Cristina Leal Frasquet

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES TRAS LA CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. María Elena Solà Miravete

Facultad de Enfermería

FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

TORTOSA 2021

FACULTAT D'INFERMERIA
Universitat Rovira i Virgili

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: Cristina Leal Frasquet		
DNI: 53876572-S	Adreça: C/colombicultura 11-1	
Codi postal: 46200	Població: Paiporta	Tel. Fix: 963972649
Tel. Mòbil: 649163831	Adreça electrònica URV: cristina.leal@estudiants.urv.cat	

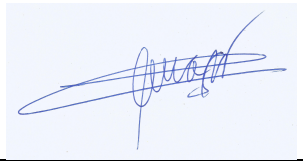
EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: **CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES TRAS LA CIRUGIA DE CANCER COLORRECTAL.**
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: M. Elena Solà Miravete
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En Tortosa , 20 de Mayo de 2021

EL/LA TUTOR/A: Maria Elena Solà Miravete.
Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau

Data i signatura: 20 de Mayo de 2021.



EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura

ÍNDICE

1. **Introducción ……....pág. 4**
2. **Marco conceptual ……pág. 6**
    - 2.1 Epidemiologia
    - 2.2 Factores que incrementan el riesgo
    - 2.3 Detección/diagnostico
    - 2.4 Tratamientos
    - 2.5 Calidad de vida
    - 2.6 Paciente intervenido de cancer colorrectal y la calidad de vida
    - 2.7 Papel de enfermería
3. **Pregunta de investigación ……..…..…pág. 15**
4. **Objetivos ……....pág. 15**
    - 4.1 Objetivo general
    - 4.2 Objetivos específicos
5. **Metodología ……..…pág. 16**
    - **5.1** Descripción del tipo de estudio
    - **5.2** Estrategia de la búsqueda
        - **5.2.1** Palabras clave y fecha de la búsqueda
        - **5.2.2** Descriptores MeSH y DeCS
        - **5.2.3** Operadores booleanos
        - **5.2.4** Criterios de inclusión y exclusión
        - **5.2.5** Bases de datos de las publicaciones consultadas
6. **Resultados ……...pág. 20**
7. **Análisis/ Discusión ……pág. 38**
    - **7.1** Identificar las estrategias favorecedoras para la mejora de la calidad de vida en pacientes de cirugía general con cáncer colorrectal.

7.2 Identificar cuáles son las diferencias e intervenciones eficaces en cuanto a la calidad de vida de los pacientes ostomizados y los que no lo están.

7.3 Identificar el papel de la enfermería en los pacientes ostomizados.

8. Conclusiones ……..pág. 49

9. Relevancia para la práctica enfermera …….pág. 51

10. Bibliografia ……..pág. 52

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Pregunta PICO ……..…..pág. 15

Tabla 2: Palabras clave ……...….pág. 16

Tabla 3: DeCS y MeSH …….....pág. 17

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión …….....pág. 17

Tabla 5: Bases de datos ……..…..pág. 18

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo …….....pág. 19

Figura 2: Tabla de resultados …….....pág. 20

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
ASCO	Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica
CCR	Cáncer colorrectal
CV	Calidad de vida
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
EE	Autoestima
EII	Enfermedad inflamatoria intestinal
EVA	Escala Visual Analógica
FTS	Cirugía de seguimiento
GHS	Global health status
MASD	Daño cutáneo asociado a la humedad periestomal
NCCN	Red Nacional Integral de Centros Oncológicos
QOL	Efecto sobre la calidad de vida
RSS	Rosberg escala de autoestima
SG	Supervivencia global
SOC	Enfermeras especialistas en ostomycare
TC o TAC	Tomografía computerizada

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES TRAS LA CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

RESUMEN

Introducción: El cáncer colorrectal es uno de los que más incidencia tiene, por lo que es muy importante que se haga bien el cribado para poder prevenir o descartar cualquier indicio o sospecha que pueda haber de este tipo de cáncer.

Si debido al estadio en el que se encuentra el cáncer se debe hacer una operación para eliminarlo o se debe realizar una ostomía, esto puede hacer que se vea afectada la calidad de vida del paciente.

El papel de enfermería es muy importante, desde el inicio con la preparación previa para la realización de la colonoscopia, hasta los tratamientos e intervenciones posteriores, tanto en pacientes que se les ha realizado ostomía como a los que no, así como el cuidado integral y psicológico de la persona intervenida de cáncer colorrectal.

Objetivo: Identificar como es la calidad de vida de los pacientes mayores que se someten a una cirugía de cancer colorrectal. Ver cómo afecta a su día a día este cambio en su vida, ver que intervenciones o estrategias serían las más adecuadas para mejorar lo más posible esta calidad. Así mismo se pretende conocer cuáles son los aspectos a los que ellos dan más importancia, bien sea la autoestima, la afectación psicológica, la apariencia física, la actividad física…

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica descriptiva. Donde se han utilizado las bases de datos Medline, Scopus, Web of Science y Pubmed, en las cuales se han obtenido en total de las cuatro bases de datos: 87254 artículos de los cuales se escogieron 11.

Resultados y discusión: Se observa que la calidad de vida no se ve tan afectada cuando no se debe poner una ostomía, cuando es así afecta más al día a día de las personas.

También la enfermeria tiene un papel importante debido a que son ellas las que enseñan a los pacientes a curarse, a cuidarse la ostomía, a concienciarles de que es un cambio en la vida que muchas veces no es reversible. Asimismo, necesitan ese apoyo tanto

psicológico, como en la enseñanza de las herramientas para que ellos puedan saber vivir con ello.

Palabras clave: Cancer, Colorrectal, Cirugía, Calidad de vida, Cuidados de enfermeria.

QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS AFTER COLORECTAL CANCER SURGERY

SUMMARY

Introduction: Colorectal cancer is one of those with the highest incidence, so it is very important that screening is done well to prevent or rule out any indication or suspicion that there may be this type of cancer.

If, due to the stage of the cancer, an operation must be performed to remove it or an ostomy must be performed, this can affect the quality of life of the patient.

The role of nursing is very important, from the beginning with the previous preparation for the performance of the colonoscopy, to the subsequent treatments and interventions, both in patients who have undergone an ostomy and those who have not, as well as comprehensive care and psychological of the person intervened for colorectal cancer.

Objective: To identify the quality of life of elderly patients who undergo colorectal cancer surgery. See how this change in your life affects your day-to-day life, see what interventions or strategies would be the most appropriate to improve this quality as much as possible. Likewise, it is intended to know which are the aspects to which they give more importance, either self-esteem, psychological affectation, physical appearance, physical activity ...

Methodology: A descriptive bibliographic review is carried out. Where the Medline, Scopus, Web of Science and Pubmed databases have been used, in which a total of the four databases have been obtained: 87,254 articles of which 11 were chosen.

Results and discussion: It is observed that the quality of life is not so affected when an ostomy should not be placed, when this is the case it affects more to the daily life of people.

Nursing also has an important role because it is, they who teach patients to heal themselves, to take care of their ostomy, to make them aware that it is a change in life that is often not reversible. Likewise, they need that psychological support, as well as in the teaching of the tools so that they can know how to live with it.

Keywords: Cancer, Colorectal, Surgery, Quality of life, Nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

El término **cáncer** engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo.

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Esta multiplicación en el número de células llega a formar unas masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales.

No todos los tumores son “malignos”, hay otros que crecen a un ritmo más lento, no de diseminan ni se filtran y a estos se les considera “benignos”.

El **cáncer más frecuente** en España en 2019 es el cáncer **de colon y recto** (44.937 nuevos casos), seguidos del de próstata, mama, pulmón y vejiga urinaria.

Aunque el riesgo de desarrollar cáncer ha aumentado, el riesgo de mortalidad por cáncer ha disminuido de forma notable [1].

Los **factores que incrementan el riesgo** de poder padecer cáncer colorrectal son los siguientes [3]:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- Afecciones hereditarias raras
- Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
- Pólipos adenomatosos (adenomas)
- Antecedentes personales de ciertos tipos de cáncer
- Raza
- Inactividad física y obesidad
- Nutrición
- Tabaquismo.

La detección se puede hacer mediante una serie de pruebas como pueden ser [3]:

- Colonoscopia
- Colonografía por tomografía computarizada (TC o TAC)
- Sigmoidoscopia
- Análisis de sangre oculta en heces y prueba inmunohistoquímica fecal
- Enema baritado de doble contraste
- Pruebas de ADN en heces.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Epidemiologia

El **cáncer colorrectal** predomina en **personas mayores**. La edad media de presentación es **70-71 años** y la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años en el momento del diagnóstico, pero no hay que olvidar que también puede aparecer en personas más jóvenes. Afecta tanto a hombres como a mujeres casi por igual [2].

2.2 Factores que incrementan el riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Aunque los factores de riesgo con frecuencia influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa [3].

Una persona con un riesgo promedio de contraer cáncer colorrectal tiene aproximadamente 5% de posibilidades de desarrollar cáncer colorrectal. En general, la mayoría de los casos de cáncer colorrectal (alrededor del 95%) se consideran esporádicos, es decir que las modificaciones genéticas se desarrollan al azar después de que nace una persona, así que no existen riesgos de traspasar estas modificaciones genéticas a los hijos. Generalmente, se desconocen las causas que provocan el cáncer colorrectal. Aunque, los siguientes **factores pueden incrementar el riesgo** de que una persona desarrolle cáncer colorrectal [3]:

- **Edad:** el riesgo de contraer cáncer colorrectal aumenta con la edad. Puede aparecer en adultos jóvenes y adolescentes, pero es más probable que aparezca a partir de los 50 años. Para el cáncer de colon, la edad promedio al momento del diagnóstico es de 68 años en hombres y 72 años en mujeres. Para el cáncer de recto, la edad es 63 años para hombres y mujeres.
- **Sexo:** Los hombres tienen un riesgo levemente mayor de desarrollar cáncer colorrectal que las mujeres.
- **Antecedentes familiares de cáncer colorrectal:** El cáncer colorrectal se puede transmitir en la familia si los parientes de primer grado (padres, hermanos, hijos) o muchos otros miembros de la familia (abuelos, tíos, sobrinos, nietos, primos) han sufrido cáncer colorrectal. Esto se produce especialmente cuando a los miembros de la familia se les ha diagnosticado cáncer colorrectal antes de los 60 años. Si una persona tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, su riesgo de desarrollar la enfermedad es casi el doble.

- **Afecciones hereditarias raras:** Los familiares con determinadas afecciones hereditarias poco frecuentes también tienen un riesgo mayor de cáncer colorrectal, así como de otros tipos de cáncer.
- **Enfermedad inflamatoria intestinal (EII).**
- **Pólipos adenomatosos (adenomas).**
- **Antecedentes personales de ciertos tipos de cáncer:** Las personas con antecedentes personales de cáncer colorrectal y las mujeres que hayan tenido cáncer de ovario o cáncer de útero son más propensas a desarrollar cáncer colorrectal.
- **Raza:** Las personas de raza negra tienen las tasas más altas de cáncer colorrectal esporádico o no hereditario en los Estados Unidos.
- **Inactividad física y obesidad.**
- **Nutrición:** Las investigaciones actuales vinculan de manera sistemática el mayor consumo de carnes rojas y carnes procesadas con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Tabaquismo.**

2.3 Detección/Diagnostico

La detección es muy importante ya que se hace para [3]:

- Disminuir la cantidad de personas que mueren a causa de la enfermedad o eliminar totalmente las muertes provocadas por el cáncer.
- Disminuir la cantidad de personas que presentan la enfermedad.

