</p> <p>-Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. - ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? - Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal -Cáncer colorrectal, proceso asistencial integrado. -Guía de actuación en cáncer colorrectal.
➤ Elsevier	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención del cáncer colorrectal. -Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. - Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. -El deporte y la actividad física en la prevención del cáncer. -Cáncer de colon. Informe de un grupo científico de la AECC.
➤ REDALYC	<ul style="list-style-type: none"> -Aproximación a las percepciones que tienen los pacientes con cáncer de colon en el proceso de adaptación a la colostomía. -Cirugía geriátrica en cáncer de colon: supervivencia y calidad de vida. -Percepción de la calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la Asociación Colombiana de Colostomizados.
➤ DOAJ	<ul style="list-style-type: none"> -Control de la calidad de vida en pacientes oncológicos colostomizados. -La calidad de vida en el paciente oncológico
➤ Dialnet	<ul style="list-style-type: none"> -La noción de calidad de vida y su medición. -Cáncer de colon. Hoja para el paciente

Tabla 4: Artículos que aportan evidencia científica a la revisión.

ARTÍCULO	AUTOR/ES	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS	COMENTARIOS
Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo)	Herrera, J, Díaz, J, Yan, E.F.	Trabajo de investigación	Sí	La resección quirúrgica es igual de efectiva en cáncer de colon y en cáncer de recto, sin embargo, la percepción de CV e imagen corporal del paciente es mejor en cirugía de colon.
Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF)	Fernández, J.A, Fernández, M, Alarcos, C.	Artículo	Sí	El componente subjetivo de CV dificultaba su investigación en el campo de las Ciencias de la Salud, por lo cual surgió el concepto de Calidad de vida relacionada con la salud.
Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales	Urzúa, A.	Artículo	Sí	La CVRS es importante a la hora de evaluar el bienestar del paciente para saber, por ejemplo, la efectividad de un tratamiento, no obstante, también está influida por las expectativas de la persona.

Prevención del cáncer colorrectal	Andreu, M, Marzo, M, Mascort, J, Quintero E, García- Alfonso, P, López-Ibor, C.	Artículo	Sí	Es muy importante concienciar a la población en cambiar sus hábitos de vida y adherirse a los programas de cribado de CCR.
Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto	Valdivieso, M.F, Zárata, A.J.	Artículo	Sí	El cáncer de recto requiere cirugía, quimio/radioterapia y una ostomía para la supervivencia del paciente. Esto afecta mucho a su CV por lo que es importante evaluarla para lograr una visión integral del paciente.
Cáncer de colon	Asociación Española Contra el Cáncer	Informe científico	Sí	Aproximadamente un 54% de personas con cáncer de colon en España sobreviven más de 5 años.
Aproximación a las percepciones que tienen los pacientes con cáncer de colon en el proceso de adaptación a la colostomía	Palomero, R.	Tesis doctoral	Sí	Los pacientes asocian la ostomía a un agravamiento de su enfermedad y sienten miedo a no poder volver a asumir sus roles en la vida.
Guía de actuación en Cáncer Colorrectal	Reyes, J.M, Barata, T, de la Vega, M, Díez, I, Merenciano, C, Rojas, M.D, <i>et al.</i>	Guía de práctica clínica	Sí	La enfermedad y la colostomía tienen implicaciones en todas las esferas de la vida, provocan miedos, pero también les genera esperanza en recuperar su CV.

Cáncer colorrectal, proceso asistencial integrado	Romero, M, Alonso, E, Borrego, I, Briones, E, Campos, A, Carlos, A.M, <i>et al.</i>	Guía de práctica clínica	Sí	El CCR supone una neoplasia que requiere una actuación multidisciplinar, trabajando en conjunto todo el equipo de salud.
Cirugía geriátrica en cáncer de colon: supervivencia y calidad de vida	Jiménez I.	Tesis doctoral	Sí	La CV en pacientes con CCR ≥80 años tratados con cirugía es de 53,16% en lo físico y de 58,46% en lo mental
Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la Asociación Colombiana de Colostomizados	Pinzón, A.F.	Trabajo de investigación	Sí	El apoyo que reciben los pacientes colostomizados en diferentes asociaciones les ayuda a mejorar su CV.
Control de calidad de vida en pacientes oncológicos colostomizados	Fuente, M, García, G, García, M, Molinero, L, Santamaría, E.	Trabajo de investigación	Sí	La enfermera tiene un papel fundamental en guiar al paciente en el proceso de enfermedad, educándolo en sus autocuidados para recuperar CV.
Cáncer de colon. Hoja para el paciente	American Cancer Society.	Artículo	Sí	El CCR tiene una fuerte implicación genética por lo que aquellos que tengan historia familiar de CCR deben realizarse un cribaje.
El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una	Reyes, C.E, Saldarriaga,	Artículo	Sí	El apoyo familiar es fundamental para el

