



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Máster

Análisis de la calidad de vida de pacientes
mayores de 65 años con cáncer colorrectal en
la unidad de tumores digestivos del Hospital
Royo Villanova

Analysis of the quality of life of patients aged 65
and over with colorectal cancer at the Hospital
Royo Villanova's tumour unit

Autor

Andrea Barrado Melero

Director

Dra. Ana Caballero Navarro

Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza
Máster Universitario en Gerontología Social
2019-2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	2 Pág
ABSTRACT.....	3 Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	4-13 Pág
1.1 Cáncer Colorrectal.....	7-10 Pág
1.2 Calidad de vida.....	11-13 Pág
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	14 Pág
2.1 Hipótesis	14 Pág
2.2 Objetivo principal.....	14 Pág
2.3 Objetivos específicos.....	14 Pág
3. MÉTODO.....	15-20 Pág
3.1 Diseño del estudio.....	15 Pág
3.2 Contexto geográfico y temporal del estudio.....	15 Pág
3.3 Población de estudio.....	15-16 Pág
3.4 Consentimientos para la realización del estudio.....	16 Pág
3.5 Acceso y recogida de información.....	16 Pág
3.6 Variables e instrumentos de medida utilizados.....	17-20 Pág
3.7 Análisis estadístico.....	21 Pág
4. RESULTADOS.....	21-38 Pág
5. DISCUSIÓN.....	38-40 Pág
6. CONCLUSIÓN.....	41 Pág
7. BIBLIOGRAFÍA.....	42-54 Pág
8. ANEXOS	
Anexo I: Permiso del jefe de servicio de Digestivo del Sector I.....	55 Pág
Anexo II: Dictamen del Comité de Investigación Clínica de Aragón.....	56 Pág
Anexo III: Cuestionario EORTC QLQ-C30.....	57-58 Pág
Anexo IV: Cuestionario EORTC QLQ-CR29.....	59-60 Pág

RESUMEN:

En el proceso de envejecimiento se producen una gran cantidad de daños celulares y moleculares que da lugar a un descenso de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

En España, la segunda causa de mortalidad son los tumores.

El cáncer colorrectal es uno de los tumores más diagnosticados en nuestro país, cada día es mayor el número de personas adultas diagnosticadas.

Este diagnóstico y su consiguiente tratamiento pueden alterar notablemente la calidad de vida de las personas (QOL).

La QOL de una persona enferma es el resultado de la interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el cambio que produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. La QOL, por lo tanto, esta sometida a un continuo cambio que depende de las interacciones del paciente y el medio que le rodea.

Este trabajo analiza la calidad de vida de personas mayores diagnosticadas de cáncer colorrectal, en distintas fases de tratamiento, con distintas localizaciones del tumor y con distintas variables.

La muestra estudiada fueron 20 pacientes entre los 66 y 86 años (14 hombres y 6 mujeres). Las variables de estudio fueron la localización del tumor, el tratamiento recibido, el estado civil, la convivencia... y las distintas variables de los cuestionarios de la EORTC QLQ-C30 Y QLQ-CR-29, los cuales abarcan áreas como el estado global de salud, área de funcionamiento, área de síntomas, el impacto psicológico del cáncer y su tratamiento, el impacto psicológico de la colostomía, y el impacto en el área sexual.

Los resultados indican que no es solo la cirugía y los tratamientos administrados como la radioterapia o la quimioterapia son los que pueden hacer disminuir la calidad de vida, si no que existen otros factores como el entorno que hacen que la calidad de vida cambie.

Palabras clave: Cáncer de colon, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, ancianos.

ABSTRACT:

The process of ageing involves cellular and molecular damage which leads to a decrease of physical and mental capacities, an increased risk of disease, and eventually death. In Spain, tumours are the second leading cause of death. Colorectal cancer is among the most frequent cancers in our country and the number of adult patients with this type of tumour is on the rise. The diagnosis and subsequent treatment alter significantly the patients' quality of life (QOL).

The QOL results from the interaction between the disease and its evolution, the patient's personality, the change it brings to his/her life, the social support received, and the life stage in which the disease occurs. Therefore, the QOL is subject to a constant change based on the interactions between the patient and his/her means of living.

This paper analyses the quality of life of patients aged 65 and over with colorectal cancer in different treatment stages, taking into consideration the diverse locations of the tumour and the different variables.

The study sample consists of 20 patients between the ages of 66 and 86 (14 men, 6 women). The variables considered for the study were the location of the tumour, their treatment, their marital status, and cohabitation, among others, and, in addition to these, the different variables of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-CR-29 forms, which cover questions of overall state of health, functioning and symptoms, the psychological side effects of cancer and their treatment, the emotional impact of a colostomy, and the influence on sexual health.

The results show that not only surgery or chemotherapy can decrease the patient's QOL, but also other factors, such as the living environment.

Keywords: Colon cancer, quality of life, health-related quality of life, elderly.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores problemas con los que cuenta España es con el envejecimiento de la población. Muchos de los países desarrollados como es España, cuentan con este problema producido por el gran descenso de la mortalidad y un aumento de la esperanza de vida (1).

En 2018, según los datos del Instituto Nacional de estadística (INE), el índice de población mayor de 65 años se situaba en torno al 16.17% (97.293) del total de la población española (46.934.632) (2).

En el informe sobre el envejecimiento de la población mundial de la Organización de las Naciones Unidas, entre el 2015 y 2030 la población de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones. Se calcula que la población global de personas ancianas en el 2050 será mas del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas (3).

Este envejecimiento progresivo de la población junto con la pérdida de autonomía de las personas mayores esta teniendo fuertes repercusiones en el Sistema Nacional de Salud provocando así un aumento de los recursos sociosanitarios y un incremento del número de ancianos con pluripatología crónica (4,5).

Son muy diversas las modificaciones biológicas y psicosociales que se producen en el proceso de envejecimiento y las cuales dan lugar a un estado conocido por una menor reserva funcional y disminución en la capacidad de adaptación a dichos cambios (6).

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales en 2002, recoge unas conclusiones en el estudio "Envejecer en España" que dicen que la soledad, la enfermedad, la pérdida de memoria y la dependencia entre otros problemas, son lo que más preocupan a la población anciana. En estudios posteriores como el de Palmero y Meillán (2007) se determinó que a estos factores se les añaden la independencia, autonomía, seguridad, pertenencia y relación (7).

En la actualidad en España, las personas mayores de 64 años, representan el 19,2% de la población total. En 2017 el número de defunciones fue de 424.423 personas siendo la primera causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio (122.466) y como segunda causa de mortalidad los tumores (113.266). Los tumores representan la primera causa de muerte entre los hombres y la segunda causa de muerte entre las mujeres (7,8).

Dentro de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo encontramos el cáncer. En 2018 fueron 18,1 millones los casos nuevos diagnosticados. El número de casos nuevos, seguirá en aumento en los próximos 20 años, llegando en 2040 hasta los 29,5 millones. El número de cánceres diagnosticados en España en 2019 se estima que será similar al de 2020 alcanzando los 277.394 casos. En el caso de los hombres los más representativos serán los de próstata, colon, recto, pulmón y vejiga urinaria. En el caso de las mujeres los de mama, colon y recto (9,10).

Los tumores de pulmón, mama, colon/recto, próstata y estómago fueron en 2018 los mas frecuentes. Sin embargo los tumores de colon y recto serán los mas frecuentemente diagnosticados en España en el año 2020 (44.231 casos) (9,11).

El aumento poblacional, el envejecimiento de la población, la exposición a factores de riesgo (tabaco, alcohol), la contaminación, la obesidad, el sedentarismo, son posiblemente las causas del aumento del número de cánceres diagnosticados en España desde hace años. Este aumento del número de personas diagnosticadas de tumores como puede ser el colorrectal, los de mama, cérvix o próstata, pueden ser debidos al aumento de la detección precoz (9).

Conforme se va envejeciendo, se van observando cambios en el aparato digestivo de los adultos. Van apareciendo cambios gastrointestinales en los que se puede ver alterada la ingesta dietética, el estado hídrico y la falta de apetito. Todo ello puede dar lugar a una alteración de la ingesta alimentaria y como consecuencia un estado nutricional reducido, estos cambios pueden tener múltiples implicaciones en su funcionalidad y salud.

Se producen cambios desde la boca (mala salud dental, dientes caídos o sueltos, dentaduras mal ajustadas) hasta el intestino grueso (12,13).

Se presentan cambios como: menor percepción del sabor de los alimentos, disminución de la sensación de sed producido por una disminución del número de papilas gustativas y de producción de saliva. Pérdida de la masa muscular que produce dificultad en la masticación y la deglución. En el esófago encontramos una disminución de la motilidad y el cierre entre el esófago y estómago es menos efectivo. Se observa un descenso de la movilidad del estómago y una menor secreción ácida, lo que da lugar al enlentecimiento de las digestiones y un retraso del vaciado gástrico. Al hígado le cuesta más metabolizar sustancias, y disminuye la producción de bilis. El vaciamiento de la vesícula biliar es más tardío y por lo tanto aumenta el riesgo de formación de piedras en su interior. En el intestino delgado además de recibir un menor riego sanguíneo también se ve disminuida su movilidad y padece una cierta atrofia de la mucosa (14,15,16)

Otro de los trastornos significativos es el trastorno de la deglución por lo que les limita el tipo y la cantidad de alimentos consumibles y por lo tanto contribuye a la deshidratación y desnutrición. Otro cambio a destacar es la gastritis atrófica; debido a la reducción del tamaño y número de glándulas y membranas mucosas en el estómago. Presentan una falta de producción de ácido clorhídrico que hace que se limite la absorción de hierro y vitamina B12. (17,18)

El estreñimiento es otro de los grandes problemas de los ancianos ya que existe un peristaltismo intestinal lento debido muchas veces a enfermedades, medicamentos, sedentarismo y una ingesta inadecuada de líquidos y fibra. (19)

1.1 CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

La presencia de un tumor maligno situado en el colon o en el recto se denomina cáncer colorrectal. Para detectar un cáncer colorrectal es necesario el paso de un gran número de años desde que la primera célula normal se transforma hasta que aparece un tumor detectable ya que esto implica múltiples alteraciones en los genes. La edad de predominio mas frecuente son pacientes mayores de 50 años (20,21).

El término "cáncer colorrectal" abarca dos tipos de tumores tanto el cáncer de colon como el cáncer de recto. El diagnóstico de cáncer colorrectal se da tras la aparición de un pólipo en la mucosa de colon o recto y la afectación de este durante muchos años mediante distintos agentes que hacen que se transforme en un tumor maligno (22,23).

Los síntomas del CCR pueden variar en función de la localización dentro del intestino grueso: sangre en las heces (síntomas más frecuente), anemia que puede dar lugar a falta de aire, cansancio, palpitaciones, mareo...cambio en el ritmo de las deposiciones (diarrea, estreñimiento, ambas se intercalan..) heces mas estrechas, tenesmo o sensación de evacuación incompleta, dolor abdominal, cansancio extremo o pérdida de peso sin causa aparente (24,25).

Ante la presencia de alguno de estos síntomas característicos del CCR, el tacto rectal junto con la colonoscopia serán las pruebas necesarias para confirmar el diagnóstico.

Existen distintos factores de riesgo en el cáncer colorrectal (CCR), por un lado están los conocidos como factores de riesgo modificables: dieta rica en grasas, dieta pobre en vegetales, inactividad física, consumo de alcohol, tabaquismo, obesidad y algunas ocupaciones. Otros factores, conocidos como factores no modificables pueden ser el envejecimiento, la historia familiar de cáncer de colon, pólipos adenomatosos y el antecedente de enfermedades inflamatorias intestinales (EII) (26,27).

La probabilidad de ser diagnosticado de un CCR aumenta con la edad, las personas mayores, concretamente las mayores de 50 años son las que representan la mayoría de los casos. En el momento del diagnóstico de cáncer de colon la edad promedio de las personas es de 68 años para los hombres y 72 años para las mujeres. Para el cáncer de recto, la edad es 63 tanto para los hombres como para las mujeres. Los pacientes de edad avanzada que reciben un diagnóstico de cáncer colorrectal se enfrentan a desafíos únicos, especialmente en relación con el tratamiento del cáncer (28,29).