Las pruebas utilizadas para detectar el cáncer colorrectal son las siguientes [3]:

- **Colonoscopia:** Una colonoscopia permite al médico observar el interior de todo el recto y colon, mientras el paciente está sedado. Se introduce un tubo flexible e iluminado denominado colonoscopio dentro del recto y el colon en su totalidad, para detectar pólipos o cáncer. Durante este procedimiento, un médico puede extraer pólipos u otros tejidos para luego examinarlos. La extirpación de los pólipos también puede prevenir el cáncer colorrectal.

- **Colonografía por tomografía computarizada (TC o TAC):** Debe ser interpretada por un radiólogo. Sin embargo, la colonografía por TC puede ser una alternativa para las personas que no se pueden realizar una colonoscopia estándar debido al riesgo de la anestesia, que es un medicamento para bloquear la sensibilidad al dolor, o si una persona tiene una obstrucción en el colon que impide hacer un examen completo.
- **Sigmoidoscopia:** Una sigmoidoscopia usa un tubo flexible e iluminado que se introduce en el recto y en el colon inferior para la detección de pólipos, cáncer y otras anormalidades. Durante este procedimiento, el médico puede extraer pólipos u otros tejidos para realizar un examen posterior.
- **Análisis de sangre oculta en heces y prueba inmunohistoquímica fecal:** Una prueba con resultados positivos, es decir, que se halló sangre en las heces, puede corresponder a otras causas que no sean pólipos o cáncer de colon, como hemorragia en el estómago o la parte superior del tubo digestivo e incluso ingesta de carne cruda u otros alimentos.
- **Enema baritado de doble contraste:** A los pacientes que no pueden someterse a una colonoscopia, se les administra un enema baritado, que ayuda a resaltar el colon y el recto en las radiografías. Después se toma una serie de radiografías de colon y recto.
- **Pruebas de ADN en heces:** Esta prueba analiza el ADN de la muestra de materia fecal de una persona para detectar cáncer. Utiliza los cambios en el ADN que se producen en pólipos y cáncer para averiguar si debe realizarse una colonoscopia.

Los **signos y síntomas** que presenta un individuo que posiblemente posea un cancer colorrectal, estos síntomas no siempre son inmediatos, pero si es así son los siguientes:

- Un **cambio en los hábitos de evacuación** como diarrea, estreñimiento o reducción del diámetro de las heces fecales por varios días.
- Una **sensación de necesitar usar el inodoro** que no desaparece después de haber tenido una evacuación intestinal.
- **Sangrado rectal** con sangre roja brillante.
- **Sangre en las heces fecales** que puede causar que las heces se vean oscuras.

- **Cólicos o dolor abdominal.**
- **Debilidad y cansancio.**
- **Pérdida inexplicable de peso.**

Muchas veces estos canceres hacen que se elimine sangre por el tracto digestivo, pero no siempre es así. Ya que hay veces que la sangre esta oculta en las heces o incluso no haber sangre. Pero puede pasar el tiempo y este cumulo de pérdida de sangre hace que se produzca anemia (recuentos bajos de glóbulos rojos). A veces el primer signo de poder poseer cáncer colorrectal es mediante una analítica de sangre, donde se ve el recuento de glóbulos rojos [4].

Este tipo de cáncer depende de donde se encuentre se le puede denominar cáncer de recto o bien cáncer de colon.

El cáncer se origina por la manera descontrolada que tiene las células en reproducirse.

La mayoría de los cánceres colorrectales comienza como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto. Estos crecimientos son referidos como pólipos.

Depende del tipo de pólipo a lo largo de los años puede convertirse en cáncer o bien seguir siendo un pólipo.

Los dos tipos de pólipos principales son:

- **Pólipos adenomatosos (adenomas):** estos pólipos algunas veces se transforman en cáncer. Debido a esto, los adenomas se denominan afecciones precancerosas.
- **Pólipos inflamatorios y pólipos hiperplásicos:** estos pólipos son más frecuentes, pero en general no son precancerosos.

Otros factores que pueden hacer que un pólipo sea propenso a contener cáncer o que la persona llegue a tener cáncer colorrectal es:

- **Si se descubre un pólipo mayor a un centímetro.**
- **Si se descubre que hay más de dos pólipos.**
- **Si después de la extirpación de un pólipo se descubre la presencia de displasia, la cual es otra afección precancerosa.** Esto implica la existencia de un área del pólipo o del revestimiento del colon o del recto en el que las células

tienen un aspecto anormal, pero sin llegar a tener la apariencia de células cancerosas verdaderas.

Si el cáncer se origina dentro de un pólipo, con el tiempo puede crecer hacia la pared del recto o del colon. Esta pared está compuesta por diferentes capas de las cuales el cáncer colorrectal se origina en la **capa más interna** (la mucosa) y puede crecer hacia el exterior.

Cuando las **células cancerosas** se encuentran en la pared pueden crecer hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Entonces desde ahí se pueden desplazar a los ganglios linfáticos próximos o a partes distantes del cuerpo [3].

Hay diferentes tipos de cáncer en el colon y el recto. Pero los **adenocarcinomas** representan sobre el **96%** de los canceres colorrectales. Este tipo de cánceres se originan de las células que producen mucosidad para lubricar el interior del colon y del recto [5].

2.4 Tratamientos para el cáncer colorrectal

La cirugía para este tipo de cáncer es normalmente el tratamiento principal en etapas del cáncer más tempranas. El tipo de cirugía depende de la **etapa** (extensión) del cáncer, la **localización**, y cuál es el **objetivo** de la cirugía.

En las cirugías de colon se requiere que el colon este vacío, por lo tanto, será necesario someterse a una dieta especial, incluso a veces se pida que consuman bebidas laxantes y la aplicación de enemas con el objetivo de expulsar todo el material fecal del colon.

Hay diferentes intervenciones a la hora de extirpar este cáncer como, por ejemplo: polipectomía, escisión local o colectomía.

- La **polipectomía** consiste en extirpar el pólipo el cual se corta en su tallo, por lo general, se hace pasando un bucle o asa de alambre a través del colonoscopio para cortar el pólipo mediante una corriente eléctrica.
- **Escisión local**, implica procedimientos más complejos, por el uso de instrumentos a través de un colonoscopio para extirpar pequeños canceres dentro del revestimiento del colon junto con tejido sano circundante.
- **Colectomía,** en esta cirugía se puede extraer bien todo el colon o parte de él. También se extirpan los ganglios linfáticos circundantes.

- A la técnica para extirpar solo una parte del colon se le llama **hemicolectomía, colectomía parcial o resección segmentaria.**
- Si se extirpa todo el colon, se le denomina **colectomía total.**

Si el **colon** esta **obstruido**, por lo general ocurre que con el tiempo la persona enferme gravemente. En estos casos existe una endoprótesis antes de realizar cirugía, el dispositivo se denomina **stent**, consiste en un tubo hueco ya sea de metal o de plástico que el medico puede introducir mediante un colonoscopio.

Si no es posible colocar la endoprótesis, puede que se requiera una cirugía inmediata. En estos casos se haría una **colectomía**, pero en lugar de reconectar los segmentos del colon restante, el extremo superior se adhiere a una abertura (estoma) en la piel del abdomen. Los residuos fecales saldrán por esta abertura hasta el exterior. A este procedimiento se le llama **colostomia**, suele durar solo un cierto tiempo, pero no siempre es así. En lugar de colon, a veces se conecta un extremo del intestino delgado (íleon) a un estoma de la piel. A esto se le llama **ileostomía**. Tanto en la colostomia como en la ileostomía se necesitan bolsas recolectoras para el almacenar los desechos [6].

2.5 Calidad de vida

En pacientes mayores de 65 años existe una reserva fisiológica deteriorada, lo que conlleva a que las complicaciones posquirúrgicas sean más frecuentes. La extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico (etapa clínica) y la resección completa de la tumoración son dos factores de riesgo independientes, que influyen directamente en la supervivencia.

La cirugía colorrectal en estos pacientes tiene una frecuencia aceptable de complicaciones y una baja tasa de mortalidad. Los resultados sugieren que los pacientes mayores de 65 años deben tratarse con la misma expectativa de curación que los pacientes más jóvenes [7].

Estos pacientes que son sometidos a este tipo de intervenciones y deben vivir con una colostomia o una ileostomía, el afrontamiento de la noticia sobre el estoma va relacionado con la enfermedad que sufren. Es más improductivo en los pacientes con cáncer. Después de realizar el estoma la tendencia es a normalizar la situación.

Varios estudios dieron una indicación del impacto de los problemas relacionados con la ostomía en la calidad de vida percibida y demostraron que una colostomía influye negativamente en la calidad de vida [8].

El manejo posterior al tratamiento es esencial para mejorar la salud y la calidad de vida de los sobrevivientes de cáncer colorrectal (CCR). El número de supervivientes de cáncer aumenta continuamente, lo que está provocando un aumento correspondiente en la necesidad de programas eficaces de gestión posterior al tratamiento. La investigación actual sobre el tema indica que dichos programas deberían incluir aspectos como **la actividad física y una dieta adecuada**, que serían la base del cambio de estilo de vida entre los sobrevivientes de CCR [9].

2.6 Paciente intervenido de cáncer colorrectal

El diagnostico en sí de cáncer puede afectar la salud emocional de los pacientes, las familias y los cuidadores. Los sentimientos durante esta experiencia que cambia la vida incluyen ansiedad, angustia y mayormente depresión. Es importante reconocer estos cambios y obtener ayuda cuando sea necesario. Aparte de los sentimientos descritos anteriormente en este tipo de cáncer también existe la preocupación y el temor por el cuidado personal y como ellos se enfrentan desanimados y asustados a la nueva situación. En estos casos es muy importante el papel de enfermería ya que la enfermera de terapia estomal (como modelo de práctica de enfermería avanzada) es una alternativa eficaz para desarrollar este tipo de recursos cognitivo-conductuales [20].

La presencia de una ostomía permanente puede afectar la calidad de vida así mismo con una imagen corporal disminuida y mayores preocupaciones financieras, aunque la calidad de vida global no se ve tan afectada [8]. Los supervivientes con ostomías tenían más problemas en la actividad física y funcional, y más problemas en la imagen corporal y funcionamiento sexual que los supervivientes sin ostomía [8].

En pacientes con más de 75 años, la fragilidad se asoció con un aumento de la mortalidad, complicaciones posoperatorias, estadía prolongada y alta hospitalaria. La alianza fue congruente entre diferentes instrumentos de fragilidad e independientemente del tipo de cirugía realizada. La fragilidad se asociaba significativamente con la mortalidad y las complicaciones postoperatorias. La fragilidad tiene un impacto negativo en los resultados posoperatorios [10].

Dado que los pacientes mayores de 75 años se presentan con mayor frecuencia para la cirugía, la evaluación de la fragilidad puede tener un valor considerable como herramienta para la evaluación perioperatoria [10].

2.7 Papel de enfermería

Los **profesionales de enfermería** juegan un papel muy importante en el autocuidado del paciente, ya que son ellos los que ayudan al paciente a saber cuidarse el estoma, también prestan mucha ayuda psicológica, ya que es un proceso nuevo y causa mucha angustia en muchos de ellos. Y también cambia bastante depende de la edad en la que se encuentre el paciente [20].