mirada desde los significados del paciente	M, Davalos, D.M.			afrontamiento de la enfermedad.
¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer?	Sánchez, R, Sierra, F.A, Martín, E.	Artículo	Sí	Con el envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad, la CV ha ganado terreno frente al desenlace de la mortalidad.
Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio	Ayala, L.E, Sepulveda, G.J.	Artículo	Sí	Las principales necesidades de estos pacientes son: necesidad de información sobre su proceso y de sensibilización del personal sanitario, así como preocupación por su vida sexual.
El deporte y la actividad física en la prevención del cáncer	López, F, Zarate, A.J.	Artículo	Sí	El ejercicio físico actúa como protector frente al CCR y mejora la CV del paciente oncológico.
La noción de calidad de vida y su medición	Salas, C, Garzón, M.	Artículo	Sí	La medición de la CV está relacionada con las percepciones y expectativas del individuo en su contexto social, económico y cultural.
La calidad de vida en el paciente oncológico	Arrarás, J. I	Artículo	Sí	La evaluación de la CV es primordial para el tratamiento del paciente oncológico.
Calidad de vida y control de síntomas	Castañeda, C, O’Shea, G.J, Narváez, M.A,	Artículo	Sí	Las evaluaciones individualizadas de un paciente reflejan los

en el paciente oncológico	Lozano, J, Castañeda, G, Castañeda, J.J.			dominios de su CV y los cambios que experimentan en enfermedades crónicas o potencialmente mortales.
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal	Fonseca, M, Schlack, C, Mera, E, Muñoz, O, Peña, J.	Artículo	Sí	La realización de encuestas de CV en pacientes con cáncer es eficaz ya que permite individualizar las intervenciones a cada paciente y su entorno y mejorar su CV.

DISCUSIÓN

La evaluación de la CV supone una herramienta fundamental para el abordaje integral de los procesos crónicos como el cáncer. Por ello, a pesar de los diversos análisis que existen de este concepto, todos los autores coinciden en el hecho de evaluar la enfermedad desde la visión de quien la padece, teniendo en cuenta sus opiniones, expectativas y sufrimientos ⁽²⁹⁾.

Hablar de CV en pacientes con cáncer actualmente es de vital importancia para conocer la repercusión de la enfermedad en las expectativas de autonomía, independencia y estado de salud de la persona. En el caso del CCR, en el que el paciente es sometido a terapias invasivas, suelen precisar adyuvantes como quimioterapia o radioterapia y muchos de ellos precisan una ostomía permanente o transitoria, la CV experimenta grandes cambios que repercuten en la recuperación de la persona, por lo que precisa ser evaluada para lograr el bienestar del paciente ⁽¹⁴⁾.

En cuanto a los efectos psicológicos, culturalmente la palabra cáncer está asociada a muerte, lo que produce un temor en la persona que se propaga a todos los ámbitos de su vida ⁽¹⁴⁾. Frecuentemente los pacientes oncológicos desarrollan trastornos de adaptación, trastorno depresivo mayor y delirium. Estos cuadros deterioran la CV, generan tensiones familiares y rechazos de tratamiento ⁽³⁰⁾.

Diversos estudios han demostrado que la principal fuente de estrés para estos pacientes es la falta de control en la expulsión de las heces y que el estoma esté a la vista. Por ello, para disminuir este estrés los profesionales de la salud deben contribuir a favorecer la adaptación del paciente al proceso de enfermedad, para lo cual es necesario conocer el significado que cada persona le atribuye a su patología. A partir de este significado el paciente podrá identificar los obstáculos y recursos con los que cuenta para afrontar el proceso, solicitando ayuda de los profesionales cuando la precisen ⁽¹⁶⁾. Así, la CV supone un indicador de la calidad de los cuidados de salud que recibe un paciente ⁽³¹⁾.