De la población española afectada de cáncer, el cáncer colorrectal es el segundo tumor más visto. La supervivencia de estos pacientes es muy elevada ya que cada vez existen más avances tecnológicos y científicos que proporcionan a los pacientes tratamientos muy efectivos. Para el paciente que recibe un diagnóstico de cáncer de colon le supone un gran shock emocional que también afecta a la familia y amigos, se produce un cambio en su forma habitual de vida, en la mayoría de los casos sin previo aviso. De un día para otro, van a tener que cambiar sus hábitos, costumbres, renunciar a proyectos y enfrentarse a numerosas situaciones amenazantes y desconocidas. Se encuentran con diversas situaciones complicadas; las pruebas, sus resultados, los tratamientos, el hospital... (30,31).

El tratamiento del cáncer de colon, dependerá de la etapa en la que se encuentre el tumor en el momento del diagnóstico y la extensión de este. Los tratamientos en muchas ocasiones son cortos y eficaces por lo que pueden volver a la vida normal rápidamente, aunque en ocasiones se requieren intervenciones más largas, con recaídas y se puede convertir en un proceso largo y complicado. Normalmente, la cirugía es el tratamiento principal de estos cánceres cuando no se ven afectadas otras partes distantes. Existe la posibilidad de que se administre un tratamiento adyuvante como es la quimioterapia, la cual se administra durante aproximadamente 6 meses (32,33)

El tratamiento de cáncer de colon en etapa 0 únicamente requiere de una cirugía para extraer el tumor, ya que no se ha extendido más allá del revestimiento interno del colon. Muchos de los pólipos se extirpan mediante una colonoscopia. Si nos encontrásemos ante un tumor con dificultad de extirparlo debido a su gran

tamaño, sería necesario realizar la extirpación parcial del colon lo que se denomina una colectomía parcial (34,35).

Cuando el cáncer de colon se encuentra en etapa I se observa que el tumor ha crecido y se ven afectadas las capas profundas de la pared del colon, pero sin llegar a afectar los ganglios linfáticos. En la etapa I están incluidos los cánceres que fueron parte de un pólipo. Como tratamiento se realiza una colonoscopia en la que se extrae el pólipo, si una vez analizando no se observan células cancerosas en los márgenes de la muestra posiblemente no sea necesario administrar otro tratamiento (36,37).

Una vez que están los resultados del pólipo extirpado, si existe adenoma de alto grado o se observan células anómalas en los bordes del pólipo o la extracción del pólipo fue dificultosa, extrayendo el pólipo en muchos fragmentos y como consecuencia sin poder observar si existen células malignas en los bordes, habría que someterse a más cirugía (38,39).

Cuando observamos un cáncer de colon en etapa II, vemos que el cáncer se ha expandido a través de la pared del colón afectando posiblemente los tejidos circundantes pero los ganglios linfáticos permanecen sin alteración, por lo que se extirparía la parte del colon mediante cirugía junto con los ganglios linfáticos cercanos y algunos médicos podrían recomendar quimioterapia adyuvante basándose en ciertos factores ya que podría volver a recurrir (39,40).

Los cánceres en etapa III presentan una invasión de los ganglios linfáticos cercanos, pero aun no se ha extendido a otras partes del cuerpo. Su tratamiento consiste en una cirugía donde se realiza la extirpación de la parte del colon afectada (colectomía parcial) junto con los ganglios linfáticos cercanos afectados, seguido de la cirugía se administrara quimioterapia. Muchas veces, la radioterapia, la quimioterapia o ambas pueden ser una opción para las personas que no son candidatas a la cirugía. (40)

Por último el peor de los diagnósticos es el tumor diagnosticado en etapa IV, esto ocurre cuando se ha propagado el tumor desde colon hasta órganos y tejidos distantes. El cáncer de colon tiene la peculiaridad de que frecuentemente se

extiende al hígado, aunque también pueden ser invadidas otras partes del cuerpo como los pulmones, cerebro, peritoneo o ganglios linfáticos distantes. La probabilidad de que estos cánceres se curen con cirugía es muy baja, sin embargo si hay pocas y pequeñas metástasis ya sean en hígado, pulmón... se pueden extraer en la misma cirugía junto con el tumor del colon y los ganglios linfáticos cercanos y podría ayudar al paciente a alarga un tiempo mas su vida. Generalmente tras la cirugía del tumor y de las metástasis de las zonas a las que ha afectado se administra quimioterapia (41,42).

Si las metástasis fuesen muy grandes o hubiesen demasiadas y no se pudiesen extirpar se puede administrar quimioterapia antes de realizar cualquier cirugía. Si el tamaño de los tumores se reduce se puede realizar una cirugía para extraerlos (42).

Si el cáncer se ha propagado demasiado es posible que no se pueda curar con cirugía así que la quimio sería el tratamiento principal. Cuando se propone como tratamiento la cirugía en un cáncer de colon en etapa IV puede que sea para tratar de curar el cáncer o para prevenir o aliviar los síntomas de la enfermedad. La mayoría de los pacientes con cáncer en etapa IV recibirá quimioterapia y/o terapias dirigidas para controlar el cáncer. Todo tratamiento dependerá de varios factores, entre ellos el estado general del paciente y cualquier tratamiento previamente administrado (43,44).

1.2 CALIDAD DE VIDA

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer colorrectal, es una experiencia estresante y muy compleja. Durante este proceso van a dar lugar un gran número de situaciones y acontecimientos que generan incertidumbre, angustia y tensión.

A nivel del paciente supone una gran crisis vital, ya que se encuentra ante una situación inesperada y amenazante que supone un cambio completo de su vida (45).

La mayoría de la veces pasa de ser una persona sana, con sus ocupaciones, sus problemas a ser una persona con una seria enfermedad. Estos enfermos sufren un gran shock emocional al recibir el diagnóstico y las reacciones son diversas, unos se ponen nerviosos, agitados, irascibles, tristes, algunos se encierran en si mismos... Todas estas emociones, sensaciones y alteraciones son a causa de que perciben que hay una amenaza y así reaccionan ante ello (46).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de calidad de vida como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación a sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo completo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (47).

Cuando las personas logran satisfacer sus necesidades básicas, es cuando empiezan la búsqueda de la calidad de vida (QOL). Esta es la diferencia entre la salud percibida y la salud objetiva. Debido a esto, algunos autores proponen una nueva definición integradora de lo que es el concepto de QOL, definiéndola como: “Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como

aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos de bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente y la salud objetivamente considerada” (48).

Además, hay que tener en cuenta la imagen que tiene la persona respecto de sí mismo, esto se consideraría una parte del autoconcepto; definido como un “sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a sí mismo, teniendo cada creencia un valor correspondiente” y sería el autoestima el resultado de la valoración subjetiva que la persona hace sobre su autoconcepto (48,49).

En los últimos años, el concepto de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) ha cobrado mucha importancia. Gracias a los avances en medicina y en la tecnología han hecho posible la prolongación de la vida. En la actualidad, es muy importante el conocer la opinión del paciente y ver la percepción que tiene de sí mismo (49,50).

La salud esta relacionada con varios factores; situación laboral y económica, relaciones interpersonales, estrategias de afrontamiento... Esto significa que la calidad de vida, no solo se valora con la ausencia de enfermedad, sino que se valoran también conceptos como la percepción de las personas sobre su bienestar físico, psicológico, social y espiritual (49,50).

La calidad de vida de una persona enferma es el resultado de la interacción entre el tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el cambio que produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. La QOL, por lo tanto, esta sometida a un continuo cambio que depende de las interacciones del paciente y el medio que le rodea (49,50).

La QOL desde el punto de vista de la oncología, es un concepto importante puesto que recibir un diagnóstico de cáncer produce un efecto psicológico importante en los pacientes y en el entorno que los rodea. Ya que en nuestra cultura, normalmente se asocia la palabra cáncer a muerte, e inevitablemente cada vez que se diagnostica esta enfermedad, surge un temor ya sea consciente o inconsciente. Se necesita un sobreesfuerzo para conseguir la adaptación a la nueva situación y condición (51,52).

A nivel psicológico existe miedo y ansiedad ya que es una situación desconocida. Los enfermos ven que no pueden controlar la situación de ninguna manera y les genera incertidumbre de lo que va a pasar. Se pueden observar en los pacientes alteraciones en la personalidad, crisis a nivel personal y familiar.

La evaluación de la reacción del paciente y su capacidad de adaptación ante esta nueva situación nos ayudara a los profesionales a otorgar el apoyo necesario tanto a el como a la familia ya que podremos conocer de que manera le ha afectado tanto la enfermedad como el tratamiento y nos podrá dar información de cómo esta pasando el proceso y a su vez todo esto facilitará la rehabilitación y mejorará los cuidados paliativos de aquellos que los necesiten (53,54,55).

Hay diversos factores que influyen en la QOL, cuando se trata de una enfermedad oncológica: estado y funcionamiento a nivel físico (estado funcional, morbilidad, actividad física), enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento, efectos secundarios de la terapia (la mayoría de los pacientes oncológicos presentan fatiga en alguna de las etapas de la enfermedad incluso años más tarde tras la finalización del tratamiento), funcionamiento social (alteración en las actividades sociales normales) y funcionamiento psicológico (cualquier alteración psicopatológica producida por la enfermedad o tratamiento) (53,54,55).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Hipótesis:

La calidad de vida en pacientes >65 años con cáncer colorrectal esta influida por factores como el sexo y tipo de tratamiento.

2.2 Objetivos principales:

1. Revisar los factores que afectan a la calidad de vida de pacientes mayores de 65 años diagnosticados de cáncer de colon.
2. Analizar la calidad de vida según el sexo de los pacientes con esta patología.
3. Analizar la calidad de vida de estos pacientes sometidos a los diferentes tratamientos terapéuticos.

2.3 Objetivos específicos:

1. Analizar las diferentes dimensiones afectadas de los cuestionarios QLQ-C30 Y CR29.
2. Valorar las variables mas influyentes en la percepción de la calidad de vida.

3. MÉTODO

3.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo univariante en el que se estudió las variables resultado que influyen en la calidad de vida de estos pacientes.

3.2 Contexto geográfico y temporal del estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital Royo Villanova, perteneciente al Sector Sanitario Zaragoza I, durante el mes de febrero del año 2020, en la consulta de tumores digestivos.

3.3 Población de estudio

La población de estudio fueron pacientes mayores de 65 años de la consulta de tumores digestivos del Hospital Royo Villanova de Zaragoza en el mes de Febrero de 2020. La muestra cuenta únicamente con 20 pacientes, debido a la grave situación por la estamos pasando actualmente, la COVID-19, fue imposible la inclusión de más sujetos en la muestra.

- Los criterios de inclusión fueron:

- 1.-Edad: Mayores de 65 años
- 2.- Entender perfectamente español hablado y escrito.
- 3.- Otorgar consentimiento informado.

- Los Criterios de exclusión:

- 1.-Sufrir otra enfermedad grave que afecte al SNC (enfermedades neurodegenerativas en estado avanzado)
- 2.-Otro diagnóstico psiquiátrico o enfermedad psiquiátrica grave.
- 3.-Presencia de ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo en el momento del estudio.
- 4.-Presencia de cualquier problema médico, psicológico o social que pueda interferir gravemente en la participación del paciente en el estudio.

5.-Se excluyeron a aquellos pacientes cuyos datos clínicos estuvieran incompletos, erróneos o no informatizados.

6- Pacientes que no cumplan con el llenado correcto del cuestionario.

3.4 Consentimientos para la realización del estudio

Este trabajo de investigación se realizó tras obtenerse el permiso de la Dirección del Servicio de Digestivo del Sector I del Servicio Aragonés de Salud (Anexo I) y con el visto bueno del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) (Anexo II) (Resolución de 19 de Febrero de 2020, Acta N° 04/2020 PI 19/527).

3.5 Acceso y recogida de información

El acceso a la información se llevó a cabo a través de una encuesta ad hoc y dos cuestionarios emitidos en la consulta de tumores digestivos, se consultó la historia clínica en los casos que fue necesario. En la encuesta ad hoc se recogieron las variables sociodemográficas además de datos específicos acerca de la enfermedad como son la localización del tumor, meses que han pasado desde el diagnóstico y tratamiento administrado. Posteriormente se transcribieron las variables de interés para el estudio a una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2016 por una única persona, sin que en ningún caso, fueran incluidos datos personales que permitieran conocer con posterioridad la identidad de los sujetos estudiados.