Una de las teorías de la enfermería más importante es la de Jean Watson la cual pertenece a la Escuela del Caring (cuidado). “Las teóricas de esta escuela creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones” [11].

Esta teoría en lo que se centra es en el cuidado e intenta responder a por qué las enfermeras hacen lo que hacen.

La teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los **10 factores asistenciales.** Los **tres primeros** son factores interdependientes que ofrecen una base filosófica a la ciencia de la asistencia, el primero de ellos se puede definir como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar un trabajo de calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor de la enfermera/o [11].

El segundo, propicia inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte unas buenas conductas [11].

El cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás es el **tercer factor**. Es muy importante que el profesional sepa distinguir entre su propia vida y la vida profesional, intentar no fusionar estas dos. “Solo quién sabe por qué se siente, cómo se siente; puede manejar sus emociones, moderarlas y ordenarlas de manera consciente” [11].

Las personas con adecuada **conciencia emocional** conocen sus **valores, metas y se guían por ellos,** han desarrollado **la capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro.** Este es el **cuarto factor.** Esto hace que se establezca una relación positiva entre enfermera y paciente, por lo que este expresara sus sentimientos de forma más abierta que si esto no pasara [11].

El quinto factor es el siguiente: **la enfermera debe estar preparada ante posibles sentimientos tanto positivos como negativos, y reconocer que la comprensión intelectual y emocional de una situación no tiene por qué coincidir.** Hay bastante riesgo si se comparten sentimientos, hay que saber cómo hacerlo bien [11].

En el **sexto factor**, Jean Watson hace un llamado **al uso sistemático del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.** Esto se relaciona a que la enfermera siempre debe tener una motivación de superación [11].

En **la enfermería siempre** hay cosas nuevas por eso siempre debemos estar en **constante aprendizaje**. Este es el **séptimo factor.**

El **octavo factor** es que este **personal debe reconocer la influencia** que tiene el **entorno interno y externo en la salud y la enfermedad de las personas.** Conocer nuestras fortalezas y debilidades, se debe tener una visión clara de lo que cada uno necesita mejorar y estar abiertos a nuevas experiencias es muy imprescindible para el desarrollo profesional [11].

La asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales de sí misma y del paciente como **noveno factor.** Es muy importante a la hora de manejar la expresión de prioridad del cuidado [11].

Como **decimo factor,** Jean Watson convoca el fomento de las fuerzas existenciales – fenomenológicas, esto quiere decir que no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras competencias como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión [11].

Lo más importante es confianza en uno mismo, valentía que proviene del conocimiento certero de nuestras capacidades, valores y metas. La gestión del cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito conservar la claridad en los pensamientos y no cometer ninguna violación que influya de manera negativa en la atención al paciente [11].

El cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, la finalidad de la cual será lograr su máximo bienestar [11].

Este cuidado de enfermería supone una importancia muy elevada ya que enfermería es la que se encarga del proceso tanto físico a nivel de educación sanitaria y cuidado de la

ostomía, como del proceso psicológico y de aceptación de esta nueva etapa de sus vidas.

Este tema ha sido elegido tanto por ser una de las enfermedades que más afecta a la población de mayor edad, asimismo me afecta muy directamente debido a que mi abuelo padece la enfermedad y he podido seguir el proceso muy de cerca.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

P	Pacientes sometidos a cirugía de cáncer colorrectal.
I	Intervenciones de enfermería en pacientes sometidos a cirugía colorrectal
C	Pacientes portadores de colostomia (y no portadores)
O	¿Cómo afectan posteriormente las intervenciones enfermeras en la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomia? ¿Y en los que no la portan?

Tabla 1: Pregunta PICO. Elaboración Propia

4. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

4.1 Objetivo general: Realizar una búsqueda bibliográfica sobre la calidad de vida y las intervenciones eficaces a pacientes que ya han estado intervenidos de cáncer colorrectal.

4.2 Objetivos específicos:

- Identificar las estrategias favorecedoras para la mejora de la calidad de vida en pacientes de cirugía general con cáncer colorrectal.
- Identificar cuáles son las diferencias e intervenciones eficaces en cuanto a la calidad de vida de los pacientes ostomizados y los que no lo están.
- Identificar el papel de la enfermería en los pacientes ostomizados.

5. METODOLOGÍA

5.1 Descripción del tipo de estudio.

Este trabajo consta de una **revisión sistemática** y esta revisión forma parte de la investigación secundaria, la cual parte del estudio de las pruebas disponibles sobre una determinada intervención, con el propósito de responder a unos objetivos concretos, siguiendo una metodología evidente e implacable. La revisión sistemática se ha convertido así en un diseño de investigación en sí misma en el que las unidades de estudio, en lugar de pacientes, son los trabajos originales los que se revisan [12].

5.2 Estrategia de la búsqueda.

5.2.1 Palabras clave y fecha de la búsqueda

Castellano	Catalán	Inglés
Cancer	Càncer	Cancer
Colorrectal	Colorectal	Colorectal
Cirugía	Cirurgia	Surgery
Calidad	Qualitat	Quality

Tabla 2: Palabras Clave

La fecha en la que comienza la búsqueda de artículos y de información para el trabajo aproximadamente es el **20 de noviembre del 2020.**

5.2.2 Descriptores MeSH y DeCS

Se ha realizado una búsqueda de artículos necesarios para este trabajo, donde se han utilizado 4 bases de datos (Web of Science, Medline, Scopus y Pubmed), aplicando a su vez unos términos de búsqueda específicos, términos que vendrán obtenidos a partir de los tesauros o descriptores DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Estos, a la vez, han estado combinados con operadores booleanos “AND”, que han permitido hacer las combinaciones deseadas para la búsqueda de la información.

DeCS	MeSH
Cáncer	Cancer
Colorrectal	Colorectal
Cirugía	Surgery
Calidad	Quality

Tabla 3: DeCS y MeSH.

Los artículos seleccionados se someterán a unos **criterios de calidad** según el manual de **Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe)**, donde se verá reflejado en la **Figura 2:** Tabla de resultados.

5.2.3 Operadores booleanos

Los operadores booleanos o también llamados operadores de búsqueda son nexos lógicos entre los términos que explican la relación entre conceptos de búsqueda.

Los operadores lógicos (AND, NOT, OR, XOR) son palabras o símbolos que se utilizan para darle a la búsqueda un orden lógico, localizan los registros que contienen los términos coincidentes en uno de los campos especificados o en todos los campos.

El operador booleano utilizado en este trabajo es **AND (Y):** Indica que las palabras que anteceden y siguen al operador deben encontrarse en el resultado de la búsqueda [13].

5.2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Menor o igual a 5 años	**No adaptación al tema**
Inglés	**Mayor a 6 años.**
Texto completo	

Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión.

5.2.5 Bases de datos de las publicaciones consultadas

Bases de datos	Temas e idiomas (NOT, AND, OR)		Resultados
	Castellano	Inglés	
Web of Science	Cáncer y Colorrectal y Cirugía y Calidad	Cancer AND Colorectal AND Surgery AND Quality	6051 (2)
Medline	Cáncer y Colorrectal y Cirugía y Calidad	Cancer AND Colorectal AND Surgery AND Quality	3621 (4)
Scopus	Cáncer y Colorrectal y Cirugía y Calidad	Cancer AND Colorectal AND Surgery AND Quality	72009 (3)
Pubmed	Cáncer y Colorrectal y Cirugía y Calidad	Cancer AND Colorectal AND Surgery AND Quality	5573 (2)

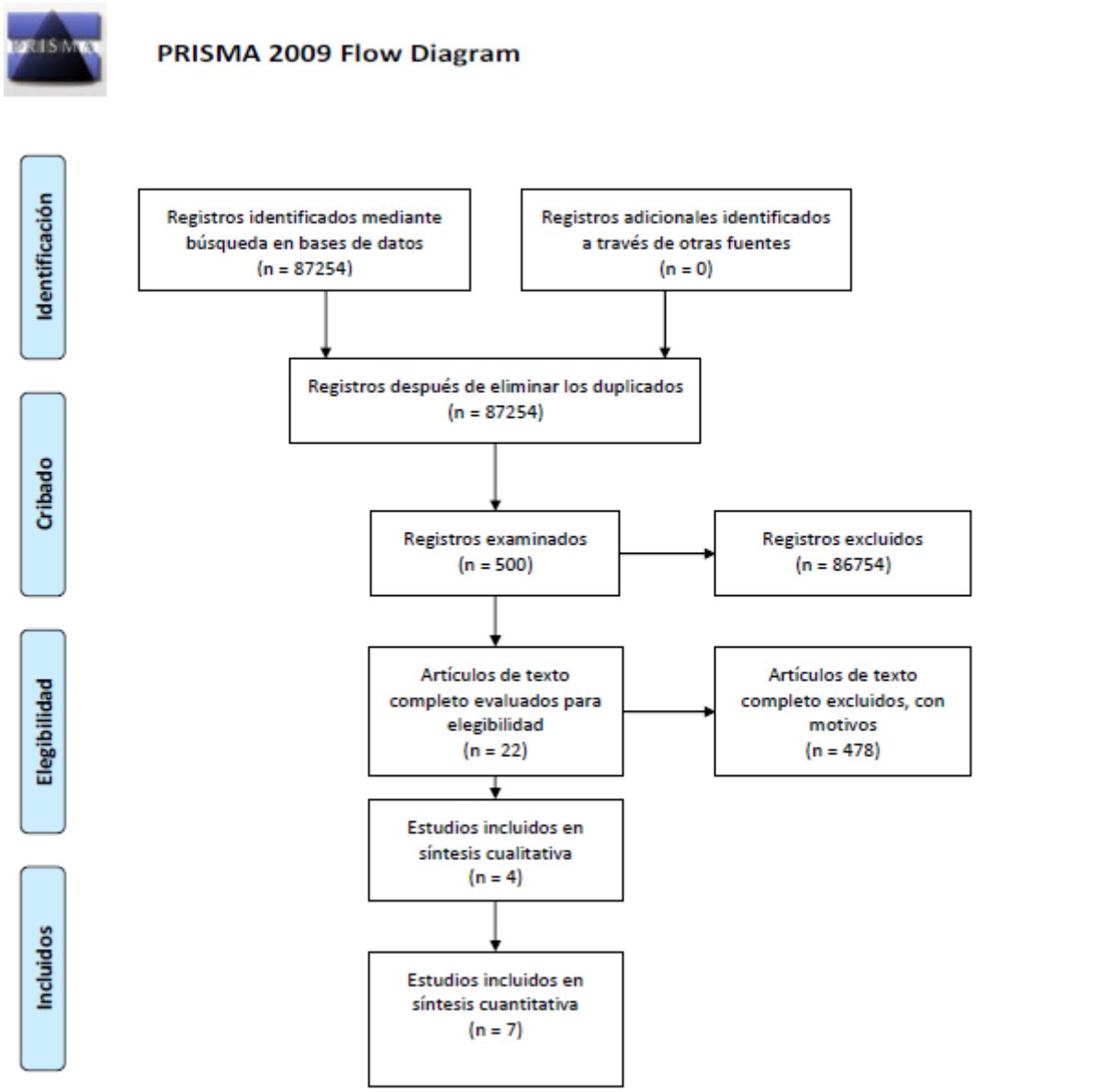
Tabla 5: Bases de datos

Los **artículos recuperados** de cada base de datos para su posterior análisis en profundidad son:

- Dos artículos de Web of Science.
- Cuatro de Medline.
- Tres de Scopus.
- Dos de Pubmed.