En la actualidad se está viviendo un auge en el interés por el estudio de la CV en pacientes oncológicos. Esto se debe a dos motivos: por un lado, se ha visto que muchos cánceres son incurables dado el estadio en el que se descubren, de ahí la importancia de que el personal sanitario, en especial el de enfermería, conciencie a la población de la importancia de adherirse a los programas de cribado de los distintos cánceres que ofrece el Sistema Nacional de Salud Español; por otro lado, muchos pacientes al conocer su condición irreversible, optan por no perder su autonomía física y padecer la menor cantidad de síntomas posible, con lo cual se han potenciado los cuidados paliativos para conseguir la mejor CV posible para estas personas en el proceso final de sus vidas.

En un estudio realizado en un hospital chileno especializado en el tratamiento del dolor crónico y los cuidados paliativos entre 2010 y 2011, en el que se realizó la encuesta FACT-G (anexo 3) a 77 pacientes con diversos tipos de cáncer, se pudo deducir:

En cuanto al bienestar físico de estos pacientes se han evidenciado diversos síntomas como:

-Falta de energía o cansancio crónico: se ha demostrado que el cansancio crónico está presente en un 14-96% de pacientes que se encuentran en tratamiento oncológico y entre un 19-82% de pacientes después del tratamiento, cuyo origen se considera multifactorial.

-Presencia de náuseas y vómitos: son un problema serio ya que pueden provocar trastornos metabólicos importantes, además de deterioro del estado nutricional pudiendo llegar a la anorexia, deterioro mental y físico, desgarros esofágicos, dehiscencia de heridas, alteraciones de la capacidad funcional, llegando incluso a tener que interrumpir el tratamiento antineoplásico.

-Dolor: el 80% de pacientes oncológicos va a presentar algún tipo de dolor a lo largo de su proceso de enfermedad. El abordaje del dolor es uno de los puntos clave en los tratamientos oncológicos.

Este estudio ha demostrado que la CV de los enfermos de cáncer se ve mayoritariamente afectada en el ámbito social y familiar. El miedo al dolor y a la muerte reduce la vida social de la persona a mínimos y destruye sus interacciones sociales, produciendo como consecuencia un aislamiento social que se asocia con un mayor riesgo de aumento de la morbilidad y mortalidad. Es evidente que la cercanía con los familiares y amigos ayuda a sobrellevar la enfermedad, no obstante, a menudo los pacientes expresan que “la familia ayuda, pero no entiende” la situación por la que están pasando.

Otro de los aspectos valorados ha sido la presencia de pareja sentimental y, en este caso, las personas que cuentan con una se adaptan mejor a la enfermedad que las solteras. Al respecto, la satisfacción sexual expresada por los pacientes es muy baja. Esto se debe a las consecuencias de la enfermedad o de los tratamientos tales como la anemia o la anorexia que producen debilidad, dificultando la actividad sexual, o factores psicológicos como la depresión o la ansiedad. Además, las heridas provocadas por las intervenciones quirúrgicas también pueden alterar la visión que la persona tiene de su cuerpo, creándoles rechazo hacia sí mismos o hacia sus parejas e incapacidad para las relaciones sexuales. En el caso de pacientes con CCR, el hecho de tener una ostomía o las bolsas colectoras de heces visibles, provocan trastornos graves de la imagen corporal y se ven incapaces de tener relaciones satisfactorias.

En cuanto al bienestar funcional, se ha visto que este depende de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Estas personas tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos del ciclo sueño-vigilia e insomnio, que es el más frecuente y suelen estar relacionados con las respuestas psicológicas al diagnóstico de cáncer como ansiedad o depresión ⁽²⁵⁾.