3.6 Variables del estudio e instrumentos de medida

3.6.1 Variables sociodemográficas

Las variables incluidas en el estudio se recogen en la Tabla 1:

TIPO DE VARIABLES	NOMBRE DE LA VARIABLE
Variables sociodemográficas	Sexo
	Edad
	Fecha de Nacimiento
	Estado Civil
	Vive
	Estudios
	Actividad Laboral Realizada
	Ocupación en Activo
	Nivel Económico
	Meses tras diagnóstico enfermedad
	Localización del tumor
	Tipo de tratamiento administrado

Tabla 1.- Variables de estudio

- **Sexo:** Para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: *Hombre / Mujer*.

- **Edad:** Variable de obtención directa que refleja la edad medida en años que tenía el paciente en el momento de la recogida de datos.

- **Fecha de nacimiento:** Variable que refleja el día, mes y año de nacimiento del paciente encuestado.

- **Estado civil:** Esta variables se categoriza con 3 opciones de respuesta: *Soltero/a, En pareja/Casado, Viudo/a*.

-Vive: Variable que refleja 3 opciones posibles de respuesta: *Solo/a, Con pareja, Otros familiares.*

- Actividad laboral realizada: Variable de obtención directa que refleja la actividad laboral realizada por el paciente, antes en el momento de la jubilación.

- La ocupación antes de la jubilación (en activo): Para categorizar esta variable se establecieron dos opciones de respuesta posibles: *Trabajo no remunerado, Otras situaciones.*

-Nivel económico: Esta variable tiene como respuesta 3 posibles opciones que corresponden al salario actual del paciente: *Menos que el salario mínimo interprofesional (SMI), 1-2 veces el SMI, Más de 2 veces el SMI.*

- Meses tras diagnóstico enfermedad: Esta variables de obtención directa refleja los meses que han pasado desde que se le diagnosticó la enfermedad.

- Localización del tumor: Variable que tiene como respuesta 3 posibles opciones: Colon derecho, Colon izquierdo y Recto.

-Tipo de tratamiento administrado: Para categorizar esta variables se establecieron cuatro opciones de respuesta, pudiendo ser marcadas una, dos o más opciones: *Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia y Colostomía temporal.*

3.6.2 Cuestionarios

Han sido dos los cuestionarios utilizados para la realización del estudio, EORTC QLQ-CR29 y EORTC QLQ-C30.

- EORTC QLQ-C30:

El cuestionario QLQ-C30 de la EORTC se emplea actualmente en varios tipos de estudios en sujetos con cáncer y en la práctica clínica diaria, este es el cuestionario de calidad de vida más empleado en ensayo clínicos en Europa. Se trata de un cuestionario específico para el cáncer, esta compuesto por 30 ítems que valoran la calidad de vida en relación a aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, este cuestionario evalúa la CV de la última semana posterior a la aplicación.

El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales:

(Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, y náuseas, vómitos) 1 escala de estado global de salud y por último 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico) (Anexo III).

- EORTC QLQ-CR29:

Se trata de un cuestionario de la EORTC de la calidad de vida para el cáncer colorrectal. Es una escala específica que busca evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal, y que cuenta con cuatro escalas funcionales (imagen corporal, función sexual, disfrute o goce sexual, y perspectivas hacia el futuro), y siete escalas de síntomas (problema urinarios, síntomas gastrointestinales, efectos adversos de la quimioterapia, disfunción sexual, problemas para defecar, pérdida de peso, y problemas relacionados con el estoma (Anexo IV).

Estos cuestionarios a la hora de analizarlos no tienen tabla de totales. Sus respuestas son tipo Likert con varias respuestas posibles (1 *En absoluto*, 2 *Un poco*, 3 *Bastante* y 4 *Mucho*) y son esas las que se analizan con los test estadísticos, enfrentándolas a cada variable que se analiza. A diferencia de las preguntas dicotómicas con respuesta si/no, nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier afirmación que se le proponga.

3.7 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa informático IBM SPSS Statistics para Windows®, en su versión 25.0.

En primer lugar se procedió a un análisis descriptivo univariante. Para las variables cuantitativas, se hallaron diferentes medidas de tendencia central (media, mediana, moda...), de dispersión (rango, mínimo máximo y desviación típica) y de forma (coeficientes de curtosis y de asimetría), así como su correspondiente prueba de normalidad y representación gráfica. En las variables cualitativas, se crearon tablas de frecuencias absolutas y porcentajes. Para la representación gráfica de las mismas se utilizaron diagramas de barras.

El estadístico utilizado para comprobar la normalidad de la distribución fue el Test de Shapiro, ya que el tamaño de la población a estudio fue menor de 50.

En el análisis bivariante, con el objetivo de conocer el grado de asociación entre dos variables cuantitativas se llevó a cabo un análisis de correlación, a través del coeficiente de correlación de Spearman.

Para estudiar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas se realizaron las pruebas de independencia no paramétricas de Mann Whitney y Kruskal Wallis. Todos nuestros análisis de inferencia se obtuvieron con un nivel de confianza del 95%.

4.RESULTADOS

4.1 Sexo

De los 20 pacientes incluidos en el estudio, el 70% fueron hombres y el resto, un 30%, mujeres.

4.2 Edad

La edad media de los pacientes estudiados fue de 76,30 años (DE: 1,186) y la mediana 76,50 años. Asimismo la curva de distribución fue mesocúrtica y de asimetría negativa.

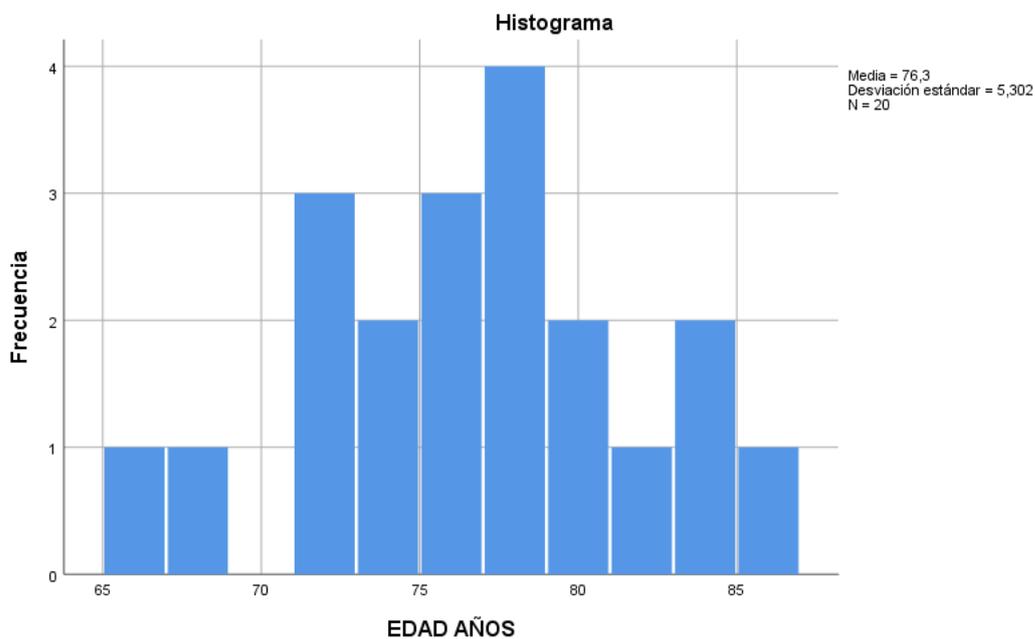


Figura 1.- Descripción de la edad

Para evaluar la normalidad, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk puesto que la muestra es menor de 50, la cual arrojó un p valor superior a 0,05, por lo que podemos aceptar la hipótesis de que la variable presenta distribución normal.

4.3 Estado Civil

En cuanto al estado civil se puede encontrar que el mayor porcentaje corresponde a Casados/as o en pareja, siendo un 60%, un 30% para viudos/as y un 10% para solteros/as.

4.4 Vive

Se les pregunto si convivían en pareja, con otros familiares, o solos. Los resultados obtenidos es que la mayoría, 12 sujetos, lo hacían en pareja, 4 de ellos conviven con otros familiares y 4 lo hacen de manera individual.

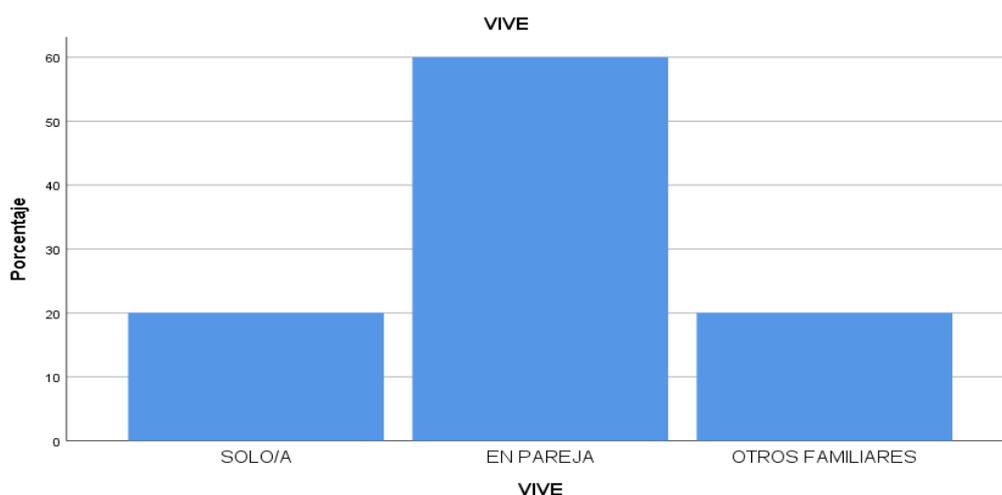


Figura 2.- Convivencia de los sujetos

4.5 Nivel de estudios

El nivel de estudios que presentan los sujetos es de estudios primarios para el 55%, mientras que el 35% posee estudios secundarios, y solo el 10% es decir dos sujetos poseen estudios universitarios.

4.6 Ocupación en Activo

Respecto a la ocupación en activo, la mayoría, han desempeñado en su vida laboral, un trabajo remunerado, exactamente en 90%, mientras que el 10% corresponde a trabajo no remunerado.

4.7 Actividad laboral

Entre la actividad laboral más realizada, se encuentra la modalidad de trabajadores cualificados con un 35% mientras que el 65% de la muestra corresponde a trabajadores no cualificados.

4.8 Nivel económico

El nivel económico más común (55%) entre los entrevistados se encuentra entre una y dos veces el SMI (Salario Mínimo Interprofesional), es decir entre los 900 y 1800€.

4.9 Meses desde el diagnóstico

Los cuestionarios fueron entregados a pacientes que se encontraban en distintas fases de la enfermedad. Se analizaron los meses que habían pasado desde el diagnóstico. La media de los meses que habían pasado desde el diagnóstico al día en el que se les entrevistó fue de 18,40 meses.

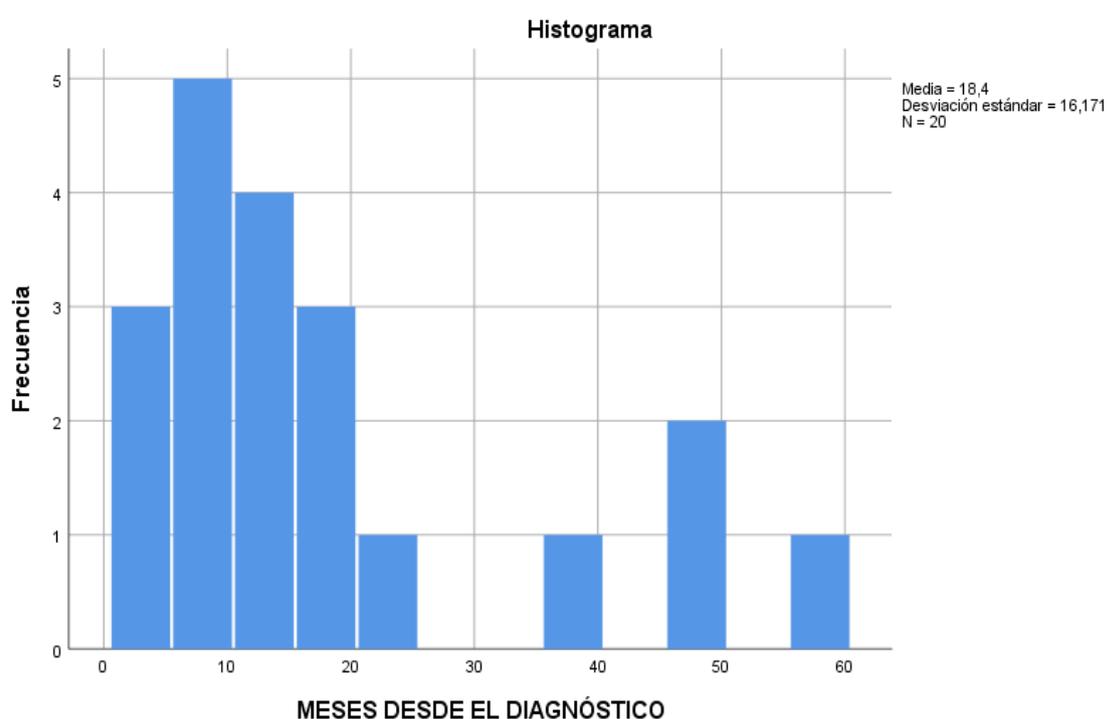


Figura 3.- Meses tras el diagnóstico

5.0 Localización del tumor

El 50% de las personas entrevistadas presentan la localización del tumor en colon derecho, mientras que el 40% lo presentan en colon izquierdo y solo un 10% en recto.