Figura 1: Diagrama de flujo.

Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se ha utilizado el algoritmo prisma, el cual describe todo el proceso de identificación inicial de estudios potenciales hasta la elección definitiva de los artículos que han sido analizados.



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

6. RESULTADOS

Figura 2: Tabla de resultados.

Autor, año, país.	Objetivo	Diseño de estudio/ Muestra	Intervención/Cuestionarios	Conclusiones	Nivel de evidencia
1- Supervivencia y calidad de vida después de la cirugía por cáncer colorrectal en los ancianos: un estudio comparativo. Jiménez, I., Pacha, M. Á., Pares, D., Esteve, M., Troya, J., Roca, J., Fernández-Llamazares, J.	Analizar los resultados clínicos del manejo multidisciplinario de pacientes ancianos con cáncer colorrectal en un solo centro y describir la calidad de vida postoperatoria.	Estudio analítico observacional de casos y controles. /Pacientes tratados en nuestro centro por cáncer de colon, de 80 a 84 años (grupo de estudio) frente a un grupo control (de 75 a 79 años).	• Se comparó a 87 pacientes con edades comprendidas entre 80 y 84 años (grupo de estudio) • Con un grupo control, que estaba formado por 91 pacientes con edades comprendidas entre los 75 y los 79 años. • No hubo diferencias significativas en la técnica y la morbilidad.	Se lograron resultados clínicos y una calidad de vida similares después de tratar a pacientes ancianos con cáncer de colon con un enfoque de manejo multidisciplinario.	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

(2019). España.[14]					
2- Calidad de vida en pacientes mayores y frágiles después de la cirugía para el estudio de seguimiento del cáncer colorrectal. Rønning B, Wyller TB, Nesbakken A, Skovlund E, Jordhøy MS, Bakka A, Rostoft S. (2016).[15]	Examinar la calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo en pacientes quirúrgicos mayores con cáncer colorrectal.	Estudio analítico observacional de cohorte prospectivo. /Se incluyeron 180 pacientes con una edad media de 80 años al inicio del estudio, 138 a los 3 meses del posoperatorio y 84 pacientes (69% de los supervivientes) en el seguimiento a largo plazo.	• Se realizó una valoración geriátrica preoperatoria y los pacientes se clasificaron como frágiles o no frágiles. • Los pacientes respondieron a la versión 3.0 del cuestionario C30 de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer antes de la cirugía, 3 meses después de la operación y en un	La calidad de vida relacionada con la salud puede mejorar en pacientes mayores después de la cirugía por cáncer colorrectal, incluso en pacientes clasificados como frágiles antes de la operación.	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

			seguimiento a largo plazo de 16 a 28 meses (mediana 22 meses) después de la cirugía. • Se realizaron análisis de varianza de medidas repetidas unidireccionales para examinar los cambios en las puntuaciones a lo largo del tiempo.		
3- El impacto de la cirugía colorrectal en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mayores funcionalmente	Este estudio se diseñó para mejorar atención geriátrica-oncológica para pacientes de edad avanzada con CRC	Estudio de ensayo de intervención, con seguimiento longitudinal prospectivo. /Se incluyeron pacientes de 70 años o más que se sometieron a cirugía electiva de CCR entre	• La CVRS (EORTC QLQ-C30 y CR38) y las actividades de la vida diaria (AVD, índice de Barthel) se midieron en cuatro momentos; antes de (T0) y a los 3 (T3), 6 (T6) y 12 (T12) meses después de la cirugía.	La cirugía colorrectal integrada en la atención geriátrico-oncológica tiene un impacto positivo en la CVRS en pacientes mayores funcionalmente dependientes con cáncer. La dependencia funcional moderada no debe considerarse una razón	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25].

dependientes con cáncer: un estudio de seguimiento longitudinal. Souwer ETD, Oerlemans S, van de Poll-Franse LV, van Erning FN, van den Bos F, Schuijtemaker JS, van den Berkmortel FWPJ, Ten Bokkel Huinink D, Hamaker ME, Dekker JWT, Wientjes CA, Portielje JEA, Maas HAA. (2019).	(cáncer colorrectal).	2014 y 2015 en combinación con una vía de atención oncogeriátrica.	La dependencia funcional se definió como un índice de Barthel <19. Utilizando el análisis de regresión de modelo mixto, se probaron y se corrigieron las asociaciones entre dependencia, tiempo y resultados de CVRS.	genérica para suspender el tratamiento quirúrgico. La información derivada de este estudio podría usarse en la toma de decisiones compartida.	**Valido** Puntuación > o igual a 7.

Paises Bajos.[16]					
4- Supervivencia a largo plazo después de la cirugía electiva de cáncer de colon en la edad. Un estudio de cohorte basado en la población. Niemeläinen, S, Huhtala, H, Ehrlich, A, Kössi, J, Jämsen, E, Hyöty, M. (2020). Finlandia.[17]	Analizar la supervivencia a largo plazo y las causas de muerte después de la cirugía electiva por cáncer de colon en ancianos, centrándose en los pacientes que sobrevivieron más de 3 meses después de la operación.	Estudio de cohorte basado en la población. /Pacientes ≥ 80 años. Se incluyeron 386 pacientes quirúrgicos.	• Se realizó un análisis de regresión de Cox univariado y multivariado para determinar los factores asociados con la supervivencia a largo plazo.	Los pacientes con cáncer de colon en edad apta pueden lograr buenos resultados a largo plazo y supervivencia con un tratamiento quirúrgico radical y mínimamente invasivo, incluso con quimioterapia adicional.	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe[25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

5- Autoestima y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ostomizados. Ferreira, E. d. C., Barbosa, MH, Sonobe, HM y Barichello, E. (2017). Brasil.[18]	Evaluar la autoestima (EE) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes ostomizados por cáncer colorrectal.	Estudio cualitativo investigación descriptivo transversal con enfoque cuantitativo. /Este estudio se realizó con 36 pacientes ostomizados. en el período de junio y julio de 2015.	• Se utilizaron tres instrumentos para recolectar datos: un cuestionario que contiene datos sociodemográficos y clínicos, Rosenberg escala de autoestima (RSS) y el cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer sobre la Calidad de Vida • Core 30 ítems (EORTC-QLQ-C30) para evaluar aspectos de CVRS. • Se creó un instrumento	Los resultados de este estudio permitieron analizar la autoestima y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ostomizados por CCR. Su autoestima se consideró satisfactoria. Individuos con un estoma localizado en el cuadrante abdominal izquierdo presentó mayor EE. En la relación entre CVRS y estado civil, este estudio identificó que los pacientes ostomizados sin cónyuge había puntajes más altos en la escala de función social que aquellos con cónyuges, además de una mayor dificultad económica. Individuos con colostomía	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe[25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

			específico para obtener características clínicas y sociodemográficas. Este instrumento fue presentado para validación de contenido y cara por tres enfermeras doctorales que trabajar en este tema.	tuvieron puntuaciones más altas en el GHS. Pacientes con una ostomía permanente tuvieron puntuaciones más altas en la función social.	
6- Daño cutáneo asociado a la humedad periostomal e independencia en los cambios en el sistema de bolsa en personas con nuevas	Evaluar los factores relacionados con el daño cutáneo asociado a la humedad periestomal (MASD) en pacientes que	Estudio cualitativo observacional retrospectivo de historias clínicas. /La muestra fue de 89 pacientes (edad media: 65 años; masculinos vs femenina: 58 vs	• Los pacientes que vivían con una ileostomía tenían más probabilidades de experimentar MASD periestomal que los pacientes que vivían con una colostomía.	Los pacientes sometidos a ileostomía y los que reciben quimioterapia posoperatoria tienen más probabilidades de experimentar MASD periestomal. Los pacientes mayores (> 65 años) y aquellos con diabetes mellitus tienen menos probabilidades de lograr la	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25].

ostomías fecales. Nagano, M, Ogata, Y, Ikeda, M, Tsukada, K, Tokunaga, K, Iida, S. (2019). Tokio. [19]	se sometieron a cirugía de ostomía debido a cáncer colorrectal y su independencia en los cambios del sistema de bolsa.	31) que visitaron un estoma clínico dentro de las 8 semanas de ostomía cirugía. Cincuenta y dos sujetos tuvieron ileostomías y 37 colostomías; Los datos se recopilaron entre enero de 2008 y julio de 2014.	• El análisis también encontró que los pacientes con quimioterapia posquirúrgica tenían 2,5 veces más probabilidades de experimentar MASD periestomal que los pacientes que no requirieron quimioterapia posoperatoria. • También encontramos que los pacientes de 65 años o más tenían una probabilidad significativamente mayor de tener dificultades para cambiar su sistema	independencia. Estos hallazgos influyeron en nuestro tratamiento de las personas sometidas a cirugía de ostomía para el tratamiento del cáncer colorrectal en nuestra clínica. Recomendamos investigación adicional utilizando una muestra más grande y diversa para confirmar nuestros hallazgos.	**Valido** Puntuación > o igual a 7.

			de bolsa que los pacientes más jóvenes, al igual que las personas con diabetes mellitus.		
7- Experiencias y afrontamiento de la imagen corporal alterada en pacientes con estoma digestivo. Hueso-Montoro, C, Bonill-De-Las-Nieves, C, Celdrán-Mañas, M, Hernández-Zambrano, SM, Amezcua-	Describir el afrontamiento de los pacientes ostomizados cuando se le da la noticia de la ostomía. Analizar el significado y la vivencia de su nueva fisionomía.	Estudio fenomenológico cualitativo. /21 pacientes con ostomía.	El estudio se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, donde el análisis se basó: • En la comparación constante de los datos, • La incorporación progresiva de sujetos. • La triangulación entre investigadores y enfermeras de terapia estomal. • Se utilizó el software Atlas.ti.	El afrontamiento de las noticias sobre el estoma está condicionado por el tipo de enfermedad, aunque la normalización del proceso es la tendencia observada en la mayoría de informantes. Enfermería juega un papel fundamental en la implementación de intervenciones cognitivo-conductuales y otros recursos para promover la autonomía del paciente en todo lo relacionado con el cuidado del estoma.	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

Martínez, M, Morales-Asencio, JM. (2016). España.[20]					
8- Los mayores desafíos de los sobrevivientes de cáncer de recto: resultados de una encuesta poblacional. McMullen, CK, Bulkley, JE, Altschuler, A, Wendel, CS, Grant, M, Hornbrook, MC, Sun, V, Krouse, RS.	Describir los mayores desafíos relacionados con el tratamiento para los sobrevivientes de cáncer de recto a largo plazo.	Estudio descriptivo observacional con una encuesta transversal. /Fue enviada una encuesta a los sobrevivientes a largo plazo (> = 5 años después del diagnóstico) de cáncer de recto que tenían una anastomosis, una ostomía temporal o una ostomía permanente.	• El principal resultado se midió con una pregunta abierta sobre el mayor desafío relacionado con la cirugía del cáncer. • Se clasificaron las respuestas utilizando un enfoque de teoría fundamentada con doble codificación para la confiabilidad. • Se utilizaron valores de chi (2) ajustados por Bonferroni para evaluar las	Los resultados revelan que hay una necesidad de tratamiento intestinal / ostomía, servicios psicosociales y vigilancia de los efectos tardíos en la supervivencia. También es muy importante los servicios de atención de apoyo para todos los supervivientes de cáncer de recto, independientemente del estado de la ostomía. La expectativa de los sobrevivientes a largo plazo con anastomosis revela desafíos que pueden no	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