El diagnóstico de cáncer irrumpe violentamente en la vida de la persona, provocando dependencia hacia los demás e imposibilidad de seguir desarrollando sus actividades cotidianas con total normalidad. Esta enfermedad posee una gran carga simbólica, manifestándose en las respuestas del paciente de diversas formas, no solo físicas sino también emocionales, ante esta nueva realidad. Supone cambios corporales, el aprendizaje de autocuidados eficaces y de calidad y someterse a tratamientos con los posibles problemas colaterales que puedan traer. Todo ello, junto con las expectativas que tenga la persona, tornan de complejidad su situación diaria.

Desde el diagnóstico de esta enfermedad, tanto el paciente como su núcleo más cercano, comienzan a vivir con dolor, sufrimiento e incertidumbre. Tanto es así que su entorno en muchas ocasiones se ve obligado a sacrificar sus recursos y lazos sociales para enfrentarse conjuntamente al nuevo proceso, lo que resulta de gran ayuda para la persona que lo está padeciendo ⁽³²⁾.

Este cáncer reúne los requisitos necesarios para ser susceptible de cribaje. Las dos pruebas más comunes para la detección precoz, tal y como se ha tratado con anterioridad, son el TSOH y la colonoscopia. En 2012 se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado, el ECA COLONPREV, promovido por la Asociación Española de Gastroenterología, en el que se compararon los cribados con ambos procedimientos. Los resultados de este estudio evidenciaron que la detección de CCR con el TSOH es comparable con la colonoscopia (un 99%). No obstante, para los carcinomas avanzados no resulta útil el TSOH.

Los niveles de participación en los programas de cribado en aquel año eran de entre un 32,1 y un 59%, dependiendo de la CC. AA, con una cobertura del 12% en la población diana. Según la experiencia del País Vasco, una mayor implicación de los profesionales de Atención Primaria incrementa significativamente la participación de la población. Por ello, se debe potenciar el ámbito de AP como el más idóneo para incorporar actividades de prevención y promoción de la salud ⁽³³⁾.

El concepto de CV puede ser empleado para múltiples objetivos como la identificación y valoración de las necesidades de una persona y su grado de satisfacción, la evaluación de los distintos programas de salud que se realizan y la elaboración de políticas nacionales e internacionales dirigidas tanto a la población en general como a colectivos específicos.

Los avances en el ámbito sanitario han conseguido prolongar la vida de las personas, a cambio de un notable incremento de las enfermedades crónicas. Todo ello ha propiciado la aparición de un término nuevo, la CVRS que muchos autores han definido como “una forma de expresar la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad o sobre la aplicación de un tratamiento en distintos ámbitos de su vida” ⁽³⁴⁾.

La realidad del CCR implica la existencia actualmente de un gran número de personas portadoras de una ostomía en la sociedad. Esto constituye una agresión a la imagen corporal y la funcionalidad de la persona, suponiendo cambios en los hábitos higiénicos y alimentarios, la forma de vestir, las actividades de ocio, la sexualidad y la vida laboral.

El proceso de adaptación implica asumir estos cambios y comienza en el entorno hospitalario, desde que el paciente se encuentra con su nueva realidad. Es en este momento

cuando se inicia la educación sanitaria, enseñándole a procurarse autocuidados de calidad, proporcionándole información y apoyo en el manejo de la ostomía. Aún así, el aspecto emocional en muchas ocasiones es obviado.

Al respecto, los resultados de un trabajo denominado “El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas”, realizado entre 2008 y 2009, con 21 participantes de ambos sexos y diversas edades, dejaron en evidencia 3 grandes necesidades de estos pacientes: ⁽³⁵⁾

1) El estoma como fuente de estrés: este resulta conflictivo, pero no por el trastorno que ocasiona en la imagen corporal, sino por el hecho de que la persona se vuelve incontinente y relata “no tener dominio sobre la expulsión de las heces” y se muestra preocupada por la cantidad de gases que emite sin control. Esto se debe a que la función de eliminación se ha considerado siempre como algo íntimo que resulta repulsivo para la sociedad, lo que genera inseguridad en el paciente que, a menudo, rompe con su vida social y sexual.

2.a) La necesidad de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas: los pacientes solicitan la ayuda de los profesionales sanitarios y estos deben ser capaces de generar independencia en el paciente, consiguiendo que sienta que posee control sobre su ostomía.