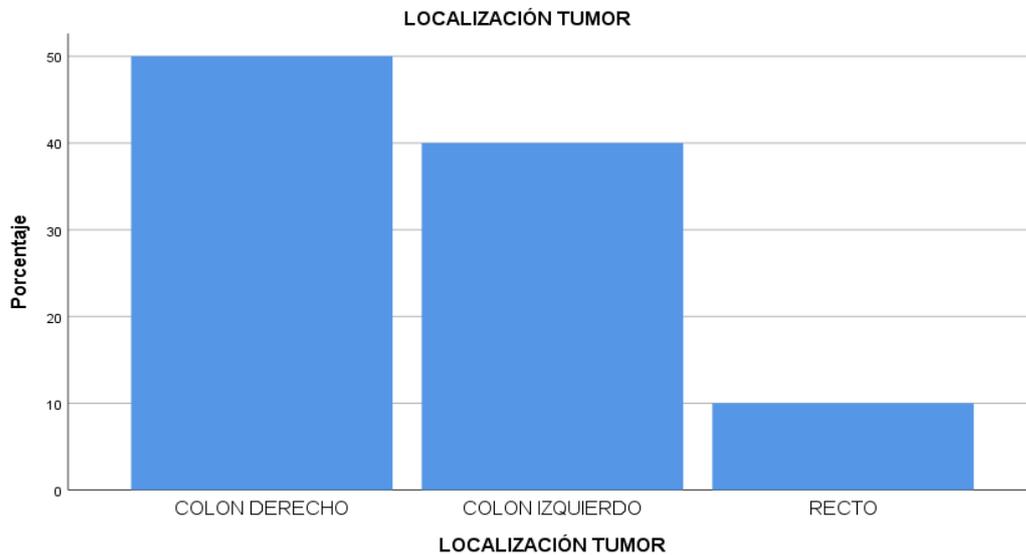


Figura 4.- Localización del tumor

5.1 Tratamiento administrado

Son varios los tipos de tratamientos administrados a estos pacientes, algunos de ellos han recibido varios de ellos. Han sido analizados individualmente.

La cirugía representa el 51,4% del total, un 27% de estos pacientes han recibido quimioterapia, el 8,1% recibieron radioterapia y un 13,5% han presentado colostomía temporal.

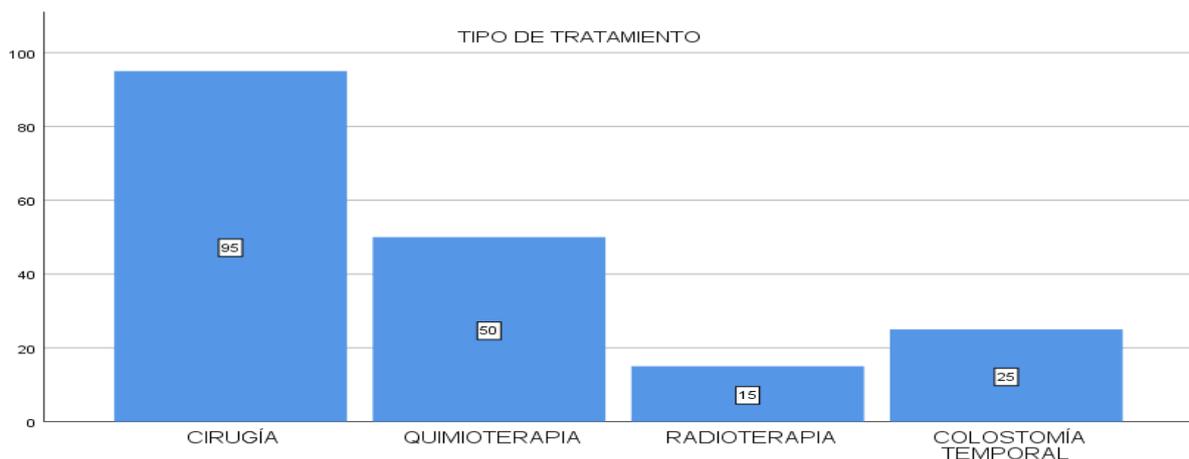


Figura 5: Tipo de tratamiento

VARIABLES	N/PORCENTAJE MEDIAS (DT)
SEXO	
Hombre	14 (70,0%)
Mujer	6 (30,0%)
EDAD	76,30 (5,302)
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	2 (10,0%)
Casado/a o en pareja	12 (60,0%)
Viudo/a	6 (30,0%)
CONVIVENCIA	
Solo	4 (20,0%)
En Pareja	12 (60,0%)
Otros familiares	4 (20,0%)
NIVEL EDUCATIVO	
Sin estudios o Estudios primarios	11 (55,0%)
Estudios Secundarios	7 (35,0%)
Estudios universitarios	2 (10,0%)
OCUPACIÓN EN ACTIVO	
Trabajo Remunerado	2 (10,0%)
Otras situaciones	18 (90,0%)
ACTIVIDAD LABORAL	
-Trabajadores cualificados	7 (35%)
-Trabajadores no cualificados	13 (65%)
NIVEL ECONÓMICO	
Menor SMI	3 (15,0%)
Entre 1 y 2 veces SMI	11 (55,0%)
Más de 2 veces el SMI	6 (30,0%)
LOCALIZACIÓN TUMOR	
Colon derecho	10 (50,0%)
Colon izquierdo	8 (40,0%)
Recto	2 (10,0%)
TRATAMIENTO	
Cirugía	19 (51,4%)
Quimioterapia	10 (27,0%)
Radioterapia	3 (8,1%)
Colostomía temporal	5 (13,1%)
MESES TRAS DIAGNÓSTICO	18,40

Tabla 2.- Descripción de la muestra en las variables sociodemográficas.

A la hora de interpretar las respuestas de los cuestionarios QLQ-C30 Y QLQ-CR29 de nuestros sujetos y tratarse de respuestas tipo Likert y no existir tabla de totales. Los cuestionarios se han analizado por dimensiones y se han ido sumando los Ítems pertenecientes a una misma dimensión.

En el análisis del cuestionario QLQ-C30, se ha estructurado en 3 áreas importantes y dentro de esas áreas encontramos distintas escalas funcionales: Estado Global de Salud, Área de Funcionamiento (función física, actividades cotidianas, rol emocional, función cognitiva y función social) y Área de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico). Para el diligenciamiento del cuestionario, se asignan valores entre 1 y 4 según las respuestas de los pacientes y solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7.

Podemos ver en la siguiente página, el gráfico y la tabla de puntuaciones pertenecientes a los síntomas más predominantes que presentan nuestros sujetos diagnosticado de cáncer colorrectal.

Existe un leve predominio en el sexo femenino de la afectación de la función cognitiva (Media 15,3333) y el rol emocional (Media 11,6667) que abarca áreas como el nerviosísimo, la preocupación, la depresión y la irritabilidad...

Importante destacar también la afectación de la función física mayor en hombres (Media 9,2143) que en mujeres (Media 7,8333), a la hora de realizar acciones como dar paseos fuera de casa, realizar actividades que requieran un esfuerzo importante, necesitar ayuda para comer, vestirse o asearse...

Comprobamos que el estado global de salud durante la semana pasada, es similar en ambos sexos, es decir ambos sexos valoran su salud en general y su calidad de vida durante la semana pasada como normal, ni pésima ni excelente.

La fatiga y el dolor son los síntomas más afectados dentro del área de los síntomas. La fatiga predomina en los hombres y el dolor en las mujeres.

Analizamos también que la enfermedad afecta más a las mujeres en su vida familiar y en sus actividades sociales. Por lo que podríamos concluir con que las mujeres presentan peor calidad de vida desde el punto de vista social que los hombres. Ya que estos cuestionarios, la menor puntuación consiste en una mayor función y por lo tanto mejor calidad de vida.

	SEXO					
	HOMBRE		MUJER		Total	
	Media	Desv. Desviación	Media	Desv. Desviación	Media	Desv. Desviación
ESTADO GLOBAL DE SALUD	7,3571	2,92488	7,1667	1,83485	7,3000	2,59757
Función Física	9,2143	2,99175	7,8333	2,40139	8,8000	2,83957
Actividades Cotidianas	5,2857	2,43148	3,5000	1,37840	4,7500	2,29129
Rol emocional	10,0714	4,54828	11,6667	3,26599	10,5500	4,18613
Función Cognitiva	13,4286	5,52914	15,3333	4,54606	14,0000	5,21132
Función social	5,0714	2,40078	5,6667	1,36626	5,2500	2,12442
Fatiga	7,0714	2,89467	6,3333	1,63299	6,8500	2,56032
Dolor	3,6429	1,69193	4,1667	,98319	3,8000	1,50787
Náuseas y vómitos	2,7857	1,76193	3,1667	1,60208	2,9000	1,68273
Disnea	1,64	,745	1,50	,548	1,60	,681
Insomnio	2,43	1,089	2,83	1,169	2,55	1,099
Anorexia	2,07	1,207	2,83	,753	2,30	1,129
Estreñimiento	1,29	,611	1,83	,753	1,45	,686
Diarrea	1,64	,842	1,33	,516	1,55	,759
Impacto económico	1,71	,825	1,00	,000	1,50	,761

Tabla 3: Correlación del sexo con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

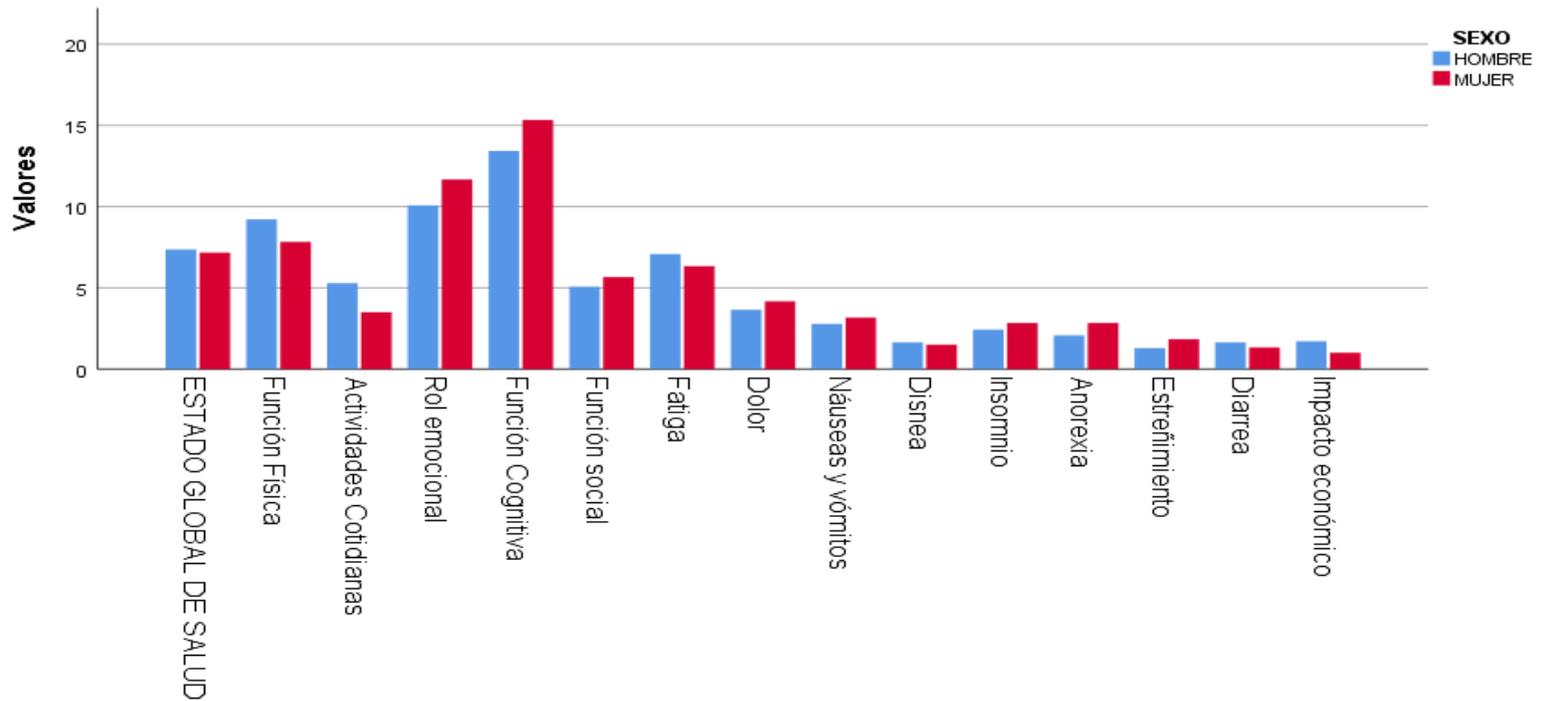


Figura 6: Correlación del sexo con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