(2016). EEUU.[21]			diferencias en las proporciones de subgrupos que mencionaron desafíos dentro de cada categoría de respuesta.	anticiparse durante la toma de decisiones para el tratamiento.	
9- Enfermería de rehabilitación rápida en pacientes postoperatorios con cáncer colorrectal y calidad de vida. Xu F, Yu P, Li L. (2019). Grecia.[22]	Examinar la aplicación de la enfermería de rehabilitación rápida en pacientes posoperatorios con cáncer colorrectal (CCR) y su efecto sobre la calidad de vida (CV).	Estudio analítico observacional de cohortes prospectivo. /154 pacientes con cáncer colorrectal, después de una resección radical en el Hospital Central de Wuhan desde febrero de 2011 hasta abril de 2015.	Durante el período perioperatorio, 96 pacientes (grupo de estudio) recibieron cirugía de vía rápida (FTS) y 58 pacientes (grupo control) recibieron cirugía de rutina. • Los datos postoperatorios de los pacientes de los dos grupos se analizaron en términos del tiempo de agotamiento del primer año, la primera vez que se levantan	Mejorar eficazmente la psicosis de los pacientes-estado lógico, reduciendo las complicaciones y mejorando el Concepto de FTS durante el período perioperatorio de la cirugía de CCR promueve la rehabilitación postoperatoria, reduce la economía presiona y mejora QOL. Por tanto, lo seguro, factible El concepto FTS con buena eficacia es un método perioperatorio	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

			de la cama, la primera vez que ingieren alimentos líquidos, el tiempo de la primera defecación, el momento de la extracción del tubo de drenaje, el momento de la extracción del tubo gástrico, tiempo de retirada de la sutura, estancia hospitalaria y gastos quirúrgicos. • Se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA) para evaluar el dolor posoperatorio. Se analizaron la tasa de reingresos, la incidencia de complicaciones 30	eficaz. modelo de gestión, y es digno de promoción clínica.	

			días después de la operación, la supervivencia y las puntuaciones de calidad de vida. • Después del alta, los pacientes fueron seguidos durante 3 años para observar la supervivencia global (SG) a los 3 años. Las puntuaciones de la EVA fueron más bajas en el grupo de estudio que en el grupo de control a las 6, 12, 24, 48 y 72 h después de la operación (P <0,05). La tasa de reingreso y la incidencia de complicaciones 30		

			días después de la operación fueron menores en el grupo de estudio que en el grupo de control (P <0,05). Antes de la enfermería, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de calidad de vida entre los dos grupos (P> 0,05), mientras que después de 3 y 12 meses de enfermería, la puntuación de calidad de vida fue significativamente más alta en el grupo de estudio que en el grupo de control (P		

			<0,05). La puntuación de calidad de vida en los dos grupos aumentó con el tiempo y hubo diferencias entre los dos grupos en cada punto temporal (P <0,05).		
10- Enfermería especializada como programa de educación indirecta para pacientes con ostomía. García-Goñi M. (2019). Suiza.[23]	Evaluar el impacto de tienen las enfermeras especializadas para pacientes con ostomía en los hospitales.	Estudio analítico observacional de casos y controles. /Pacientes con ostomía recogidos en 160 hospitales españoles entre marzo de 2012 y mayo de 2013.	• Los resultados muestran que los pacientes con acceso a enfermeras especializadas se autogestionan mejor, presentan menores eventos adversos y una mejor evolución de la CVRS, y demandan significativamente más consultas con	La especialización o la contratación de enfermeras para brindar educación indirecta a los pacientes con ostomía es rentable y muy beneficiosa para los pacientes.	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe [25]. **Valido**

			enfermeras especializadas y menos a Urgencias, atención primaria o especialistas, resultando en importantes ahorros para el Sistema de salud. • Este tipo de estrategia de educación indirecta podría considerarse para condiciones específicas con baja incidencia o dificultades para identificar a los pacientes objetivo o entregarles información directamente.		Puntuación > o igual a 7.

11- Efecto de la intervención de autoeficacia en la calidad de vida de pacientes con estoma intestinal. Xu, SJ, Zhang, ZY, Wang, AM, Zhu, JY, Tang, HZ, Zhu, XL. (2018). China.[24]	Explorar el efecto de una intervención de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes con colostomía permanente.	Estudio analítico observacional de casos y controles. /48 pacientes.	• Estos 48 pacientes se dividieron en los grupos de control y de intervención. - El grupo de control recibió enfermería de rutina. - El grupo de intervención estuvo expuesto a una intervención de autoeficacia de 3 meses, así como a enfermería de rutina. • Los dos grupos completaron la versión china de un cuestionario de autoeficacia a los 10 días, 1 mes y 3 meses después de la	Los pacientes con estoma son un grupo de pacientes que a menudo carecen de confianza en su vida diaria y tienen ansiedad y depresión debido a cambios en la imagen corporal después de una colostomía, lo que tiene un impacto grave en su estado funcional general. El presente estudio mostró que el nivel de autoeficacia de los pacientes con colostomía no suele ser muy alto, lo que se apoya en otros estudios, por lo que el estado psicológico y la autoeficacia de los pacientes con colostomía debe ser un tema central para el personal de enfermería. Es	Analizado el nivel de evidencia según los criterios de análisis CASPe[25]. **Valido** Puntuación > o igual a 7.

			cirugía. Tres meses después de la cirugía, los dos grupos también completaron un cuestionario de calidad de vida.	particularmente importante saber cómo realizar las intervenciones de enfermería adecuadas para mejorar los niveles de autoeficacia del paciente y mejorar la calidad de vida del paciente.	

7. ANÁLISIS/DISCUSIÓN

En esta revisión se describe y analiza la calidad de vida que un paciente tiene posteriormente de ser intervenido de un cáncer colorrectal, y como afecta a aquellos que se les ha tenido que colocar una ostomía para poder así solucionar el problema.

La vivencia de esta transición es totalmente individual, aunque muchas veces está implicada la familia, casi siempre si el/la paciente es de edad avanzada.

Ser portador/a de ostomía cambia bastante la vida, ya que al principio es un cambio muy brusco a nivel físico, a nivel familiar, también laboral… y eso hace que psicológicamente también afecte, ya que es un trabajo de día a día el ir aceptando la nueva situación y el ir aprendiendo como curar y manejar la ostomía y la situación en sí.

Al principio, cuando se hace la cirugía es muy importante enseñarles cómo deben cuidar y mantener la ostomía, ya que la mayoría de ellos ya la llevarán de porvida. Es imprescindible que se les haga una educación sanitaria completa y correcta, para que así cuando ya tengan que marchar a casa tengan todas las directrices para hacerlos solos/as, ser autónomos.

Así pues, mediante la metodología de revisión bibliográfica sistemática de bases de datos se han identificado once artículos de interés respondiendo a los objetivos específicos que se plantearon anteriormente.

En estos once artículos se comenta como es la calidad de vida en estos pacientes que se han sometido a la cirugía de cáncer colorrectal, a aquellos que se le ha realizado una resección de un trozo de intestino y por consiguiente han tenido que portar una colostomia, y no menos importante el papel que enfermería tiene enfrente esta situación.

7.1 Identificar las estrategias favorecedoras para la mejora de la calidad de vida en pacientes de cirugía general con cáncer colorrectal.

Los cuatro primeros artículos expresan como es la calidad de vida tras la cirugía de los pacientes que sufren cáncer colorrectal [14-17].

Estos 4 artículos coinciden que este tipo de cáncer es uno de los que tiene más alta prevalencia en la población en general, especialmente en países occidentales. Y que se sabe que el mejor tratamiento para este cáncer es el quirúrgico.

El estudio de Jiménez et al (2019) cuyo objetivo fue analizar los resultados del tratamiento quirúrgico en la población anciana después de implementar programas especifico basados en el paciente. Los resultados fueron similares a pesar de la edad. Además, lo más importante fue que la calidad de vida fue similar en ambos grupos [14].

En este mismo estudio la estancia hospitalaria fue mayor probablemente por la naturaleza especial de los ancianos. En estos pacientes lo que se intenta lograr es controlar los síntomas, disminuir la morbilidad y mantener la calidad de vida. La supervivencia a largo plazo es un objetivo controvertido, aunque según el estudio y la experiencia de los investigadores las cifras eran aceptables ya que hay un aumento general de la esperanza de vida en el mundo occidental [14].

A mena de conclusión de este artículo se pudo observar que la calidad de vida fue similar, excepto por diferencias en el componente del aspecto físico.

En el artículo de Ronning et al (2016) como en todos, coincide que con el envejecimiento de la población en general, se espera un aumento de casos. Aunque afortunadamente, con los avances en el diagnóstico y la terapéutica durante los últimos años, la supervivencia del cáncer colorrectal ha mejorado también en pacientes de mayor edad [15].

La fragilidad, es uno de los síndromes geriátricos por excelencia y describe un estado de mayor vulnerabilidad, ya que pueden experimentar más complicaciones como: mayor dependencia y/o muerte, pero tanto esta como la edad avanzada no son necesariamente contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico. En este estudio el objetivo fue examinar la calidad de vida relacionada con la salud a largo plazo en pacientes quirúrgicos mayores con cáncer colorrectal. Los pacientes fueron escogidos para un estudio que investigaba la fragilidad como pronóstico de complicaciones posoperatorias después de la cirugía por cáncer colorrectal, se dividieron en dos grupos frágiles y no frágiles. Se pudo concluir que hubo una mejora significativa en las puntuaciones de calidad de vida 3 meses después de la cirugía. En el seguimiento a largo plazo las puntuaciones disminuyeron, pero por encima de la línea base [15].

En el artículo publicado por Souwer et al (2019), se hace referencia al riesgo de resultados adversos de la cirugía donde está influenciado por la comorbilidad, el deterioro del funcionamiento físico y cognitivo, deficiencias, todas ellas predominan entre los pacientes mayores con cáncer colorrectal [16].

Además de la supervivencia y las complicaciones cuando se decide hacer un tratamiento contra el cáncer también hay otros aspectos que se discuten como son la calidad de vida relacionada con la salud y la conservación de la independencia. En los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud también se debe incluir un seguimiento posoperatorio, ya que el impacto de la cirugía para los pacientes mayores se extiende en el primer año posoperatorio.

El objetivo de este estudio fue investigar la calidad de vida relacionada con la salud en múltiples momentos antes y después de la cirugía colorrectal, y la asociación con funciones de dependencia, tiempo y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mayores con cáncer colorrectal en el primer año después de la cirugía. Se pudo observar una mejora clínicamente relevante en la mayoría de los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud para pacientes funcionalmente dependientes con mejoras en la salud global y disminución del dolor, la fatiga y problemas gastrointestinales. En el caso de los pacientes funcionalmente independientes, la salud global se mantuvo estable con solo una mejora relevante en la pérdida de peso [16].

En el estudio los dos grandes grupos que son los pacientes dependientes y los independientes bajaron un punto en la escala de Barthel, así mismo se han realizado múltiples esfuerzos para mejorar la atención quirúrgica, incluida la atención perioperatoria, una mejor selección de pacientes y la introducción de servicios geriatriconcologicos. Estas mejoras en la última década pueden haber resultado en un menor número de pacientes con deterioro funcional.