2.b) Estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones: con el fin de aliviar la angustia. Son diversas:

- Aceptar la realidad y aprender a convivir con ella.
- Expresar sus emociones, narrar su visión sobre la nueva situación.
- Dejarse apoyar por familiares y amigos.

En ocasiones se pueden observar actitudes negativas como: la negación, la evitación o delegación en otra persona el manejo de la ostomía, restar trascendencia a la situación o la reevaluación positiva.

3) Factores modulares del afrontamiento: dependen de la actitud de cada persona. Pueden ser:

- Rodearse de personas que estén en su misma situación.
- Experiencias negativas durante la hospitalización: para lo cual es necesario instruir correctamente al paciente, enseñándole a resolver las posibles situaciones con las que se podría encontrar.

-La información proporcionada durante en preoperatorio: ayuda a concienciar al paciente.

-Relación enfermera-paciente: las enfermeras suponen un gran pilar para los pacientes, quienes consideran positivamente: la actitud normalizadora al realizar los cuidados, la escucha activa, la empatía, así como la presencia o actitud de disponibilidad.

CONSIDERACIONES FINALES

El pronóstico a largo plazo para las personas diagnosticadas de CCR ha mejorado notablemente en los últimos años, todo ello gracias a los programas de cribado para la detección precoz. No obstante, se debe seguir trabajando para lograr una mayor adhesión de la población a estos programas, y seguir investigando para lograr mejoras en los métodos diagnósticos y terapéuticos, así como en los dispositivos con los que tienen que convivir los pacientes.

Por otro lado, los profesionales sanitarios deben evaluar la CV de la persona, sin olvidar ni obviar el aspecto psicológico y el impacto que tiene todo el proceso de enfermedad sobre las emociones y sentimientos del paciente. La asistencia oncológica debe evaluar e identificar todas las necesidades de la persona para conseguir que ninguna se encuentre descubierta. Así, se logra una mejora en la CV durante el tiempo de vida de la persona.

Los estudios revisados denotan un déficit en la evaluación de la CV del paciente con CCR, sobre todo en el aspecto emocional. Se debe fomentar un enfoque terapéutico holístico de la persona que abarque todas sus dimensiones: física, mental, social, emocional y espiritual. En conclusión, se aprecia una insuficiencia en el número de artículos encontrados relacionados con el tema a tratar.

Por todo esto, la enfermería debe seguir dibujando la relación entre CCR y CV, comunicando y compartiendo sus hallazgos con la comunidad científica. Las enfermeras juegan un papel fundamental en todos los niveles asistenciales, en la promoción de la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Cáncer de colon. Informe de un grupo científico de la AECC. AECC, Elsevier [recurso online]. Madrid; mayo 2017 [acceso 8 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2plcyzE>
2. Palomero, R. Aproximación a las percepciones que tienen los pacientes con cáncer de colon en el proceso de adaptación a la colostomía [tesis doctoral]. Repositorio institucional Universidad Jaume I, Redalyc [recurso online]. Castellón de la Plana; octubre 2015 [acceso 8 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2KBB5OY>
3. Andreu, M, Marzo, M, Mascort, J, Quintero E, García-Alfonso, P, López-Ibor, C. Prevención del cáncer colorrectal. Rev Aten Primaria, Elsevier [recurso online]. Barcelona; marzo 2009 [acceso 28 febrero 2018]; 32(3): 137-9. Disponible en: <https://bit.ly/2rVQsds>
4. Reyes, J.M, Barata, T, de la Vega, M, Díez, I, Merenciano, C, Rojas, M.D, *et al.* Guía de actuación en Cáncer Colorrectal. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias, Scielo [recurso online]. Las Palmas de Gran Canaria; 2011 [acceso 28 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ld27x6>
5. Rodrigo, L, Riestra, S. Dieta y cáncer de colon. Rev Esp Enferm Dig, Scielo [recurso online]. Oviedo; abril 2007 [acceso 10 marzo 2018]; 99 (4). Disponible en: <https://bit.ly/2rSmffZ>
6. Romero, M, Alonso, E, Borrego, I, Briones, E, Campos, A, Carlos, A.M, *et al.* Cáncer colorrectal, proceso asistencial integrado. Biblioteca Virtual del S.S Público de Andalucía, Scielo [recurso online]. Sevilla; 2011 [acceso 8 febrero 2018]; 2ª Edición. Disponible en: <https://bit.ly/2rQWCvk>
7. Vilorio, L, Molina, A.J, Díez, C, Álvarez, B, Álvarez, C, Hernando, M, *et al.* Características clínicas, anatómo-patológicas y moleculares en casos de cáncer colorrectal según localización tumoral y grado de diferenciación. Rev colomb cancerol, Scielo [recurso online]. León; agosto 2015 [acceso 26 febrero 2018]; 19 (4): 193-203. Disponible en: <https://bit.ly/2KFphLL>