Hemos estudiado también esta sintomatología en función de la localización del tumor, y presenta variaciones de una localización a otra. Vemos un predominio de la alteración de la función cognitiva en sujetos diagnosticados de cáncer de colon derecho (Media 15,3000) en cambio, en el estado global de salud, los pacientes con cáncer de colon izquierdo valoran su vida durante la semana pasada con una mejor calidad de vida y una mejor salud en general (Media 8,0000).

Son los pacientes diagnosticados de tumor en recto los que valoran que tienen una peor función física, esto puede ser debido a la presencia de bolsa de colostomía (Media 9,5000).

En cuanto al Rol emocional, los pacientes con tumor en colon derecho (Media 11,5000), se sienten más nerviosos, preocupados, irritables y deprimidos que el resto.

En cuanto al área de los síntomas, predomina la fatiga (Media 7,1000) en los tumores de colon derecho y el dolor (Media 5,0000) junto con las náuseas y los vómitos (Media 4,5000) en los tumores de recto.

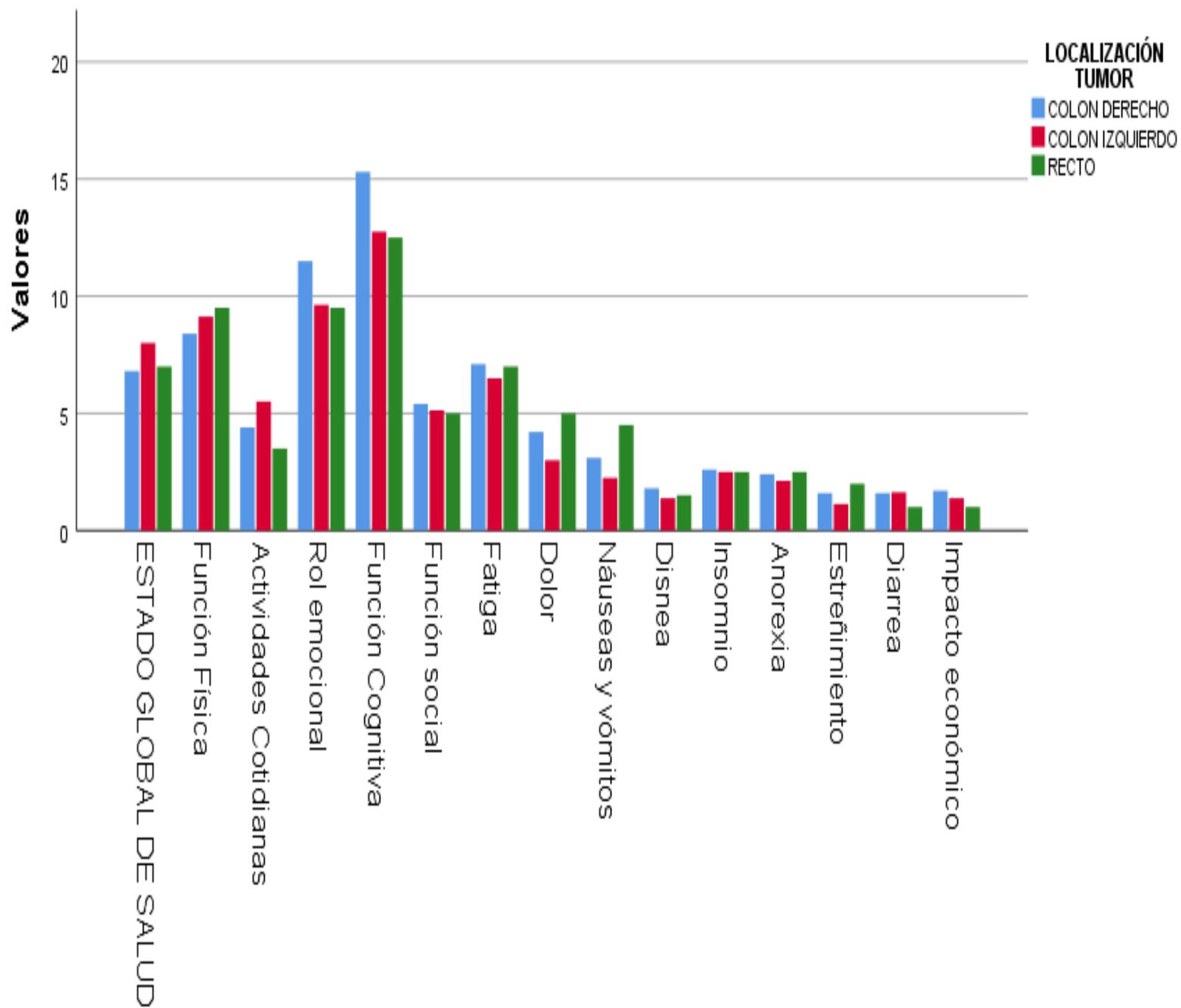


Figura 7: Correlación de la localización del tumor con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

Informe

	LOCALIZACIÓN TUMOR							
	COLON DERECHO		COLON IZQUIERDO		RECTO		Total	
	Media	Desv. Desviación	Media	Desv. Desviación	Media	Desv. Desviación	Media	Desv. Desviación
ESTADO GLOBAL DE SALUD	6,8000	2,14994	8,0000	3,33809	7,0000	1,41421	7,3000	2,59757
Función Física	8,4000	2,63312	9,1250	3,44083	9,5000	2,12132	8,8000	2,83957
Actividades Cotidianas	4,4000	2,22111	5,5000	2,56348	3,5000	,70711	4,7500	2,29129
Rol emocional	11,5000	3,92287	9,6250	4,95516	9,5000	2,12132	10,5500	4,18613
Función Cognitiva	15,3000	4,66786	12,7500	6,25071	12,5000	3,53553	14,0000	5,21132
Función social	5,4000	1,83787	5,1250	2,79987	5,0000	,00000	5,2500	2,12442
Fatiga	7,1000	2,76687	6,5000	2,77746	7,0000	,00000	6,8500	2,56032
Dolor	4,2000	1,39841	3,0000	1,41421	5,0000	1,41421	3,8000	1,50787
Náuseas y vómitos	3,1000	2,02485	2,2500	,70711	4,5000	2,12132	2,9000	1,68273
Disnea	1,80	,789	1,38	,518	1,50	,707	1,60	,681
Insomnio	2,60	1,075	2,50	1,309	2,50	,707	2,55	1,099
Anorexia	2,40	1,174	2,13	1,246	2,50	,707	2,30	1,129
Estreñimiento	1,60	,843	1,13	,354	2,00	,000	1,45	,686
Diarrea	1,60	,966	1,63	,518	1,00	,000	1,55	,759
Impacto económico	1,70	,823	1,38	,744	1,00	,000	1,50	,761

Tabla 4: Correlación de la localización del tumor con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

A la hora de relacionar la sintomatología de estos pacientes con el tipo de tratamiento que se les ha administrado podemos comprobar que la sintomatología es mayor en pacientes tratados con quimioterapia, radioterapia y los que presentan bolsa de colostomía.

Los pacientes tratados únicamente con cirugía, valoran que tienen un mejor estado global de salud (Media 9,4000), al contrario que los tratados con radioterapia que son los que peor estado global presentan (Media 5,3000).

La función cognitiva se encuentra muy afectada en todos los pacientes que han recibido tratamiento adyuvante y aquellos que presentan bolsa de colostomía.

Al igual que la función física y la realización de actividades cotidianas.

Es predominante el dolor en pacientes tratados con quimio y radio y muy frecuente las nauseas-vómitos y la fatiga en pacientes con radioterapia.

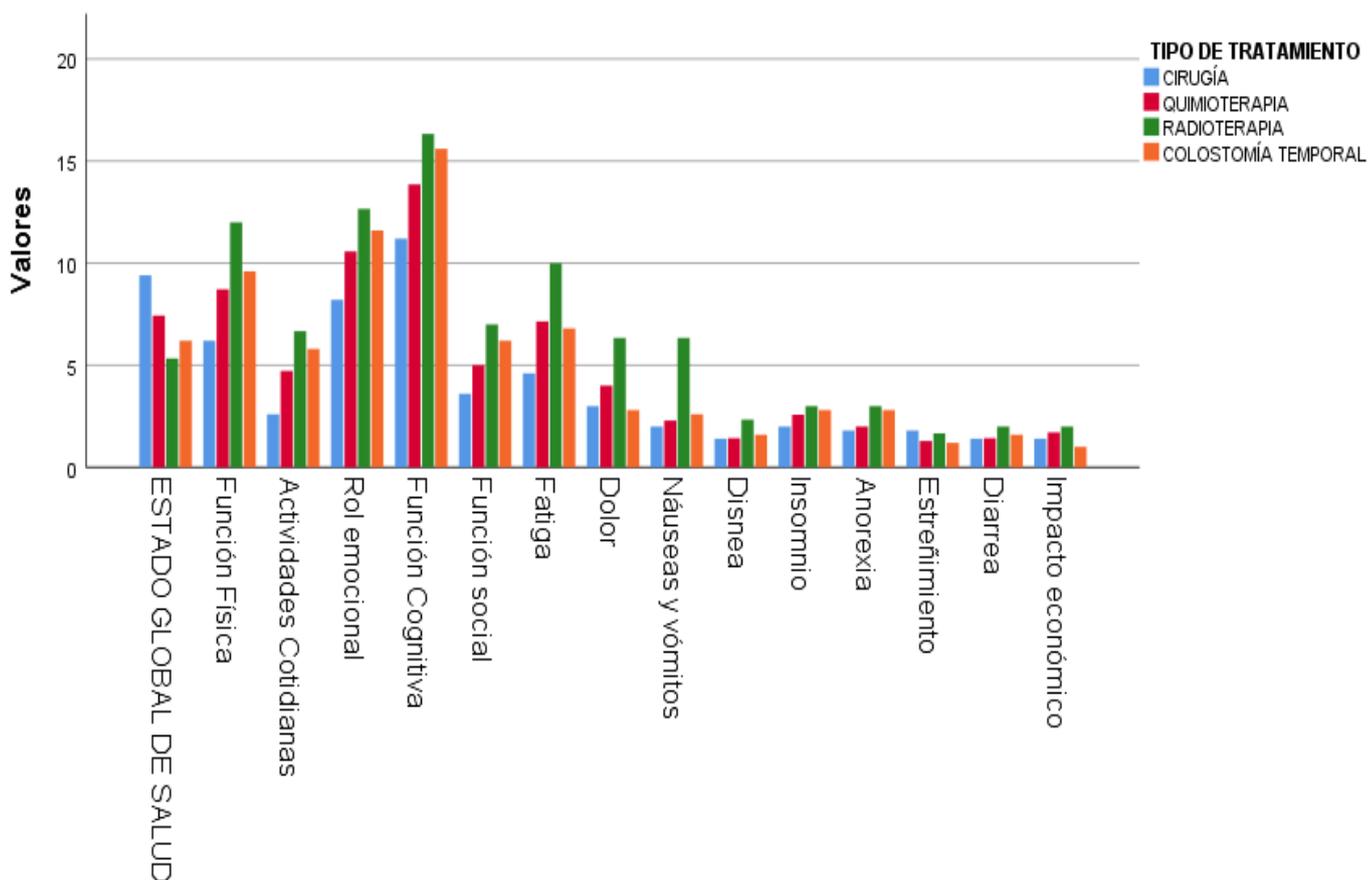


Figura 8: Correlación del tipo de tratamiento con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