La dependencia funcional moderada no debe considerarse una razón genérica para descartar o suspender el tratamiento quirúrgico a estos pacientes.

La mayoría de los pacientes que se han incluido en el estudio fueron tratados en hospitales donde la atención oncogeriátrica está ampliamente integrada en los procesos de cuidados y esto puede influir en el efecto de la cirugía sobre el funcionamiento físico y la calidad de vida [16].

Y, por último, el artículo de Niemelainen et al (2020). El cáncer colorrectal es una de las neoplasias malignas más diagnosticada en el mundo. La incidencia ha aumentado debido a que la esperanza de vida también lo ha hecho. Entre 2013 y 2017, el 26% de los pacientes con cáncer colorrectal tenían 80 años o más en el momento del diagnóstico. Como bien se comenta anteriormente el tratamiento más efectivo es la cirugía. Las comorbilidades, la discapacidad, y la ocurrencia de complicaciones posoperatorias graves están asociadas con la supervivencia reducida a corto plazo después de la cirugía. Si los pacientes sobreviven el primer año después de la cirugía, tienen una supervivencia a largo plazo prudencial [17].

El objetivo de este estudio fue analizar la supervivencia a largo plazo y las causas de muerte después de la cirugía electiva por cáncer de colon en ancianos, centrándose en los pacientes que sobrevivieron más de 3 meses después de la operación.

Es muy importante informar a los pacientes mayores de los factores de riesgo de morbilidad posoperatoria y disminución de resultados a largo plazo, es esencial la toma de decisiones quirúrgicas y no quirúrgicas y los tratamientos. Estas decisiones de tratamientos para el cáncer de colon en la población anciana se han vuelto primordiales debido al aumento de pacientes mayores y al aumento de la esperanza de vida de estos [17].

Para los pacientes que tienen una forma física y cognitiva buena, el tratamiento quirúrgico con intención curativa puede conducir a una supervivencia a largo plazo similar a la de los pacientes jóvenes. Esto es cierto cuando los pacientes sobreviven los primeros tres meses críticos después de la cirugía. Por lo tanto, la prevención de complicaciones mediante el preoperatorio y la evaluación de la salud es fundamental, especialmente en pacientes de alto riesgo. Por lo tanto, los autores sugirieron que la cirugía del cáncer no es beneficioso para los pacientes de edad frágil y tienen un mayor riesgo de morbilidad posoperatoria y supervivencia reducida que para los pacientes en buena forma física y mental. Por otro lado, la mala salud, vivir en un geriátrico y la ocurrencia de las complicaciones perjudican considerablemente la supervivencia a largo plazo [17].

Estudios que se han realizado en España e Italia han demostrado que la laparoscopia en la población mayor tiene mejores resultados a corto plazo. Y otro estudio de Reino Unido muestra que la edad no es un factor de riesgo que limite a la hora de hacer una laparoscopia. La mediana del tiempo de supervivencia general de los pacientes intervenidos con laparoscopia es mayor que a los que se les realizó una operación abierta [17].

Además de los factores como las comorbilidades y las complicaciones, el único factor significativo que afecta a la supervivencia fue el estadio tumoral.

Los pacientes de edad avanzada que se someten a una intervención de cirugía de cáncer de colon pueden lograr una supervivencia y resultados aceptables a largo plazo con tratamiento quirúrgico radical y quimioterapia adicional [17].

7.2 Identificar cuáles son las diferencias e intervenciones eficaces en cuanto a la calidad de vida de los pacientes ostomizados y los que no lo están.

El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos más dañinos. La cirugía es uno de los tratamientos más eficaces para este tipo de cáncer.

El quinto artículo publicado por Ferreira et al (2017), donde nos alude que el tipo de cirugía, la extensión, el tamaño y la extensión dependen del tumor. En general, la cirugía requiere una amplia resección del asa intestinal y de tejido linfático circundante [18].

Las colostomías y las ileostomías pueden ser tanto temporales como permanentes. Las temporales en un cierto tiempo se realiza una reconstrucción posterior del intestino, mientras que en las permanentes generalmente se crean como tratamiento del cáncer y la reconstrucción es imposible después de la extirpación del segmento distal del intestino. Un estudio que comparó la calidad de vida en relación con la salud entre pacientes con ostomía temporal o permanente concluyó que ambos sufren la misma angustia, que afecta igualmente a la calidad de vida [18].

La ubicación del estoma, la cognición y las funciones sociales eran mayores entre los pacientes que habían sido ostomizados en el lado izquierdo, mientras que el dolor fue mayor entre aquellos con la ostomía en la derecha.

El resultado del tratamiento quirúrgico depende mucho también del psicosocial de los pacientes y de la preparación en el periodo preoperatorio, cuando los sentimientos de ansiedad y miedo relacionados con la anestesia, los cambios en la imagen corporal y el estilo de vida posterior, las preocupaciones por la muerte y por el propio procedimiento de la intervención están emergiendo. A pesar de los avances tecnológicos actuales, las cirugías para abrir un estoma tienen consecuencias de mutilación que provocan perdidas funcionales y anatómicas [18].

Los pacientes ostomizados se enfrentan a una serie de problemas físicos, psicológicos, sociales, espirituales sociales y sexuales que afectan a su autoestima y calidad de vida relacionada con la salud.

La autoestima es un tema primordial en términos de cáncer colorrectal. Además del estigma y la ubicación corporal. Las preocupaciones de los pacientes se intensifican con algunas posibilidades de tratamiento, entre las cuales está el desvío del tránsito intestinal a través de un estoma. Esta autoestima se evidencia por las respuestas que los individuos dan sobre diferentes situaciones y eventos en la vida. También se considera un indicador importante de la salud mental porque interfiere con las condiciones afectivas, sociales y psicológicas [18].

El estigma social es otro de los complejos que tienen los pacientes ostomizados ya que se sientes diferentes en comparación a su familia o sociedad y esto hace que pueda dificultar su proceso de adaptación y aceptación.

El cambio repentino de la imagen corporal hace crear confusión y cambios negativos en la forma en que las personas se perciben a sí mismas.

Considerados como minusválidos, los pacientes ostomizados viven con dificultades biopsicosociales causadas por la presencia de un estoma, incluidas las barreras a la inclusión social. Los cambios ocurridos en la vida diaria de estos pacientes se identificaron restricciones en su tiempo libre como en actividades al aire libre, practicar deportes e ir a los clubes debido a su inseguridad sobre la adherencia de la bolsa [18].

La ostomía provoca limitaciones en la calidad de vida relacionada con la salud, que conducen a una salida del mercado laboral y en consecuencia surgen dificultades financieras.

En cuanto al estado civil, se pudo observar que los pacientes ostomizados sin cónyuge puntuaron más alto en el dominio de las redes sociales, señalando que la condición física y el tratamiento interfieren menos con la vida familiar y las actividades sociales en comparación con los participantes que tenían cónyuge [18].

El tiempo que se lleva la ostomía representa una influencia importante sobre los factores de la calidad de vida en relación con la salud.

Al paso del tiempo y con el uso de estrategias, los pacientes ostomizados integran los cambios más fácilmente en todas las dimensiones. Su aceptación puede mejorar por la integración con familiares y amigos y a través de una intervención sistematizada por los profesionales de la salud [18].

El artículo con autores Nagano et al (2019) de esta revisión se llevó a cabo la evaluación de los factores relacionados con el daño cutáneo asociado a la humedad periostomal (MASD) en pacientes que se sometieron a cirugía de ostomía debido a cáncer colorrectal y su independencia en los cambios del sistema de bolsa, y sus efectos de la atención de enfermería en los pacientes sometidos a ostomías fecales para el manejo del cáncer colorrectal. Los resultados se utilizaron para determinar la atención prequirúrgica y posquirúrgica de estos pacientes [19].

La mayoría de los pacientes vivían con una ileostomía, las materias fecales que se expulsan contienen enzimas proteolíticas y lipolíticas que se supone que dañan el epitelio de la piel (y la barrera contra la humedad). El efluente de una ileostomía es típicamente de naturaleza más liquida que el efluente de una colostomia y contiene más enzimas digestivas. Estos factores pueden explicar por qué hay más daño periostomal en ileostomías que en colostomías [19].

También se encontró que los pacientes que posteriormente se sometieron a quimioterapia posoperatoria tenían más probabilidades de experimentar daño cutáneo periostomal. Ya que la quimioterapia está asociada con la citotoxicidad, inmunosupresión, neuropatía periférica y otros efectos secundarios adversos [19].

Se puso a comprobar que los pacientes mayores de 65 años eran menos propensos a lograr la independencia al cambiar el sistema que los pacientes más jóvenes.

El análisis multivariado de la independencia también descubrió que los pacientes con diabetes mellitus II tenían menos probabilidades de lograr la independencia al cambia el sistema de bolsa. Las personas con diabetes mellitus II son a menudo obesos, lo que puede resultar problemas en la colocación y adherencia de la bolsa [19].

En el artículo publicado por Hueso-Montoro et al (2016) se mencionan las experiencias y el afrontamiento de la imagen corporal alterada en pacientes con estoma digestivo, donde se enfrentan a diferentes perdidas físicas y funcionales, así como a nivel psicológico, emocional y social. Partiendo de esto se debe investigar la experiencia que estos pacientes con el fin de comprender como viven y afrontan la nueva realidad, construyendo así una base de conocimientos teóricos que ayuden a afrontar la situación [20].

El objetivo fue describir como las personas que van a recibir un estoma afrontan las noticias, así como analizan el significado y la vivencia de su nueva realidad corporal [20].

Una vez analizado con profundidad las respuestas de los pacientes, las personas cuando recibieron el diagnóstico de cáncer fueron menos impactante que recibir el diagnóstico de la colocación del estoma digestivo, ya que es un cambio en la integridad corporal [20].

El rechazo que sufren estas personas hacia el estoma digestivo es por el miedo a la estigmatización, como si se tratara de una actitud de evitar la enfermedad y la violación de su imagen corporal, solo así aceptándola cuando la severidad de la enfermedad lo requiera. El papel de la familia es muy importante ya que muchas veces actúa como condicionante para tomar la decisión y seguir adelante, como por ejemplo ayudando en la reinserción social. Asimismo, se observa el empeoramiento de la calidad de vida de la familia debido a todo el proceso de seguimiento [20].

En los resultados también destacan la importancia de la participación de la persona e el proceso de decisión cuando se propone la instalación del estoma, garantizando el principio de autonomía.

El conflicto surge cuando los pacientes deben afrontar el autocuidado en casa, donde el miedo y la preocupación vuelven a aparecer cuando no saben cómo tratar el estoma.

Los pacientes manifiestan vergüenza cuando perciben que portan un atributo no deseado, y consideran el esconderse como forma de disfrazarlo.

El proceso de redescubrimiento del cuerpo modificado puede ser analizado desde una perspectiva fenomenológica como proceso de resignificación del cuerpo, considerado como un vehículo a través del cual las personas comprenden y expresan el mundo. Es muy importante la práctica clínica ya que los servicios de salud deben ofrecer recursos que ayuden a este tipo de pacientes a reconciliarse con el cambio radical que ha sufrido [20].

Enfermería juega un gran papel en el autocuidado de estos pacientes. La enfermera de estomaterapía, como modelo de practica de enfermería avanzada, es una alternativa eficaz para desarrollar tanto este tipo de recursos cognitivo-conductuales como para promover la autonomía de los pacientes con relación al cuidado del estoma [20].