8. Jiménez I. Cirugía geriátrica en cáncer de colon: supervivencia y calidad de vida [tesis doctoral]. Repositorio institucional Universidad Autónoma de Barcelona, Redalyc [recurso online]. Barcelona; 2016 [acceso 8 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2kaAZ5T>
9. Pinzón, A.F. Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la Asociación Colombiana de Colostomizados [tesis doctoral]. Repositorio institucional Pontificia Universidad Javeriana, Redalyc [recurso online]. Bogotá, Colombia; 2009 [acceso 8 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2GxLBEI>
10. Fuente, M, García, G, García, M, Molinero, L, Santamaría, E. Control de calidad de vida en pacientes oncológicos colostomizados. Repositorio institucional Universidad de Burgos, DOAJ [recurso online]. Burgos; 2016 [acceso 26 febrero 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2IVkyIv>
11. López, F. Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon. Rev Méd Clín Las Condes, Elsevier [recurso online]. Chile; 2013 [acceso 26 febrero 2018]; 24(4): 645-53. Disponible en: <https://bit.ly/2kapNpy>
12. American Cancer Society. Cáncer de colon. Hoja para el paciente. JAMA, Dialnet [recurso online]. Estados Unidos; 17 diciembre 2008 [acceso 6 marzo 2018]; 300 (23). Disponible en: <https://bit.ly/2KFHqcr>
13. Herrera, J, Díaz, J, Yan, E.F. Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo). Rev gastroenterol, Scielo [recurso online]. Perú; junio 2010 [acceso 26 febrero 2018]; 30 (2): 137-47. Disponible en: <https://bit.ly/2wYacTy>
14. Valdivieso, M.F, Zárate, A.J. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. Rev Méd Clín las Condes, Elsevier [recurso online]. Chile; 2013 [acceso 3 marzo 2018]; 24(4): 716-21. Disponible en: <https://bit.ly/2IPqLph>
15. Díez- Fernández, R, Salinas, P, Girón-Duch, C. Revisión del tratamiento quimioterápico del cáncer de colon metastásico. Rev Farm Hosp, Elsevier [recurso online]. Madrid; 2006 [acceso 3 marzo 2018]; 30(6): 359-69. Disponible en: <https://bit.ly/2rUt2pv>
16. Reyes, C.E, Saldarriaga, M, Davalos, D.M. El cáncer de colon y recto en cuidados paliativos: una mirada desde los significados del paciente. Rev Avances en Psicología

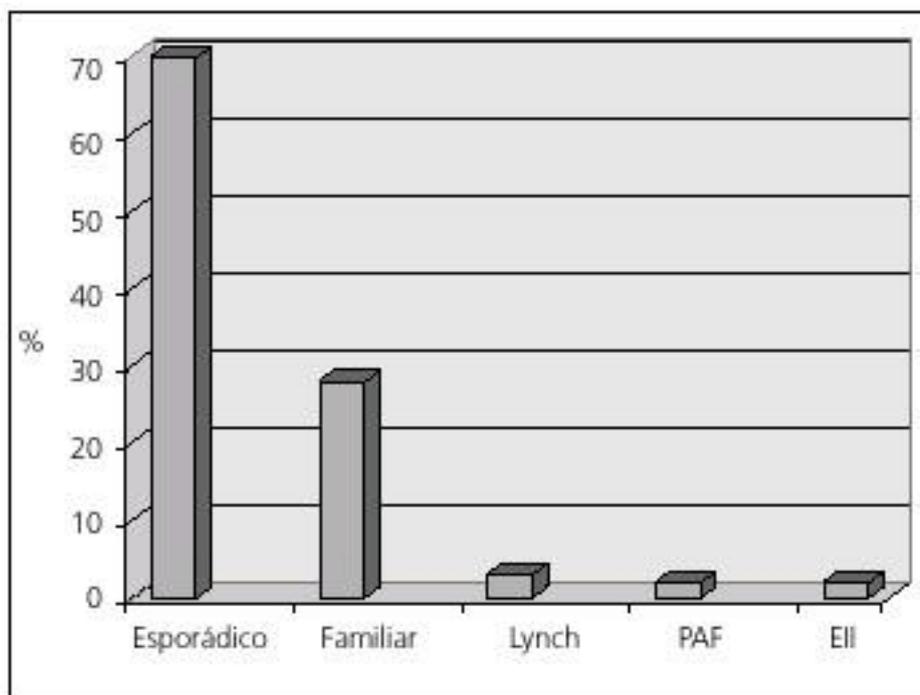
- Latinoamericana, Scielo [recurso online]. Bogotá, Colombia; 2015 [acceso 3 marzo 2017]; 33(3): 439-54. Disponible en: <https://bit.ly/2wTGfUq>
17. Ayala, L.E, Sepulveda, G.J. Necesidades de cuidado de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio. Rev Enferm Glob, Scielo [recurso online]. Murcia; enero 2017 [acceso 26 febrero 2018]; 45: 353-68. Disponible en: <https://bit.ly/2rTMK41>
18. Romero, A.E. Cáncer de colon y dieta. Rev colomb cancerol, Scielo [recurso online]. Bogotá, Colombia; noviembre 2015 [acceso 3 marzo 2017]; 19 (4): 191-2. Disponible en: <https://bit.ly/2GyFfoe>
19. López, F, Zarate, A.J. El deporte y la actividad física en la prevención del cáncer. Rev Méd Clín las Condes, Elsevier [recurso online]. Chile; 2012 [acceso 14 marzo 2018]; 23(3): 262-5. Disponible en: <https://bit.ly/2rUnUB6>
20. Fernández, J.A, Fernández, M, Alarcos, C. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública, Scielo [recurso online]. Principado de Asturias; marzo-abril 2010 [acceso 14 marzo 2018]; 84 (2). Disponible en: <https://bit.ly/2ISZi61>
21. Urzúa, A, Caqueo, A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. Rev Ter Psicol, Scielo [recurso online]. Santiago de Chile; abril 2012 [acceso 14 marzo 2018]; 30 (1): 61-71. Disponible en: <https://bit.ly/2LfGM6o>
22. Salas, C, Garzón, M. La noción de calidad de vida y su medición. Rev CES Salud Pública, Dialnet [recurso online]. Medellín, Colombia; junio 2017 [acceso 14 marzo 2018]; 8(1). Disponible en: <https://bit.ly/2k7vmVR>
23. Castañeda, C, O’Shea, G.J, Narváez, M.A, Lozano, J, Castañeda, G, Castañeda, J.J. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. Rev Gaceta Mexicana de Oncología, Elsevier [recurso online]. México D.F; 2015 [acceso 13 abril 2018]; 14(3): 150-6. Disponible en: <https://bit.ly/2lwfRWj>
24. Sánchez, R, Sierra, F.A, Martín, E. ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? Rev Avances en Psicología Latinoamericana, Scielo [recurso online]. Bogotá, Colombia; 2015 [acceso 30 marzo 2018]; 33 (3). Disponible en: <https://bit.ly/2lxmFTq>
25. Fonseca, M, Schlack, C, Mera, E, Muñoz, O, Peña, J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Rev Chilena de Cirugía, Scielo [recurso online].

- Chile; agosto 2013 [acceso 27 abril 2018]; 65(4): 321-8. Disponible en: <https://bit.ly/2rVDVXw>
26. Urzúa, A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Méd Chile, Scielo [recurso online]. Santiago de Chile, Chile; marzo 2010 [acceso 15 marzo 2018]; 138 (3). Disponible en: <https://bit.ly/2rXpn9P>
27. Arrarás, J.I. La calidad de vida en el paciente oncológico. Repositorio institucional UNED Pamplona, Scielo [recurso online]. Pamplona; abril 2014 [acceso 13 abril 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2wRwvdC>
28. Afonso, G. Cáncer de mama y Calidad de vida: una revisión bibliográfica. Repositorio Institucional Universidad de la Laguna [recurso online]. La Laguna; junio 2017 [acceso 15 marzo 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2lvUt3s>
29. Medina, J, Ángeles, W.G, Delgado, J.A, Lomelí, J.A, Ojeda, J.A, Montes, L. Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, cirugía radical vs cirugía conservadora en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, CMNO, Jalisco. Revista Cir Gen, Elsevier [recurso online]. México; 2015 [acceso 27 abril 2018]; 38 (3): 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/2rT98v0>
30. Rojas, O, Fuentes, C, Robert, V. Psicooncología en el Hospital General. Alcances en depresión y cáncer. Rev Méd Clín las Condes [recurso online]. Santiago de Chile; 2017 [acceso 27 abril 2017]; 28(3): 450-9. Disponible en: <https://bit.ly/2kbNmP0>
31. Sánchez-Pedraza, R, Ballesteros, M.P, Anzola, J.D. Concepto de calidad de vida en mujeres con cáncer. Rev Salud Pública, Elsevier [recurso online]. Bogotá; 2010 [acceso 27 abril 2018]; 12(6): 889-902. Disponible en: <https://bit.ly/2rSnY4X>
32. Ponce, G, Luna, F.N. Lo cotidiano del adulto con cáncer de colon. Rev Enf Neurol, Medigraphic [recurso online]. México; 2013 [acceso 27 abril 2018]; 12 (3): 134-40. Disponible en: <https://bit.ly/2IO49SI>
33. Marzo-Castillejo, M, Mascort, J, Pastor, A. ¿Estamos convencidos de nuestro papel en la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal?. Rev Aten Primaria, Elsevier [recurso online]. Barcelona; 2012 [acceso 27 abril 2018]; 44 (6): 303-5. Disponible en: <https://bit.ly/2IMZel4>
34. Montes, M.L. Calidad de vida. Rev Mex Med Fís y Rehab, Scielo [recurso online]. México; 2006; 18 (1): 5-6. Disponible en: <https://bit.ly/2IMdGdk>

35. Martín, B, Panduro, R.M, Crespillo, Y, Rojas, L González, S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm, Scielo* [recurso online]. Granada; 2010; 19 (2-3). Disponible en: <https://bit.ly/2ILvRUc>
36. Charúa, L, de la Torre, A, Raña, R, López, E, Ramiro, J, Ávila, C, *et al.* Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Tratamiento del cáncer de colon y recto. *Rev Gastroenterol Méx, Elsevier* [recurso online]. México; 2008; 73 (2): 121-5. Disponible en: <https://bit.ly/2GJCvER>

ANEXOS

Anexo 1: Distribución de los distintos tipos de CCR en España (PAF: poliposis adenomatosa familiar; EII: enfermedad inflamatoria intestinal) ⁽⁵⁾.



Anexo 2: Encuesta FACT-G realizada a pacientes con cáncer en un hospital chileno

(25).

Estado físico general de salud	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me falta energía	0	1	2	3	4
Tengo náuseas	0	1	2	3	4
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
Tengo dolor	0	1	2	3	4
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
Tengo que pasar tiempo acostado(a)	0	1	2	3	4

Ambiente familiar y social	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento cercano(a) a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, omitala y siga con la siguiente sección</i>					
Estoy satisfecho con mi vida sexual	0	1	2	3	4

Estado emocional	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento triste	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
Me preocupa morir	0	1	2	3	4
Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

Anexo 3: Estadios del cáncer colorrectal según la clasificación TNM ⁽³⁶⁾.

Estadios TNM	Características
Estadio 0	Tis, N0, M0
Estadio I	T1, N0, M0 T2, N0, M0
Estadio IIA Estadio IIB	T3, N0, M0 T4, N0, M0
Estadio IIIA Estadio IIIB Estadio IIIC	T1-2, N1, M0 T3-4, N1, M0 T1-4, N2, M0
Estadio IV	T1-4, N0-2, M1