Informe

	TIPO DE TRATAMIENTO									
	CIRUGÍA		QUIMIOTERAPIA		RADIOTERAPIA		COLOSTOMÍA TEMPORAL		Total	
	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.	Media	Desv.
ESTADO GLOBAL DE SALUD	9,4000	3,28634	7,4286	1,51186	5,3333	2,30940	6,2000	2,28035	7,3000	2,59757
Función Física	6,2000	1,78885	8,7143	2,49762	12,0000	1,00000	9,6000	2,88097	8,8000	2,83957
Actividades Cotidianas	2,6000	,89443	4,7143	2,05866	6,6667	2,30940	5,8000	2,28035	4,7500	2,29129
Rol emocional	8,2000	4,26615	10,5714	3,95209	12,6667	4,16333	11,6000	4,61519	10,5500	4,18613
Función Cognitiva	11,2000	5,58570	13,8571	4,48808	16,3333	5,50757	15,6000	5,94138	14,0000	5,21132
Función social	3,6000	1,67332	5,0000	1,41421	7,0000	1,73205	6,2000	2,68328	5,2500	2,12442
Fatiga	4,6000	1,81659	7,1429	1,86445	10,0000	2,64575	6,8000	2,28035	6,8500	2,56032
Dolor	3,0000	1,00000	4,0000	1,00000	6,3333	,57735	2,8000	1,09545	3,8000	1,50787
Náuseas y vómitos	2,0000	,00000	2,2857	,75593	6,3333	1,52753	2,6000	,89443	2,9000	1,68273
Disnea	1,40	,548	1,43	,535	2,33	1,155	1,60	,548	1,60	,681
Insomnio	2,00	1,414	2,57	,976	3,00	,000	2,80	1,304	2,55	1,099
Anorexia	1,80	,837	2,00	1,291	3,00	1,000	2,80	1,095	2,30	1,129
Estreñimiento	1,80	,837	1,29	,756	1,67	,577	1,20	,447	1,45	,686
Diarrea	1,40	,548	1,43	,535	2,00	1,732	1,60	,548	1,55	,759
Impacto económico	1,40	,894	1,71	,756	2,00	1,000	1,00	,000	1,50	,761

Tabla 5: Correlación del tipo de tratamiento con las distintas escalas del cuestionario QLQ-C30

Tras el análisis del cuestionario QLQ-CR29, específico para pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal y el cual se encuentra estructurado en 4 Áreas: Signos y síntomas específicos, Impacto Psicológico, Impacto psicológico de la colostomía e Impacto del tumor y su tratamiento en la esfera sexual.

Comprobamos que las mujeres presentan un leve predominio en los signos y síntomas a causa de la enfermedad al igual que el impacto psicológico que genera. Tanto hombres como mujeres no se encuentran interesados por el sexo. Aun así los hombres tiene un poco más elevado que las mujeres el deseo sexual. En el impacto psicológico que genera la colostomía vemos que existe un gran impacto pero que la diferencia entre hombres y mujeres es mínima.

SEXO		Signos y síntomas específicos	Impacto psicológico	Impacto psicológico de la colostomía	Impacto del tumor y su tratamiento en la esfera de lo sexual
HOMBRE	Media	22,0000	11,7143	13,7143	3,8571
	Desv. Desviación	5,73786	4,47950	5,45511	1,79131
MUJER	Media	23,8333	16,0000	12,6667	2,1667
	Desv. Desviación	3,92003	4,97996	5,35413	,40825
Total	Media	22,5500	13,0000	13,4000	3,3500
	Desv. Desviación	5,22620	4,93110	5,30541	1,69442

Tabla 6: Correlación del sexo con las distintas escalas del cuestionario QLQ-CR29

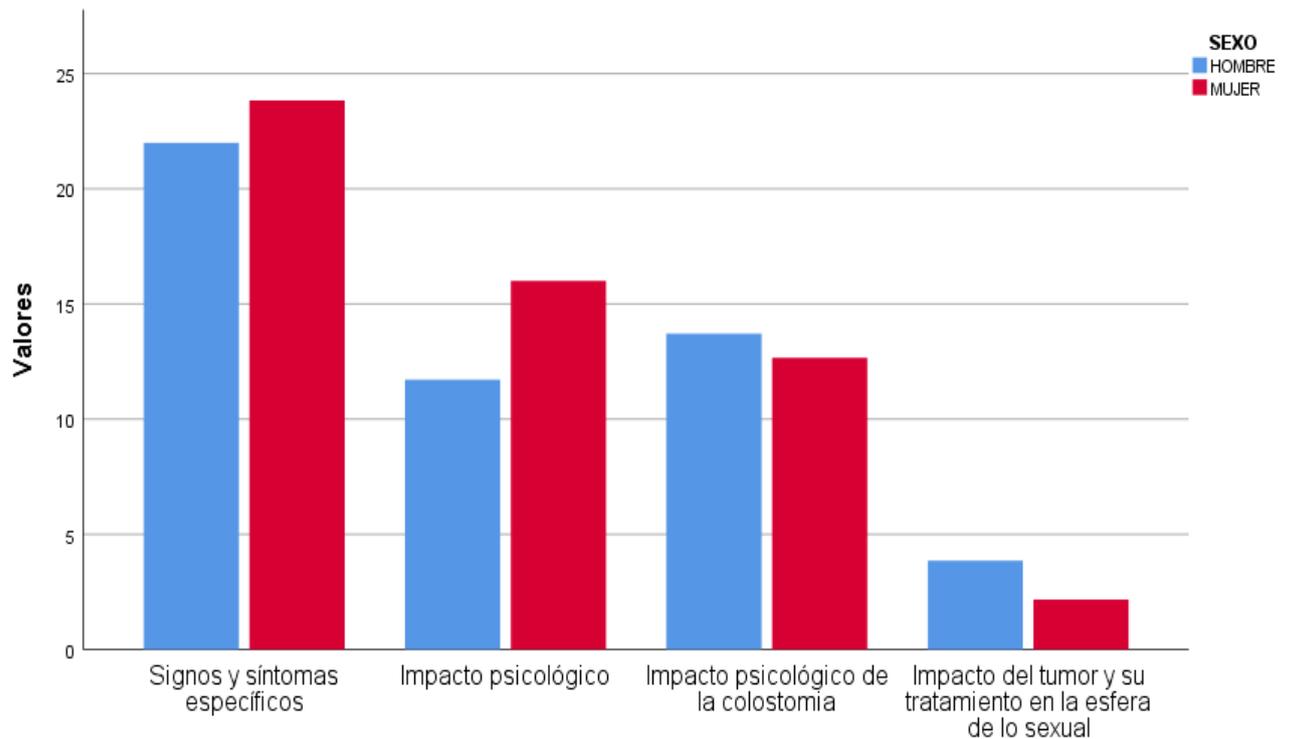


Figura 9: Correlación del sexo con las distintas escalas del cuestionario QLQ-CR29

A la hora de analizar la localización del tumor en relación con el cuestionario QLQ-CR29. Vemos que en el área de los signos y síntomas que produce la enfermedad, los pacientes mas afectados son los que la localización del tumor se encuentra en recto (Media 27,0000) . Se observa un impacto psicológico que predomina en los de colon derecho (Media 14,7000) y el impacto psicológico de la colostomía es mayor en colon izquierdo (Media 15,5000). El Impacto del tumor y su tratamiento en la esfera sexual se ve muy afectado en todas las localizaciones pero un poco mas incrementado el deseo sexual en colon izquierdo (Media 4,2500).

En cuanto al estado civil de los sujetos podemos ver que interfiere en los signos y síntomas que provoca, teniendo un mayor impacto de la enfermedad de todas las áreas las personas viudas.

Por último analizamos el tipo de tratamiento. Vemos que la presencia de una bolsa de colostomía genera un gran impacto psicológico. Que el impacto en la esfera de lo sexual es grande ya que no existe ese deseo.

Y los signos y síntomas son mayores en aquellos que presentan tratamiento adyuvante.

Informe

TIPO DE TRATAMIENTO		Signos y síntomas específicos	Impacto psicológico	Impacto psicológico de la colostomía	Impacto del tumor y su tratamiento en la esfera de lo sexual
CIRUGÍA	Media	20,4000	10,6000	10,4000	3,0000
	Desv.	4,39318	5,17687	2,70185	1,41421
QUIMIOTERAPIA	Media	22,0000	13,1429	10,7143	2,8571
	Desv.	4,50925	4,14039	3,86067	1,06904
RADIOTERAPIA	Media	30,0000	14,3333	14,6667	3,0000
	Desv.	3,60555	7,09460	6,11010	1,73205
COLOSTOMÍA TEMPORAL	Media	21,0000	14,4000	19,4000	4,6000
	Desv.	4,74342	5,17687	3,91152	2,40832
Total	Media	22,5500	13,0000	13,4000	3,3500
	Desv.	5,22620	4,93110	5,30541	1,69442

Tabla 7: Correlación del tipo de tratamiento con las distintas escalas del cuestionario QLQ-CR29

En este apartado veremos si las principales variables de nuestro trabajo son independientes respecto a ciertas variables que utilizaremos como factores, es decir, se recurre a comparar las medias de las distribuciones de la variable cuantitativa en los diferentes grupos establecidos por la variable categórica. Utilizaremos diferentes métodos dependiendo de si la variable principal cuantitativa se distribuye normalmente o no, y si la variable categórica tiene 2 o más de 2 categorías.

Dentro de los test paramétricos, cuando la variable categórica tiene 2 categorías utilizaremos la prueba de la *T de Student*, si tiene 3 o más categorías la comparación de medias se realiza a través del análisis de la varianza *ANOVA*. En los no paramétricos, cuando la variable categórica tiene 2 categorías utilizaremos el test *U de Mann-Whitney* y si son 3 o más grupos la prueba de *Kruskal Wallis*.

Cuando en las pruebas de independencia el p-valor sale significativo ($p < 0,05$) podemos con un 95% de confianza aceptar la hipótesis de que si que hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de las variables.

Al realizar el test U de Mann-Whitney podemos con un 95% de confianza aceptar la hipótesis de que si que hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio del impacto ($p = 0,038$) de este tumor y su tratamiento en la esfera sexual entre los diferentes sexos, siendo un poco más elevado el deseo sexual en los hombres que en las mujeres.

Podemos también aceptar la hipótesis con un 95% de confianza de que si existe diferencia estadísticamente significativa en el valor medio ($p = 0,041$) del impacto económico que produce la enfermedad entre los diferentes sexos, provocando un mayor problema económico a los hombres.

Realizamos el test de Kruskal-Wallis en el resto de las variables ya que presentan más de 3 categorías y comprobamos que, se puede aceptar la hipótesis de que si que hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio del dolor ($p = 0,019$) con respecto a vivir solo, en pareja o con otros familiares. Teniendo mas dolor aquellos que viven solos, seguido de los que viven con pareja.

En cuanto al estado civil, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estados civiles y el resto de variables.

Se puede aceptar también la hipótesis de que existe diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de las náuseas y los vómitos ($p=0,024$) con la ocupación antes de la jubilación y con el nivel económico ($p=0,046$). Siendo mayor el número de náuseas y vómitos en aquellos paciente que no tenían un trabajo remunerado que los que si al igual que las personas que ganan menos del SMI, estas presentan más náuseas y vómitos que las personas que ganan entre 1-2 el SMI y las que ganas 2 veces mas del SMI.

Y se confirma que no hay diferencias estadísticamente significativas en el valor medio de la variable "Localización del tumor" con el resto de las variables de nuestros cuestionarios.

Se acepta también la hipótesis de que existe diferencia significativa entre las variables función física ($p=0,019$), actividades cotidianas ($p=0,045$) y la fatiga ($p=0,050$) con el nivel de estudios. Presentan peor función física las personas con estudios secundarios y universitarios que las que no tienen estudios o presentan estudios primarios. Las personas sin estudios presentan menos dificultades a la hora de realizar las actividades cotidianas que las que si tienen estudios.