Y por último en este apartado, el artículo publicado por McMullen et al (2016) se describen los mayores desafíos relacionados con el tratamiento para los sobrevivientes de cáncer de recto a largo plazo. La supervivencia no representa un regreso a la vida anterior del cáncer, ya que la mayoría experimentan una serie de cambios en la calidad de vida con los efectos a largo plazo y tardíos de la enfermedad y el tratamiento. Entender las dificultades duraderas de los supervivientes y las perspectivas es esencial para identificar y planificar las necesidades específicas de los subgrupos de sobrevivientes de cáncer [21].

La mayoría de los pacientes y proveedores de atención medica presumen que vivir con ostomía es dramáticamente diferente y más difícil que vivir sin una.

Se identificaron preocupaciones en curso, incluidos problemas de adaptación que se prolongaron más allá del periodo posoperatorio y una necesidad continua de educación, desarrollo de habilidades y apoyo emocional. Los sobrevivientes también recalcaron la necesidad de un buen equipo de ostomía, seguro y económico y la falta de conciencia entre los profesionales de la salud sobre las ostomías y los suministros de ostomía disponibles [21].

Los sobrevivientes anunciaron que las comorbilidades tenían un fuerte efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud, la función de la ostomía y el autocuidado de esta.

Los problemas más frecuentes mencionados se relacionaron con el manejo del intestino/ ostomía y los impactos psicosociales negativos.

En el estudio, el 44% de los casos de cáncer de recto informó que el manejo intestinal es el mayor desafío.

Los pacientes con anastomosis en el estudio percibieron una falta de apoyo clínico y emocional, entretanto los pacientes con ostomía enaltecieron la atención de enfermería especializada. Estos pacientes a los que se les realizó la anastomosis parecen estar siendo descuidados por los proveedores de atención médica, debido a que se piensa que tienen menos problemas porque se conserva la continuidad intestinal o porque hay muy poca enfermería especializada u otros recursos para esta población [21].

Los pacientes que se sometieron a una ostomía temporal informaron que los niveles altos de problemas de intestino/ostomía y niveles de desafíos psicosociales son similares a los pacientes con ostomía permanente. Esto puede deberse a que estos pacientes han experimentado dos procesos de ajuste: recibir la ostomía y luego su reversión [21].

La sociedad estadounidense de oncología clínica (ASCO) y las pautas de atención de seguimiento/supervivencia para el cáncer colorrectal de la Red Nacional Integral de Centros Oncológicos (NCCN) no mencionan los servicios psicosociales como parte de la atención de seguimiento recomendada. Las pautas más generales de atención de supervivencia de la NCCN recomiendan la detección de ansiedad y depresión a intervalos regulares, particularmente cuando el estado de la enfermedad o el tratamiento ha cambiado [21].

La disconformidad entre las prioridades informadas por los pacientes y las preferencias clínicas indica que la evaluación y la intervención para los desafíos psicosociales merecen una atención más sistemática en las pautas de atención para la supervivencia del cáncer de recto y la prestación de servicios [21].

7.3 Identificar el papel de la enfermería en los pacientes ostomizados.

Este apartado comienza con el articulo compuesto por los autores Xu F et al (2019) el cual enuncia la enfermería de rehabilitación rápida en pacientes postoperatorios con cáncer colorrectal y calidad de vida [22].

Con el desarrollo de la tecnología y la economía, el ritmo de las personas se acelera, pero la calidad de vida disminuye. La incidencia del cáncer colorrectal ha aumentado y la edad de inicio es de inicio más joven, sobre los 50-60 años. El cáncer colorrectal tiene

una alta tasa de mortalidad lo que amenaza seriamente la vida de las personas. Además, los pacientes creen que el tratamiento no tiene éxito si causa reacciones adversas graves e incluso afecta a la calidad de vida [22].

El concepto de cirugía de seguimiento (FTS) se refiere a realizar un tratamiento optimizando medidas en pacientes durante un periodo perioperatorio basado en teoría medica con el fin de reducir la respuesta al estrés quirúrgico del cuerpo. El tratamiento involucra a muchas personas, tanto personal sanitario como personas del entorno del paciente. Se ha observado que el FTS acorta la estancia hospitalaria, reduce las complicaciones posoperatorias y hospitalarias, el costo y aumenta la satisfacción del paciente hospitalizado [22].

El tratamiento del cáncer ha cambiado la mejora de los efectos operativos y la tasa de supervivencia a la prolongación de esta, mejora de la calidad de vida y reducción de la carga psicológica y reacciones adversas [22].

En este concepto, la enfermería psicológica es factible durante el perioperatorio, periodo donde se promueve el tratamiento clínico. Antes de la operación, la mayoría de los pacientes quirúrgicos sufren de ansiedad, miedo, nerviosismo, y otros trastornos psicológicos que interfieren con la anestesia y la operación, y por lo tanto afectan la eficacia clínica. Durante el periodo perioperatorio elimina el nerviosismo y el miedo a la operación, reduce la carga psicológica y mejora la tolerancia a la operación y la anestesia. También se ha demostrado que el concepto FTS para la enfermería de pacientes con cáncer colorrectal puede reducir el dolor [22].

La enfermería reduce la incidencia de complicaciones, acorta la estancia hospitalaria, y mejora la satisfacción de enfermería de los pacientes con cáncer colorrectal.

Finalmente, en este estudio según la evaluación de calidad de vida antes de la operación, no hubo cambios entre los dos grupos. Las puntuaciones del grupo estudio fueron significativamente más altas que las del grupo control en 3 y 12 meses, lo que indica que el concepto FTS puede restaurar mejor la función social de los pacientes y reducir la disfunción gastrointestinal. Este concepto para la enfermería de los pacientes a largo plazo es beneficioso para su comportamiento [22].

El siguiente articulo con autores García-Goñi (2019), se comenta que uno de los principales desafíos en la gestión sanitaria es la asignación eficiente de recursos para obtener una mejora salud o una mejora del estado de salud de la población [23].

La educación es particularmente importante para los pacientes crónicos, necesitan aprender a vivir con su condición, que afecta su calidad de vida, productividad y estado

funcional. Por consiguiente, se recomienda involucrar a los pacientes en el autocuidado de su enfermedad para mejorar su calidad de vida y prevenir o retrasar problemas futuros. Esta educación del paciente es parte integral del proceso de enfermería, y las enfermeras ejercen un papel clave en su asistencia. Se concluye que es necesaria una mejora de las condiciones en las que las enfermeras imparten educación al paciente [23].

Se halla que una relación enfermera-paciente más alta aumenta las probabilidades de muerte de los pacientes y de que no se rescaten, mientras que los mejores entornos laborales y la educación de las enfermeras disminuyen esas probabilidades. El estudio se basa en la implementación en hospitales de programas de educación para enfermeras, especializándolas en la atención a pacientes recientemente ostomizados; es decir, enfermeras especialistas en ostomycare (SOC). Se encuentra una mejor resolución de las actividades diarias, la carencia de dolor y la falta de ansiedad en pacientes con acceso a SOC, lo que ayuda a los pacientes a desarrollar una mejor confianza en sí mismos y a manejar la situación después de ser intervenidos y posterior a la colocación de la ostomía. Y esto hace que haya una menor demanda de servicios de salud (su uso sea más eficiente) y, por lo tanto, un menor nivel de gasto en la salud [23].

Y por último en este apartado, el articulo con autores Xu et al (2018), donde la autoeficacia planteada juega un papel muy importante en la modulación de los comportamientos de salud y, a su vez, afecta positivamente las cualidades de vida. Los pacientes con alta autoeficacia serían más probables que pudieran luchar contra los factores estresantes de la vida con confianza y participar en los comportamientos necesarios para preservar o restaurar la salud [24].

Por lo tanto, es necesario diseñar métodos de intervención de enfermería apropiados para acrecentar los niveles de autoeficacia de los pacientes y la calidad de vida de estos.

El nivel de autoeficacia de los pacientes con colostomia suele ser no muy alto, por lo que el estado psicológico y la autoeficacia de los pacientes con colostomia deben ser el foco de atención para el personal de enfermería [24].

Primeramente, la autoeficacia podría perjudicar el comportamiento del individuo, niveles más altos de autoeficacia significa una alta probabilidad de éxito y esto podría hacer que participen activamente en las actividades. En segundo lugar, la autoeficacia influye en el nivel de esfuerzo y actitud del individuo hacia las dificultades y dirige las decisiones de las personas. Y, en tercer lugar, la autoeficacia afecta a las personas en su forma de pensar y la eficiencia de la acción, lo que podría determinar si las personas están preparadas a tomar acción y formar un nuevo modo de comportamiento [24].

Otros estudios han demostrado que los programas de educación en autogestión y entrenamiento, que se basan en la teoría de la autoeficacia, ayudan a mejorar la eficiencia de la auto-expectación y juegan un papel importante en la mejora de comportamientos de autocuidado y resultados de salud.

Se ha demostrado que los altos niveles de autoeficacia pueden mejorar la calidad de vida, la adaptación a las enfermedades, el estado y comportamientos de salud de los pacientes con cáncer [24].

8. CONCLUSIONES

En esta revisión todos los artículos hacen coincidir que este tipo de cáncer es uno de los que tiene más alta prevalencia en la población en general, especialmente en países occidentales. Y se sabe que el mejor tratamiento para este cáncer es la intervención quirúrgica. Aunque se ha demostrado que la quimioterapia adyuvante puede aumentar la supervivencia general.

Con el desarrollo de la tecnología y la economía, el ritmo de las personas se acelera, pero la calidad de vida disminuye. La incidencia del cáncer colorrectal ha aumentado y la edad de inicio es de inicio más joven, sobre los 50-60 años. El cáncer colorrectal tiene una alta tasa de mortalidad lo que amenaza seriamente la vida de las personas.

Hay varias publicaciones donde se comenta la no contraindicación con respecto a la edad, si los pacientes son aptos para la cirugía para el tratamiento colorrectal.

La fragilidad, es uno de los síndromes geriátricos por excelencia y describe un estado de mayor vulnerabilidad, ya que pueden experimentar más complicaciones.

En estos pacientes lo que se intenta lograr es controlar los síntomas, disminuir la morbilidad y mantener la calidad de vida. La estancia hospitalaria en estas edades suele ser más prolongada debido a su naturaleza especial.

Es muy importante informar a los pacientes mayores de los factores de riesgo de morbilidad posoperatoria y disminución de resultados a largo plazo.

Para los pacientes con cáncer colorrectal que tienen una forma física y mental buena, la cirugía con intención curativa puede llevar a una supervivencia a largo plazo similar a la de los pacientes más jóvenes.

En cuanto a la formación de una ostomía como proceso de curación del cáncer hay dos tipos como son: Las colostomías y las ileostomías, y estas dos pueden ser tanto temporales como permanentes.

Los pacientes que se sometieron a una ostomía temporal informaron que los niveles altos de problemas de intestino/ostomía y niveles de desafíos psicosociales son similares a los pacientes con ostomía permanente. Esto puede deberse a que estos pacientes han experimentado dos procesos de ajuste: recibir la ostomía y luego su reversión.

Las personas ostomizadas no solo pierden parte de su cuerpo y como consecuencia el cambio de la imagen corporal, en su rutina diaria, así como la perdida de continencia, confianza… y esto también hace que se incorporen nuevos elementos como son: el estoma, la bolsa y la sensación de ser diferente.