En cuanto al tipo de tratamiento, vemos que se puede aceptar la hipótesis de que si hay diferencias estadísticamente significativas en el valor medio de la función física ($p=0,43$), las actividades cotidianas ($p=0,042$), el dolor ($p=0,012$), las náuseas y los vómitos ($p=0,006$) y el impacto psicológico de la colostomía ($p=0,031$) entre los diferentes tratamientos.

Comprobamos que presentan peor función física aquellos paciente que han recibido tratamiento adyuvante como la quimioterapia y la radioterapia y aquellos que presentan bolsa de colostomía que los que solo han sido intervenidos quirúrgicamente. Al igual que las actividades cotidianas.

En cuanto al dolor y las náuseas y vómitos, presenta mayor dolor y un mayor número de náuseas y vómitos aquellas personas tratadas con quimioterapia y radioterapia que las que no.

Cabe destacar que las personas que llevan bolsa de colostomía les genera un gran impacto psicológico.

5. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha analizado la calidad de vida de las personas mayores diagnosticada con cáncer colorrectal. A través de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la hipótesis planteada anteriormente si se cumple, es decir, factores como el sexo, el tratamiento, la convivencia... se asocian con una mejor o peor la calidad de vida de estas personas. Debido a la situación actual en la que nos encontramos en España y sobre todo en el ámbito sanitario, la COVID-19, ha dado lugar a que el número de la muestra sea muy reducido, ya que todo se paralizó; las consultas, las pruebas diagnósticas, los quirófanos....Por lo que las estimaciones pueden ser menos precisas y con mayor riesgo de error. Si el número de encuestados hubiese podido ser mayor, posiblemente los resultados serían mayores, existiría mayores relaciones entre nuestras variables y los objetivos planteados se hubiesen podido responder correctamente. No obstante a pesar de la pequeña muestra, si que se ven resultados significativos y que en un futuro aumentando el número de sujetos, puede llegar a ser un gran tema a investigar.

A través de los resultados obtenidos se puede afirmar que la población de estudio es mayoritariamente masculina (70%) que femenina (30%) por lo que podemos afirmar que existe un predominio del cáncer colorrectal en hombres al igual que se afirma en otros artículos como Portillo.I, Arana.E, Idigoras.I, Alfons.J, Pérez.F, González.A, Oceja.E, Venaclocha.M, Ibáñez.J, Salas.D (2017)(56).

Podemos afirmar también que la afectación es mayor en colon derecho (50%) que en colon izquierdo (40%) y recto (10%) al igual que en estudios realizados por Villegas.C, Arnoby.J, Villegas.M y Villegas.P (2018) (57).

Además, las variables analizadas han sido las sociodemográficas como, la edad, el estado civil, la convivencia, el nivel de estudios, y el nivel económico entre otros, al igual que en estudios como Cruz.H, Moreno.J y Angarita.A (2013) (58).

En relación a la medición de la calidad de vida, se establece claramente la importancia de la aplicación de este tipo de instrumentos que permiten la evaluación de la CV, ya que se trata de un fenómeno subjetivo que requiere métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se ve afectado tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Actualmente contamos con métodos objetivos que mediante cuestionarios generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud.

En nuestro estudio las áreas más afectadas han sido la función física, la función cognitiva, rol emocional, actividades cotidianas, la función social, fatiga, dolor. Estos resultados coinciden con el de estudios anteriores que resaltan la existencia de una alteración en la calidad de vida de los pacientes oncológicos como en España.A, Rubiño .C, Gallart.T, Cabrerizo. M.J, Díaz.L y Cantarero.I (2015) (59).

Los pacientes portadores de estoma, presentan puntuaciones más bajas lo que se relaciona con una peor calidad de vida. El hecho de presentar una bolsa de colostomía u ostomía altera la percepción de la imagen corporal así como también su adaptabilidad y/o función social Michelato. N, Santos.M, Rodrigues. S, Galvao.C, Megumi.H (2017) (60).

La función sexual tiene una baja puntuación en ambos sexos, aunque los hombres presentan un mínimo incremento del deseo que las mujeres. Ellas tienen mas cuidado a la hora de reiniciar su vida sexual activa, por miedo a alguna complicación al igual que en el estudio de Herrera.J, Diaz.J, Yan. E.F (2010) (61).

Mis resultados indican que no solo la intervención quirúrgica o el tratamiento como quimioterapia o radioterapia pueden mermar la calidad de vida. Son muchos los estudios que evidencian la disminución de la percepción de CV de los sujetos que cursan con cáncer de colon, se establece que factores del entorno pueden afectar su percepción hacia la enfermedad, la capacidad de afrontamiento, influyendo de gran forma en la recuperación del mismo. Es importante que se valore integralmente al individuo, con el fin de planear actividades del cuidado de su salud.

En relación a las puntuaciones con la edad, se han reportado puntuaciones mayores a medida que aumenta la edad.

El establecimiento de la afectación de la CV en relación a la edad, que presenta el sujeto con cáncer es un objeto prioritario a la generación de estrategias de intervención, asociado a que las enfermedades prevalente en los adultos mayores aumentan con el paso del tiempo e influyen directamente en la evolución de la salud del paciente. Por lo tanto se trata de un tema de gran interés en el mayor y de elevada alteración en la CVRS.

6. CONCLUSIÓN

La medición de la CV debería de ser un proceso rutinario a realizar en los servicios tanto ambulatorios como hospitalarios, ya que la información que nos aporta es de gran utilidad a la hora de intervenir y planificar actividades en los pacientes, de la misma forma que nos permite a los profesionales el poder evaluar la percepción de la salud y CV de los sujetos en la ultima semana, estudiando así las intervenciones realizadas en el.

En la evolución de la patología oncológica colorrectal, en general, los sujetos presentan una disminución de la CV. Esto nos permite a los profesionales sanitarios, planear intervenciones eficaces. A su vez la medición de la CV nos permitiría realizar un diagnóstico de la situación de los pacientes que llegan a los servicios sanitarios, y sería una información que podría servir como referente para la generación de protocolos específicos de intervención por patológica.

Resulta interesante aplicar el cuestionario QLQ-C30 y especialmente el QLQ-CR29 en pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal, en otros hospitales, con tamaños muestrales más grandes y con diferentes características de la evolución de la enfermedad y con tratamiento instaurado, para evaluar los cambios significativos

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev Haban Cienc Méd.2015;14(1):89-96. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhcm13115.pdf>
2. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez, R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informe Envejecimiento en Red n.15; 2017 [citado 28 Feb 2017]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf>
3. [Internet]. Apps.who.int. 2020 [Citado 30 Marzo 2020]. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=7DCA3DD2D805F790C7BE7B9747AA697A?sequence=1
4. Abades.M, Rayón.E. El envejecimiento en España: ¿Un reto o problema social. 2012. [Citado 2 Mar 2020]; 23 (4). Diponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002
5. FlippingBook M. España en cifras 2019 [Internet]. Ine.es. 2020 [Citado 30 de Marzo 2020]. Disponible en :
https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/20/

6. Rodriguez.V, Rodriguez.L, Sancho.M, Díaz.R. Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; [Consultado 2 Mar 2020]; 174-179. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X12000637>
7. [Internet]. Apps.who.int. 2020 [Citado 30 Marzo 2020]. Disponible en : https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
8. [Internet]. Ine.es. 2020 [Citado 1 Abril 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/infografias/infografia_fallecidos_cancer.pdf
9. R.Ocaña. Eficacia del análisis de series temporales para la planificación sanitaria del cáncer es España. 2014; 9(1): 15-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704794457>
10. Odalys.M, Ulloa.B, Fernandez.J, Castellanos.T, Gonzalez.J. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. Santiago de Cuba.2010;14 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000400012
11. Mearin.F, Rey. E, Balboa. A. Trastornos funcionales y motores digestivos. [Internet] 2016[Consultado 14 Mar 2020]; 39(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210570516301698>

12. L.C.Kunen, L.H.Fontes, J.P.Morales, F.S.Assirati, T.Navarro. Los patrones de motilidad esofágica están alterados en pacientes adultos mayores. [Internet] 2020 [Consultado 14 Mar 2020] Sau Paulo, Brasil. Disponibe en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090619301454>

13. A. Andrés, A.M. Vivares, A.Posada, E. Meneses. Signos y síntomas de trastornos temporo-mandibulares en la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública Medellín. Rev Odont Mex. [Internet]; 2016 [Consultado 16 Mar 2020]; 20 (3); 193-201. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X16300337>

14. C.Trésallet, B. Royer. F. Menegaux. Oclusiones agudas del intestino delgado del adulto. EMC. [Internet]; 2010 [Consultado 16 Mar 2020]; 26 (2); 1-19. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1282912910701203>

15. F. Selech, R.Jara, L. Michea. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Med Cli Las Condes. [Internet]; 2012 [Consultado 17 Mar 2020]; 23 (1); 19-29. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>

16. A.Alvarado, L.Lamprea, K.Murcia. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enf Univer. [Internet]; 2017 [Consultado 17 Mar 2020]; 14 (3); 199-206. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300398>

17. Rincón.S, Reinaldo.A, Grillo.A, Fernando.C, Rodríguez V, Concha.M, Costa.B, Gomez.V, Andrés.A, Nuñez.E, Medina.T, Yudy.A, Pardo.R, Otero.R, William, Sabbagh.L. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del estreñimiento crónico funcional en población adulta. Rev Colomb Gastr. [Internet]; 2015 [Consultado 18 de Mar 2020]; 30; 57-66. Disponible:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500007&lang=es
18. Romero.A. Cáncer de colon y dieta. Rev Colomb Canc. [Internet]; 2015 [Consultado 20 Mar 2020]; 19 (4): 191-192. Disponible en:
<https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/download/264/114>
19. Sáez-López.P, Jimenez.S. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría. Rev Esp Ger y Gero. [Internet]; 2017 [Consultado 20 Mar 2020]; 52 (5); 261-270. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X16301561?via%3Dihub>
20. A.Pointet. Cáncer colon. [Internet]; 2017 [Consultado 20 Mar 2020]; 21 (1); 1-7. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541016817924>

21. A.Lamarca, M.álvarez. Cáncer colorrectal. [Internet]; 2013 [Consultado 20 Mar 2020]; 11(25); 1519-1525. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541213704888>
22. A.Teran, J.de la Peña. Cáncer colon y recto. [Internet]; 2012 [Consultado 20 Mar 2020]; 11 (7); 420-430. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212703232>
23. J. Faivre. Detección sistemática del cáncer colorrectal. [Internet]; 2019 [Consultado 20 Mar 2020]; 23 (3); 1-9. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541019427311>
24. Calva.M, Acevedo.T. Revisión y actualización general del cáncer colorrectal. [Internet]. 2009; [Consultado 20 Mar 2020]; I ; 99-115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>
25. Montenegro.E, Andrés.L. Revisión bibliográfica de cáncer de colon.(Contenido de Especialidad de Cirugía Oncológica. Rev de Costa Rica y Centroamérica LXX. [Internet]; 2013 [Consultado 20 Mar 2020]; 103-108. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131s.pdf>

26. American Society of Clinical Oncology. ASCO. [Internet]; [Consultado 31 Marz 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.net/cancer-types>
27. Sociedad Española de Oncología Medica. SEOM. España. [Internet] [Consultado 31 Mar 2020]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
28. Smith.J, Torres.R, C.J.Torhuamanchumo, O.Grados. Cáncer colorrectal en Latinoamérica: enfermedad que necesitamos recordad. Rev Gast Perú. [Internet]; 2015 [Consultado 31 Mar 2020]; 35 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000400013
29. Herrera. J, Diaz.J, Fermin.E, Yan.Q. Comparación de la percepción de la calidad de vida en pacientes con tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en cáncer de colon y cáncer de recto en el instituto regional de enfermedades neoplásicas. Rev Gast Perú. [Internet]; 2010 [Consultado 30 Mar 2020]; 30 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292010000200006
30. Montiel.A, Mendoza.E, Dragotto.A, Idalina.M, Pamela.J. Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017-diciembre 2018. Cir Para. [Internet]; 2019 [Consultado 30 Mar 2020]; 43 (3). Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202019000300010&lang=es

31. Rodriguez.E, Ruiz.P. Analysis of quiality of care in surgical tratment of colorectal caner: National study. Follow-up results. [Internet]; 2014 [Consultado 30 Mar 2020] 92 (6); 410-414. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173507714002701?via%3Dihub>
32. R.Molina, M.Alvarez. Colorectal cáncer. Pro de Form Med Conti Acred.[Internet]; 2017 [Consultado 30 Mar 2020]; 12 (32); 1911-1918. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217300975>
33. Eguino.A, Fernandez. A, Fernandez.B, García.G, Pascual.C. Asociación Española contra el Cáncer. Cáncer colorrectal una guía práctica. [Internet] Amador de los Rios. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-ano/documentos/guia-cancer-colorrectal.pdf>
34. Lopez.K, Francisco.D. Update in the diagnosis and surgical tratment of colon cáncer. Rev Med Cli Las Condes. [Internet] 2013 [Consultado 28 Mar 2020]; 24(4): 645-653. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702037>
35. Valverde.A, Mosnier.H. Tratamiento quirúrgico del cáncer del colon derecho. Tec Qui Ap Digs. [Internet] 2013 [Consultado 15 Mar 2020]; 29 (2):1-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1282912913646565?via%3Dihub>

36. Sáez.P, Filipovich.E, Martinez.J, Jimenez.S. Cáncer colorrectal en el anciano. Tratamiento quirúrgico, quimioterápico y aportación desde la geriatría. Rev Esp Geria Geronto. [Internet] 2017 [Consultado 18 Mar 2020]; 52(5): 261-270. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-cancer-colorrectal-el-anciano-tratamiento-S0211139X16301561>
37. Benson.A, Bekali-Saab.T, Willett C. Colección guías distinguidas, serie oncológica. Cáncer de colon. [Internet] 2013 [Consultado 1 Abril 2020]. Disponible en: https://www.siicsalud.com/pdf/gd_oncologia_cancer_colon_31913.pdf
38. Albéniz E, Pellisé M. Guía clínica para resección endoscópica de pólipos de colon y recto. [Internet]. Wseed.org. 2020 [Consultado 1 Abril 2020]. Disponible en: <https://www.wseed.org/images/site/guias/GuiaRME26-6.pdf>
39. Moreira.L, Castells.A, Castelvís.S. Pólipos y poliposis colorrectales [Internet]. Aegastro.es. [Consultado 1 Abril 2020]. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/40_Polipos_y_poliposis_colorrectales.pdf
40. López.K. Actualizaciones en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon. [Internet] 2013 [Consultado 1 Abril 2020]. 24(4): 645-653. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizaciones-el-diagnostico-tratamiento-quirurgico-S0716864013702037>

41. Cáceres.M, Pascual.M, Alonso.S, Montagut.C, Gallén.M, Courtier.R, Gil.M, Grande.L, Montserrat.A, Pera.M. Treatment of colorectal cancer with unresectable metastasis with chemotherapy without primary tumor resection: Analysis of tumor-related complications. [Internet] 2014 [Consultado 2 Abril 2020]. 92(1): 30-37. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-tratamiento-del-cancer-colorrectal-con-S0009739X13002534>
42. Guía de recomendaciones clínicas. Cáncer colorrectal. [Internet]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/cancercolon.pdf>
43. Cáncer Colorrectal. Proceso asistencial integrado. [Internet]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa_8_pai-cancer-colorrectal.pdf
44. Guía clínica del cáncer colorrectal. [Internet]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/c82c7b99-089f-11e7-8557-97c62eff526f/Guia_cancer_de_colon%20enero%202015.pdf
45. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico. 2016 [Internet]. Disponible en: <http://repositori.uic.es/handle/20.500.12328/892>

46. Folch.A, Gil.V, Pazos.E, Bou.J, Salas.P, Peris.A. El Afrontamiento del diagnóstico en pacientes y familiares con problemas oncológicos. Rev Cli Enf. [Internet]. 2016 [Consultado 6 Mar 2020]; 2. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57446/1/RECIEN_11_04.pdf
47. Oliveros.E, Barrera.M, Martínez.S, Pinto.T. Afrontamiento ante el diagnóstico de Cáncer. Rev Psico.GEPU. [Internet]. 2010 [Consultado 1 Mar 2020]; 1(2); 19-29. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4392153>
48. Cardonas.A, Huiguita.L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cub Salud Pública. [Internet] 2014 [Consultado 5 Mar 2020]; 40(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003
49. Urzúa.A, Caqueo.A. Quality of life; A theoretical review.[Internet] 2012 [Consultado 1 Mar 2020]; 30(1); 61-71. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
50. Fernandez.J, Fernandez.M, Alarcos.C. Quality of life, health and well-being conceptualizations from the perspective of the international classification of the international classification of functioning disability and health (ICF). Rev Esp de Salud Pública. [Internet]; 2010 [Consultado 7 Mar 2020]; 84(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005

51. Castañeda.C, Antonio.M, Lozano.J, Castañeda.G, Castañeda.J.J.
Quality of life and symptom control in the cáncer patient. Gaceta Mex de Onc. [Internet]; 2015 [Consultado 10 Mar 2020]:14(3); 150-156.Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000449>
52. Hernanadez. M, Cruzado. J.A. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de evaluación al tratamiento. [Internet]; 2013[Consultado 10 Marz 2020]; 24(1). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001
53. Sánchez. R, Alexander.F, Martín.E. For patients diagnosed witch cancer what quality of life?. Avan Psico Latino.[Intenet] 2015 [Consultado 12 Mar 2020]; 33(3); 371-385.Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a02.pdf>
54. Fonseca.M, Schlack.C, Mera.E, Muñoz.O, Peña.J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. [Internet]; 2013 [Consultado 17 Mar 2020]; 65 (4). Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v65n4/art06.pdf>
55. Sánchez.R, Ibaéz.C. Dimensions of quiality of life construct for cáncer patients. Rev colom de Canc. [Internet] 2012 [Consultado 18 Marzo 2020]; 16(2); 100-109. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S01239015127002>

56. Portillo.I, Arana.E, Idigoras.I, Alfons.J, Pérez.F, González.A, Oceja.E, Venaclocha.M, Ibáñez.J, Salas.D. Rev Esp Salud Pública. Lesiones detectadas en seis programas poblacionales de cribado de cáncer de colorrectal en España. [Internet] 2017 [Consultado 23 Abril 2020]; 91(20). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-201702021.pdf>
57. Villegas.C, Arnoby.J, Villegas.M y Villegas.P. Cáncer de colon ¿una sola entidad? Consideraciones sobre lateralidad de institución oncológica colombiana 2001-2016. [Internet] 2018 [Consultado 30 Abril 2020]; (32) 3: 191-202. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n3/0120-8705-cesm-32-03-191.pdf>
58. Cruz.H, Moreno.J y Angarita.A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. [Internet] 2013 [Consultado 30 Abril 2020];(12) 2: 294-303. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/30535>
59. España.A, Rubiño .C, Gallart.T, Cabrerizo. M.J, Díaz.L y Cantarero.I. Valoración de la calidad de vida, el estado musculoesquelético y del dolor en pacientes recién diagnosticados de cáncer de colon. [Internet] 2016 [Consultado 1 Junio 2020]; 38 (1): 3-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563815000310>

60. Michelato. N, Santos.M, Rodrigues. S, Galvao.C, Megumi.H. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. Rev latino-Americana de Enfermagem. [Internet] 2017 [Consultado 1 Jun 2020]: Disponible en:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100608&lng=p&nrm=iso&tlng=es
61. Herrera.J, Diaz.J, Yan. E.F. Comparison of perception of quality of life in patients with surgical and/or adjuvant in colon cáncer and rectal cáncer in the Regional Institute of Neoplastic diseases. [Internet] 2010 [Consultado 2 Jun 2020]; 30 (2): 137-147. Disponible en:
<https://europepmc.org/article/med/20644606>

8. ANEXOS:

ANEXO I



D. Juan José Sebastián Domingo, jefe de servicio de la unidad de Digestivo del Hospital Royo Villanova del sector I de Zaragoza:

AUTORIZA

A Andrea Barrado Melero a la realización de su estudio sobre:

"Análisis de calidad de vida de pacientes mayores de 65 años diagnosticados de cáncer de colon en la unidad de digestivo del Hospital Royo Villanova, en función de variables como sexo, tiempo posterior al diagnóstico y tipo de tratamiento recibido".

En Zaragoza, a 2 de Febrero de 2020.

Fdo.:

D. Juan José Sebastián Domingo
Sebastián



ANEXO II



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI19/527

19 de febrero de 2020

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 19/02/2020, Acta Nº 04/2020 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Afrontamiento y calidad de vida de pacientes mayores de 65 años diagnosticados de cáncer de colon en la unidad de digestivo del Hospital Royo Villanova, en diferentes fases del tratamiento.

Alumna: Andrea Barrado Melero
Directora: Ana Caballero Navarro

Versión protocolo: Versión 2, de fecha 2/02/2020

Versión documento de información y consentimiento: Versión 2, de fecha 2/02/2020

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la correcta obtención del consentimiento informado, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO III

SPANISH (SPAIN)



EORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales:

--	--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de hoy (día, mes, año):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésima

Excelente



EORTC QLQ – CR29

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada. Responda rodeando con un círculo el número que mejor se corresponde con su caso.

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
31. ¿Orinó con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
32. ¿Orinó con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
33. ¿Alguna vez se orinó sin querer?	1	2	3	4
34. ¿Tuvo dolor al orinar?	1	2	3	4
35. ¿Tuvo dolor de barriga o de estómago?	1	2	3	4
36. ¿Tuvo dolor en las nalgas/región anal/recto?	1	2	3	4
37. ¿Tuvo una sensación de hinchazón en el abdomen?	1	2	3	4
38. ¿Había sangre en las heces?	1	2	3	4
39. ¿Ha observado la presencia de mucosidad en las heces?	1	2	3	4
40. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
41. ¿Ha perdido pelo como consecuencia de su tratamiento?	1	2	3	4
42. ¿Ha sufrido algún problema relacionado con el sentido del gusto?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
43. ¿Ha estado preocupado/a por su salud futura?	1	2	3	4
44. ¿Se ha sentido preocupado/a por su peso?	1	2	3	4
45. ¿Se sintió menos atractivo/a físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
46. ¿Se sintió menos varonil/femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
47. ¿Se sintió desilusionado/a con su cuerpo?	1	2	3	4
48. ¿Lleva Vd. una bolsa de colostomía/ileostomía? (Por favor, rodee con un círculo la respuesta correcta)	Sí		No	

Por favor, continúe en la página siguiente

Durante la semana pasada:

En Un Bastante Mucho
absoluto poco

Responda estas preguntas SOLO SI TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA; en caso contrario, siga más adelante:

49. ¿Ha sufrido alguna pérdida involuntaria de gases/flatulencias de la bolsa colectora?	1	2	3	4
50. ¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través de la bolsa colectora?	1	2	3	4
51. ¿Ha sufrido alguna inflamación de la piel situada alrededor de la bolsa colectora?	1	2	3	4
52. ¿Tuvo que cambiar la bolsa frecuentemente durante el día?	1	2	3	4
53. ¿Tuvo que cambiar la bolsa frecuentemente durante la noche?	1	2	3	4
54. ¿Sintió vergüenza a causa de su bolsa?	1	2	3	4
55. ¿Tuvo problemas con el cuidado de su bolsa?	1	2	3	4

Responda estas preguntas SOLO SI NO TIENE UNA BOLSA DE COLOSTOMÍA:

49. ¿Ha tenido alguna pérdida de gases/flatulencia involuntaria a través del recto?	1	2	3	4
50. ¿Ha sufrido alguna pérdida de heces a través del recto?	1	2	3	4
51. ¿Ha sufrido alguna inflamación de la piel situada alrededor de la región anal?	1	2	3	4
52. ¿Fue de vientre con frecuencia durante el día?	1	2	3	4
53. ¿Fue de vientre con frecuencia durante la noche?	1	2	3	4
54. ¿Sintió vergüenza por tener que hacer de vientre?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:

En Un Bastante Mucho
absoluto poco

Sólo para varones:

56. ¿Hasta qué punto estuvo interesado en el sexo?	1	2	3	4
57. ¿Le costó alcanzar o mantener la erección?	1	2	3	4

Sólo para mujeres:

58. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
59. ¿Tuvo dolor o molestias durante el coito?	1	2	3	4