El resultado del tratamiento quirúrgico depende mucho también del psicosocial de los pacientes y de la preparación en el periodo preoperatorio.

La autoestima es un tema importante en cuanto a nivel del cáncer colorrectal. Las preocupaciones de los pacientes se intensifican con algunas posibilidades de tratamiento, entre las cuales está la formación del estoma. También se considera un indicador importante de la salud mental porque se interpone con las condiciones afectivas, sociales y psicológicas.

El estigma social es otro de los complejos que tienen los pacientes ostomizados ya que se sienten diferentes en comparación a su familia o sociedad, y esto hace que pueda dificultar su proceso de adaptación y aceptación.

El cambio repentino de la imagen corporal crea un gran choche y cambios negativos en la forma en que las personas se perciben a sí mismas. Los pacientes con ostomía digestiva dicen que vivir con una es muy diferente y a la vez difícil que vivir sin una.

La supervivencia no representa un regreso a la vida anterior del cáncer, ya que la mayoría experimentan una serie de cambios en la calidad de vida con los efectos a largo plazo y tardíos de la enfermedad y el tratamiento.

Se creó el concepto de cirugía de seguimiento (FTS) el cual se refiere a realizar un tratamiento optimizando medidas en pacientes durante un periodo perioperatorio basado en teoría medica con el fin de reducir la respuesta al estrés quirúrgico del cuerpo.

La enfermería psicológica es factible durante el perioperatorio, periodo donde se promueve el tratamiento clínico. Antes de la operación, la mayoría de los pacientes

quirúrgicos sufren de ansiedad, miedo, nerviosismo, y otros trastornos psicológicos que interfieren con la anestesia y la operación.

La educación es particularmente importante para los pacientes crónicos, ya que necesitan aprender a vivir con su condición, que afecta su calidad de vida, productividad y estado funcional. Por lo tanto, se recomienda involucrar a los pacientes en el autocuidado de su enfermedad para mejorar su calidad de vida y prevenir o retrasar problemas futuros.

Esta educación del paciente es parte integral del proceso de enfermería.

El estudio se basa en la implementación en hospitales de programas de educación para enfermeras, especializándolas en la atención a pacientes recientemente ostomizados; es decir, enfermeras especialistas en ostomycare (SOC). Este programa lo que hace es ayudar a los pacientes a desarrollar una mejor confianza en sí mismos y a manejar la situación después de ser intervenidos y posterior a la colocación de la ostomía.

Una de las intervenciones más importantes en la calidad de vida de los pacientes es la intervención de la autoeficacia, juega un papel muy importante en la modulación de los comportamientos de salud y, a su vez, afecta positivamente las cualidades de vida. Los pacientes con alta autoeficacia serían más probables que pudieran luchar contra los factores estresantes de la vida con confianza y participar en los comportamientos necesarios para preservar o restaurar la salud.

Uno de los principales desafíos en la gestión sanitaria es la asignación eficiente de recursos para obtener una mejor salud. Y la educación es uno de los recursos de la función de promoción de la salud.

9. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA ENFERMERA

En cuanto a los papeles que ejerce enfermería en el proceso de un paciente que es diagnosticado de cáncer colorrectal hay varios como son: la preparación para la prueba de diagnóstico del cáncer, el autocuidado del propio paciente, la afectación a nivel psicológico, involucrar a la familia en este proceso es muy importante…

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en el autocuidado de estos pacientes. La enfermera de estomaterapía, como modelo de Práctica de Enfermería Avanzada, es una alternativa eficaz para desarrollar tanto este tipo de recursos cognitivo-conductuales, como para promover la autonomía de los pacientes en todo lo relacionado con el cuidado del estoma.

10. BIBLIOGRAFIA

1- Puente J, de Velasco G. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2019 [citado 30 Nov 2020]. Disponible en: https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla#:~:text=%C2%BFQ%C3%BAe%20es%20el%20c%C3%A1ncer%3F,un%20periodo%20de%20tiempo%20programado.

2- Cáncer de colon y recto - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Seom.org. 2020 [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=2

3- Cáncer colorrectal - Detección [Internet]. Cancer.Net. 2019 [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/detecci%C3%B3n

4- Signos y síntomas del cáncer colorrectal [Internet]. Cancer.org. 2018 [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html

5- ¿Qué es el cáncer colorrectal? [Internet]. Cancer.org. 2018 [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html

6- Cirugía del cáncer de colon [Internet]. Cancer.org. 2018 [citado el 18 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-del-colon.html

7- Herrera-Gómez A, Orozco C, Ruíz-Molina J, Téllez-Palacios D, Ortega-Gutiérrez C, Ñamendys-Silva S. Cirugía colorrectal en pacientes mayores de 65 años [Internet]. ScienceDirect. 2012 [citado el 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090612000353

8- Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review [Internet]. Vol. 25, Quality of Life Research. Springer International Publishing; 2016 [citado 27 Nov 2020]. p. 125–33. Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/26123983/

9- Balhareth A, Aldossary MY, McNamara D. Impact of physical activity and diet on colorectal cancer survivors' quality of life: A systematic review [Internet]. Vol. 17, World Journal of Surgical Oncology. BioMed Central Ltd.; 2019 [citado 27 Nov 2020]. Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31472677/

10- Lin H, Watts J, Peel N, Hubbard R. Fragilidad y resultados posoperatorios en pacientes quirúrgicos mayores: una revisión sistemática [Internet]. Apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat. 2016 [citado 17 Nov 2020]. Disponible en: https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=MarkedList&qid=12&SID=F2tP4oN1jQT18fWhLuD&page=1&doc=7&colName=WOS

11- Izquierdo Machín, E., 2015. Enfermería: Teoría De Jean Watson Y La Inteligencia Emocional, Una Visión Humana. [en línea] Scielo.sld.cu. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006 [Consultado el 8 de enero de 2021].

12- [Internet]. Ujaen.es. 2020 [citado el 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/revi_sistematica.html

13- Operadores booleanos - EcuRed [Internet]. Ecured.cu. [citado el 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Operadores_booleanos

14- Jiménez I, Pacha MÁ, Pares D, Esteve M, Troya J, Roca J, et al. Survival and quality of life after surgery for colorectal cancer in the elderly: a comparative study. Revista Española de enfermedades digestivas: Órgano oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva 2019 03;111(3):193-198. https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/medline/docview/2157678581/5BFBFF03C1834F70PQ/66?accountid=14733

15- Rønning B, Wyller TB, Nesbakken A, Skovlund E, Jordhøy MS, Bakka A, et al. Quality of life in older and frail patients after surgery for colorectal cancer-A follow-up study. J Geriatr Oncol [Internet]. 1 May 2016 [citado 14 Feb 2021];7(3):195–200. Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/27067579/

16- Souwer ETD, Oerlemans S, van de Poll-Franse L V., van Erning FN, van den Bos F, Schuijtemaker JS, et al. The impact of colorectal surgery on health-related quality of life in older functionally dependent patients with cancer – A longitudinal follow-up study. J Geriatr Oncol [Internet]. 1 Sep 2019 [citado 18 Feb

2021];10(5):724–32. Disponible en: https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/31076314/

17- Niemeläinen S, Huhtala H, Ehrlich A, Kössi J, Jämsen E, Hyöty M. Supervivencia a largo plazo después de la cirugía electiva por cáncer de colon en ancianos. Un estudio de cohorte basado en la población [Internet]. Www-scopus-com.sabidi.urv.cat. 2020 [citado el 14 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85089746743&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=1da437cf4f26b931f5f5f599c20c57fd&sot=a&sdt=cl&cluster=scopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2bscoopenaccess%2c%221%22%2ct%2bscolang%2c%22English%22%2ct%2c%22Spanish%22%2ct%2bscosubtype%2c%22ar%22%2ct&sl=45&s=cancer+and+colorectal+and+surgery+and+quality&relpos=1628&citeCnt=0&searchTerm=

18- Ferreira EdC, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Autoestima y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ostomizados. Rev Bras Enferm 2017 04; 70 (2): 271-278. https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/medline/docview/1887427672/5BFBFF03C1834F70PQ/155?accountid=14733

19- Nagano M, Ogata Y, Ikeda M, Tsukada K, Tokunaga K, Lida S. Daño cutáneo asociado a la humedad periestomal e independencia en los cambios del sistema de bolsas en personas con nuevas ostomías fecales [Internet]. Www-scopus-com.sabidi.urv.cat. 2019 [citado el 14 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85064239801&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=acd51f667dd6ff3eaf99285a8a5231cc&sot=a&sdt=cl&cluster=scoopenaccess%2c%221%22%2ct%2bscopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2bscoexactkeywords%2c%22Humans%22%2ct%2bscolang%2c%22English%22%2ct%2c%22Spanish%22%2ct%2bscosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=45&s=Cancer+and+colorectal+and+surgery+and+quality&relpos=71&citeCnt=4&searchTerm=

20- Hueso-Montoro C, Bonill-De-Las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hernández-Zambrano S, Amezcua-Martínez M, Morales-Asencio J. Experiencias y afrontamiento de la imagen corporal alterada en pacientes con ostoma digestivo

[Internet]. Www-scopus-com.sabidi.urv.cat. 2016 [citado el 14 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/record/display.uri?eid=2-s2.0-85016087429&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=acd51f667dd6ff3eaf99285a8a5231cc&sot=a&sdt=cl&cluster=scoopenaccess%2c%221%22%2ct%2bscopubyr%2c%222020%22%2ct%2c%222019%22%2ct%2c%222018%22%2ct%2c%222017%22%2ct%2c%222016%22%2ct%2c%222015%22%2ct%2bscoexactkeywords%2c%22Humans%22%2ct%2bscolang%2c%22English%22%2ct%2c%22Spanish%22%2ct%2bscosubjabbr%2c%22NURS%22%2ct&sl=45&s=Cancer+and+colorectal+and+surgery+and+quality&relpos=259&citeCnt=7&searchTerm=

21- McMullen CK, Bulkley JE, Altschuler A, Wendel CS, Grant M, Hornbrook MC, et al. Greatest challenges of rectal cancer survivors: Results of a population-based survey. In: Diseases of the Colon and Rectum. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 1019–27. https://apps-webofknowledge-com.sabidi.urv.cat/full_record.do?product=UA&search_mode=MarkedList&qid=1&SID=C5cKlkN7TaYMmg9bZTO&page=1&doc=6&colName=WOS

22- Xu F, Yu P, Li L. Enfermería de rehabilitación rápida en pacientes posoperatorios con cáncer colorrectal y calidad de vida. Cartas de oncología 2019 07; 18 (1): 651-658. https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/medline/docview/2255475236/5BFBFF03C1834F70PQ/55?accountid=14733

23- García-Goñi M. La especialización de enfermeras como programa de educación indirecta para pacientes con ostomía. Revista internacional de investigación ambiental y salud pública 27 junio 2019; 16 (13). https://search-proquest-com.sabidi.urv.cat/medline/docview/2250614363/426BE101428C4D12PQ/3?accountid=14733

24- Xu S, Zhang Z, Wang A, Zhu J, Tang H, Zhu X. Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients with Intestinal Stoma. Gastroenterol Nurs. 1 Jul 2018;41(4):341–6. https://journals.lww.com/gastroenterologynursing/Fulltext/2018/07000/Effect_of_Self_efficacy_Intervention_on_Quality_of.10.aspx

25- Instrumentos para la lectura crítica | CASPe [Internet]. Redcaspe.org. 2016 [citado el 7 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos