

# Control De Calidad De Vida En Pacientes Oncológicos Colostomizados



**Metodología en Gestión de la Calidad**

Tercer curso Grado en Enfermería 2015/2016  
UNIVERSIDAD DE BURGOS

**Marina Fuente García  
Gema García Laina  
Marcos García Miguel  
Lara Molinero Herrera  
Elba Santamaría Gutiérrez**

# **INDICE**

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.....	6
4. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA.....	9
5. CALIDAD DE VIDA ¿CÓMO MEDIRLA?.....	16
6. OBJETIVOS.....	21
7. EVALUACIÓN.....	22
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	24
9. PLAN DE MEJORA.....	27
10. CONCLUSIONES.....	30
11. BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXO I: CUESTIONARIO PARA PACIENTES.....	35
ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	41

## 1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las investigaciones en Psicooncología han aumentado vertiginosamente, tanto por la alta incidencia y prevalencia de estas enfermedades, como por su carácter crónico, que obliga a diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que las personas deben afrontar, lo que conlleva a unos reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos.

Aquellas personas que logran encontrarle un sentido positivo a su enfermedad, han obtenido diferentes tipos de ventajas que los han llevado a poder afrontar los factores estresantes de una forma más efectiva; entre ellas, encontramos cambios en las prioridades de la vida y sus objetivos personales, cambios de personalidad y fortalecimiento de las relaciones interpersonales.<sup>(1)</sup>

En lo referente a aspectos médicos, hemos de señalar para poder entender la definición del cáncer, que el organismo está compuesto por varios tipos de células, las cuales se dividen de una forma ordenada para producir más células únicamente cuando son necesarias, este proceso ocurre de una forma anormal en la patología oncológica.

El cáncer es un grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, que ocurren cuando las células se vuelven anormales y se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.<sup>(2)</sup>

Dentro de los tipos de cáncer existentes, nosotros nos centraremos en el cáncer colorectal. La elección de esta patología se debe a dos razones principalmente:

En primer lugar, porque se trata de la neoplasia digestiva maligna más frecuente, siendo el segundo tipo de cáncer padecido en mayor porcentaje de casos tanto en los varones como en las mujeres tras el carcinoma bronco-pulmonar y el cáncer de mama, respectivamente.

Y en segundo lugar, por las importantes implicaciones médico-quirúrgicas que tiene para el sujeto padecer este tipo de cáncer: cuando se encuentra en una etapa avanzada, es habitual la práctica de la colostomía.<sup>(1)</sup>

La realización de una colostomía a una persona implica una serie de cambios importantes de tipo fisiológico, psicológico y social, que van a afectar directamente su calidad de vida. Entre estos cambios podemos destacar la alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces, la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino, ruidos intestinales, irritación de la piel periestomal, falta de seguridad en sí mismo, la pérdida de la autoestima, temor, depresión y aislamiento social que influye decisivamente en su calidad de vida.

Diferentes estudios coinciden en señalar que la adaptación a la ostomía y la percepción que los pacientes tienen de su calidad de vida, va a depender en mayor o menor medida de factores como el sexo, la edad, el tipo de ostomía, el tiempo de permanencia del estoma, la patología base, el tiempo transcurrido desde la cirugía, la participación del paciente en la elección del lugar del estoma y la promoción del autocuidado, el apoyo familiar y el uso de métodos continentales, principalmente el de irrigación y obturador.

Por lo tanto, los enfermeros debemos saber detectar las necesidades de estos pacientes, para poder prestar unos cuidados adecuados que les permitan vivir de la forma más óptima posible.

Por parte de los especialistas existe una preocupación principal, hacer los productos fecales continentales. Para ello, se ha utilizado una alternativa, la técnica de irrigación, que produce más seguridad y confort al paciente colostomizado.

El sistema de irrigación, consiste en la introducción masiva de agua en el colon con el objeto de estimular la motilidad intestinal y arrastrar las heces, obteniendo de este modo, un periodo libre de emisión incontrolada de heces que permita al paciente ir sin bolsa colectora.

Una de las actividades a realizar con los pacientes colostomizados, es el desarrollo de un proceso de enseñanza y aprendizaje de la técnica de irrigación para la continencia fecal, en intento de mejorar sensiblemente su calidad de vida.

Se entiende como calidad de vida, el valor asignado por un individuo a un año de vida, modificado por la desventaja social, la percepción, el estado funcional o la diferencia debidas a una enfermedad, tratamiento o accidente. Esto hace que los profesionales sanitarios dirijan los avances terapéuticos y científicos no tanto a conseguir un aumento de la supervivencia como a ayudar a vivir lo mejor posible con su situación de salud y, como enfermeros, a mantener la satisfacción de las necesidades de la forma más óptima posible.<sup>(3)</sup>

## 2. JUSTIFICACIÓN

La elección del tema oncológico, es debido principalmente a que se trata de un gran problema en la actualidad, afectando a 14 millones de personas y causando numerosas muertes al año<sup>(4)</sup>. No solo son el número de casos los que se van elevando, sino que cada vez más va invadiendo nuestras vidas, a nuestros familiares, amigos, conocidos y a nosotros mismos, ya que se trata de una patología que tiene un gran impacto en el día a día.

Por otro lado, encontramos que como futuros profesionales sanitarios es uno de los principales temas en nuestra formación. Dentro de nuestra carrera podemos encontrar diversas asignaturas y puntos donde nos centramos en las patologías oncológicas, en sus síntomas y signos pero también en cómo afecta a estas personas su enfermedad. Los cuidados que necesitan en todos los ámbitos y cómo podemos facilitarles el transcurso y la adaptación a ella.

Nos hemos centrado en el cáncer colorrectal, porque junto con el de mama, pulmón y próstata es uno de los más diagnosticados en la actualidad.

Queremos centrarnos en la valoración de la calidad de vida, ya que tiene una gran repercusión tanto a nivel fisiológico, psicológico como social. Y por ello consideramos que nosotros como futuros enfermeros, debemos conocer cómo puede afectarles a los pacientes y así poder llevar a cabo unos cuidados individualizados, centrados en la persona, para poder ofrecerles el día de mañana, la mayor autonomía e independencia posible.

Vamos a dirigir y centrar nuestro trabajo en aquellos pacientes con cáncer colorrectal a los que se les ha realizado una colostomía y valorar como afecta esta sobre su estilo y calidad de vida.

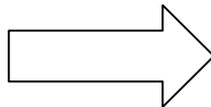
### 3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La Oncología Médica es una subespecialidad de Medicina Interna, que se dedica al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas mediante quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia.<sup>(5)</sup>

El en servicio oncológico en el Hospital Universitario de Burgos podemos encontrar un equipo formado por:

#### EQUIPO SANITARIO

- Jefe de servicio
- Médicos Oncológicos
- Residentes
- Supervisora de Enfermería
- Enfermeras
- Auxiliares de enfermería



#### EQUIPO NO SANITARIO

- Administrativos
- Limpieza
- Mantenimiento
- Sacerdote
- Celador

Este servicio no trata en exclusividad la patología oncológica sino que es un servicio interdisciplinar que trabaja en equipo con diferentes áreas implicadas con el diagnóstico y tratamiento de la patología como:

- Cirugía
- Radioterapia
- Anatomía patológica

- Laboratorio de bioquímica
- Diagnóstico por imagen
- Medicina nuclear
- Medicina preventiva
- Servicios de especialización (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas..)
- Farmacia

Según la Comisión Nacional de Oncología Médica los aspectos fundamentales que un Oncólogo necesita saber para tratar, asistir y coordinar adecuadamente las enfermedades neoplásicas son:

- ⇒ Etiología, epidemiología y prevención del cáncer
- ⇒ Diagnóstico precoz y diagnóstico de extensión
- ⇒ Biología tumoral, inmunología
- ⇒ Terapéutica
- ⇒ Efectos del tumor sobre el paciente
- ⇒ Metodología de la investigación clínica

Dentro del servicio Oncológico podemos encontrar diferentes áreas:

#### ❖ **Planta de Oncología**

Es la planta del hospital dedicada a la hospitalización de los enfermos de cáncer. Los ingresos debe intentar ser de la menor duración posible y los principales motivos son:

- Tratamientos quimioterapéuticos que por diversas razones no pueden recibirlos de forma ambulatoria
- Tratamientos complejos que requieren un mayor control
- Pacientes que así lo solicitan por mala tolerancia al tratamiento.
- Realización de exploraciones complementarias, estos son ingresos programados.

- Pacientes agudos, graves o en situaciones complejas, que presentan fuertes molestias.
- Pacientes terminales que por diversas causas no puedan desarrollar esta etapa en sus domicilios

#### ❖ **Consultas de Oncología**

Las finalidades de dichas consultas son:

- Orientar el diagnóstico inicial de aquellos pacientes que son enviados para estudio o consulta por médicos de atención primaria o por médicos fuera del servicio.
- Control y seguimiento de pacientes enfermos
- Realizar el mayor número posible de exploraciones y planificaciones de tratamiento en régimen ambulatorio.
- Revisión de los pacientes tras remitir la enfermedad

#### ❖ **Hospital de Día**

Consta principalmente de la unidad de quimioterapia ambulatoria, sus finalidades son:

- Tratar a los pacientes con quimioterapia en régimen ambulatorio.
- Control de la tolerancia y toxicidad que le puede crear al paciente el tratamiento.

Para un buen funcionamiento del Hospital de Día es importante:

- La existencia de una buena comunicación y conexión con el laboratorio central y la farmacia del Hospital, para la rápida obtención de los resultados de los análisis y los tratamientos lo que evitará incomodidades al paciente.
- La buena coordinación con el Servicio de Asistencia Social, ya que estos pacientes presentan una serie de problemas que requieren una especial atención (económicos, familiares, laborales, traslados,...)

#### 4. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

El cáncer colorrectal es una patología cosmopolita, con una incidencia anual de alrededor de 1,000,000 de casos y una mortalidad de 500,000, siendo a nivel mundial el cuarto tipo de cáncer más común.<sup>(6)</sup> Si nos centramos en nuestro país, España, es el tercero en frecuencia en los varones, detrás del cáncer de pulmón y próstata y el segundo en las mujeres tras el de mama. Sin embargo, si juntamos ambos sexos el cáncer con mayor incidencia es el colorrectal (15%).

Según datos de la SEOM, se calcula una incidencia de 32.240 pacientes al años en España, siendo responsable de 14.700 fallecimientos y una prevalencia a cinco años de 89.705 casos.<sup>(7)</sup>

La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, con un máximo a los 70, aunque se registran casos desde los 35-40 años. Los casos que aparecen a edades tempranas suelen tener una predisposición genética.<sup>(7)</sup>

El cáncer colorrectal es el resultado de complejas interacciones entre factores ambientales y susceptibilidad genética. Las evidencias sugieren que la mayoría de este tipo de cáncer tienen como precursor un pólipo adenomatoso, aunque algunos subtipos especialmente agresivos no requieren el paso por la fase adenomatosa.<sup>(8)</sup>

Entre los factores de riesgo del cáncer colorrectal encontramos:

- **Factores genéticos o hereditarios:** Cerca del 20% de los tumores del colon se originan en sujetos con antecedentes familiares entre los que destacan aquellos que tienen condiciones hereditarias como:
  - Poliposis adenomatosa familiar (PAF)
  - Cáncer hereditario del colon no polipósico (CCRHNP)
  - Variantes del síndrome de Lynch I y II y colitis ulcerosa.
  
- **Antecedentes personales:** El riesgo de padecer este tipo de cáncer es mayor en aquellas situaciones en las que se ha presentado otros tipos de cáncer con anterioridad o tienen un historial de pólipos o enfermedades inflamatorias del intestino.
  
- **Estilo de vida:** Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran:
  - Tabaquismo.
  - Obesidad.
  - Consumo abundante de alcohol.
  - Inactividad física.
  - Alimentación alta en grasas saturadas o poliinsaturadas y baja en fibra.<sup>(6,9)</sup>

Sin embargo, el **envejecimiento** sigue siendo el factor de riesgo predominante con un incremento constante de la incidencia después de los **50 años de edad**. Por ello los programas de detección temprana nosológica del

cáncer colorrectal se recomienda para todas las personas mayores de 50 años y especialmente para las personas con factores de riesgo significativos.

Las **pruebas** usuales para **la detección temprana del cáncer de colon** incluyen:

- **Prueba de sangre oculta en heces** (FOBT, análisis de las heces para buscar pequeñas cantidades de sangre)
- **Sigmoidoscopia** (colocación de un tubo iluminado dentro del recto para examinar la parte inferior del colon)
- **Colonoscopia** (un tubo iluminado con una cámara adjunta se inserta en el recto para ver el intestino grueso y tomar muestras de tejido)
- **Enema de bario** ( procedimiento radiográfico).<sup>(8)</sup>

A continuación y antes de especificar los principales síntomas del cáncer colorrectal vale la pena destacar que los síntomas dependen de la localización y del tamaño de la neoplasia, así como de la presencia de metástasis, por ello, primeramente explicaremos los diferentes estadios de la clasificación TNM de este tipo de cáncer:(10)

<b>ESTADIO 0</b>	<b>TIS</b>	<b>N0</b>	<b>M0</b>
<b>Estadio I</b>	T1-2	N0	M0
<b>Estadio IIA</b>	T3	N0	M0
<b>Estadio IIB</b>	T4	N0	M0
<b>Estadio IIIA</b>	T1-2	N1	M0
<b>Estadio IIIB</b>	T3-4	N1	M0
<b>Estadio IIIC</b>	Cualquier T	N2	M0
<b>Estadio IV</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

- ❖ **Estadio 0 o carcinoma in situ:** Es la fase más temprana del cáncer de colon o recto. Las células tumorales se encuentran situadas en la parte más superficial de la mucosa y en ningún caso la traspasa. No afecta a ganglios linfáticos.
  
- ❖ **Estadio I:** El tumor afecta a la pared del colon o recto sin traspasar la capa muscular. No existe afectación de ganglios linfáticos.
  
- ❖ **Estadio II:** El tumor ha infiltrado todas las capas de la pared del colon o recto. Puede invadir los órganos de alrededor. No se aprecia afectación ganglionar.
  
- ❖ **Estadio III:** El cáncer ha invadido los órganos más próximos y afecta a los ganglios linfáticos.
  
- ❖ **Estadio IV:** El cáncer se ha diseminado afectando a órganos alejados del colon o recto como hígado, pulmón o huesos.

Por desgracia el cáncer de colon no suele avisar de una manera específica y muestra unos síntomas que llevan a confusión con diagnósticos más “normales” como por ejemplo, hemorroides, por ello es fundamental conocer los principales signos y síntomas de este.

Los **síntomas** frecuentemente incluyen:

- Hemorragia del tubo digestivo bajo.
- Dolor abdominal.

- Alteraciones en el hábito intestinal.
- Anorexia.
- Pérdida ponderal involuntaria.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Astenia.
- Adinamia.
- Anemia.

El dolor pélvico y tenesmo rectal pueden relacionarse con neoplasias en estadios avanzados con involucro de estructuras nerviosas en pelvis.

Debido al calibre del intestino y a la consistencia de las heces, es más probable que los tumores del colon izquierdo causen cuadros de obstrucción intestinal o alteraciones en el hábito intestinal como estreñimiento, náuseas, distensión y dolor abdominal tipo cólico en comparación con los presentados del lado derecho que habitualmente cursan con sangrado oculto del tubo digestivo, síndrome anémico (debilidad, fatiga, palpitaciones, disnea) y perforación intestinal.

Dos tercios de los pacientes presentarán enfermedad local o regional, mientras que el tercio restante cursará con metástasis hacia ganglios linfáticos e hígado, manifestándose por tanto como una masa abdominal en el cuadrante superior derecho, ascitis y nódulos linfáticos supraclaviculares.

Cuando existen síntomas que hacen sospechar la posible existencia de una lesión en el colon, se procede a realizar una serie de pruebas para determinar el diagnóstico.

Previamente a la realización de las pruebas, se elabora una historia clínica y a continuación una exploración física en la que se valorará el estado general incluyendo un tacto rectal y un análisis de sangre y de orina con las que se busca detectar marcadores tumorales (CEA y el Ca.19.9).

Otras de las pruebas diagnósticas que se realizan son:

- **Colonoscopia con toma de biopsias:** es una prueba en la que a través de un endoscopio introducido por el ano se observa la mucosa del colon y el recto.
- **Tomografía axial computada (TAC).**
- **Resonancia magnética abdominal y de pelvis.**
- **Ecografía abdominal o endorrectal.**
- Una vez diagnosticado el cáncer se puede realizar una **Radiografía de tórax con el fin de** estudiar los pulmones y descartar afectación por metástasis.<sup>(7)</sup>

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de colon y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase se encuentra, se debe determinar cuál es el tratamiento más adecuado.<sup>(7)</sup>

Los tratamientos más frecuentemente empleados son la cirugía y la quimioterapia. La cirugía puede ser de tipo curativo o paliativo y el uso de una u otra o su combinación dependerá del estadio en el que se encuentre el tumor.

La cirugía consiste en la extirpación del segmento del colon en el que se asienta el tumor además de un tramo de tejido sano a ambos lados de la lesión y los ganglios linfáticos correspondientes. A continuación se procede a la anastomosis de los extremos del colon para restablecer la continuidad del tubo digestivo y mantener su función.

Cuando la cirugía tiene que realizarse de forma urgente como es en el caso de obstrucción intestinal o abdomen agudo, es necesario realizar una **Colostomía o Ileostomía**.

Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal por donde se evacuan las heces ya que permite que estas salgan del colon antes de llegar al colon descendente. Pueden ser temporales o permanentes.<sup>(11)</sup>

Aunque la colostomía crea un cambio importante para el paciente, no altera la función digestiva o la química corporal.

## 5. CALIDAD DE VIDA ¿CÓMO MEDIRLA?

En la actualidad se considera que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora que conjuntamente valore resultados clínicos y psicosociales. Esta nueva perspectiva basada en la atención integral al paciente de cáncer ha propiciado el desarrollo y la investigación de una de las áreas de especial interés en Oncología; la calidad de vida.<sup>(12)</sup>

La valoración de la calidad de vida de los pacientes de cáncer constituye un tema de creciente interés en el ámbito de la oncología. El estudio científico de la calidad de vida del paciente con cáncer es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel biológico/fisiológico.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos de algunos ensayos clínicos, facilitando la comparación de terapias alternativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

A la hora de realizar la valoración de la calidad de vida, puede empezarse por conocer cómo afecta la enfermedad a diversos aspectos concretos de la vida diaria del paciente. Obteniendo así, una medida de la reducción de la calidad de vida desde el punto de vista subjetivo. Así pues, la calidad de vida (subjetiva) en el paciente oncológico podría definirse como: “la valoración que hace el paciente respecto a en qué

medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana en un periodo concreto de tiempo”.<sup>(13)</sup>

La disminución de la calidad de vida se relaciona más con aspectos psicosociales que con aspectos físicos. Pacientes con estatus de salud similar pueden presentar importantes diferencias en cuanto a disminución de calidad de vida atribuida a la enfermedad, los siguientes factores cognitivos: estrategias de afrontamiento, expectativas de autoeficacia y de resultados, y locus de control, contribuyen a explicar estas diferencias. Podemos actuar sobre la calidad de vida subjetiva de los pacientes de cáncer y ayudar a mejorarla si se interviene sobre los factores cognitivos anteriormente mencionados.<sup>(12,13)</sup>

El estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un nuevo campo multidisciplinario de conocimientos denominado “Psicología Oncológica”, en el que se analizan las relaciones entre diversas variables psicológicas y aspectos concretos del cáncer como, por ejemplo, las náuseas y vómitos.

Se puede definir de manera más exacta lo que se entiende por calidad de vida si se consideran de manera concreta y operacional diferentes aspectos, que podemos denominar componentes, niveles o dimensiones de la calidad de vida. Es importante no perder de vista que en oncología (o cualquier otro campo de la salud) es ante todo interesante averiguar y restablecer, en la medida de lo posible, la calidad de vida que se ha visto afectada por la enfermedad. La manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad crónica y a los tratamientos médicos, puede

jugar un importante papel en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud.<sup>(13)</sup>

La calidad de vida, debe evaluarse atendiendo a aspectos físicos, sociales y psicológicos por un lado, y por otro lado como ya se ha señalado anteriormente, a la subjetividad de quién informa, es decir, tal y como el paciente los percibe. De tal modo que, en la mayoría de investigaciones se han venido contemplando cuatro áreas de evaluación de la calidad de vida con las que valorar el impacto que la enfermedad oncológica en general y/o los diferentes tratamientos del cáncer producen: capacidad funcional, síntomas de enfermedad y tratamiento, y funcionamiento social y psicológico.<sup>(12,13)</sup>

Desde este nuevo enfoque, el concepto de calidad de vida ha sido utilizado especialmente en el debate sobre los objetivos de los tratamientos, los cuales suelen ser tremendamente agresivos. Recoger información sobre el impacto físico, psicológico y social que éstos producen es uno de los propósitos en las investigaciones sobre calidad de vida. Se añade así, a los criterios de efectividad clínica de un tratamiento, considerar el impacto psicosocial que éste causa como un aspecto más a la hora de proponer su administración. De este modo, la evaluación de la calidad de vida ha venido a formar parte de las pautas de actuación clínica y de las decisiones terapéuticas en cuanto a la administración de uno u otro tratamiento. En este sentido, hoy en día, un gran número de investigaciones en este área se ocupan de establecer diferencias en la calidad de vida en función de los diferentes tipos de tratamiento, del protocolo o procedimiento de administración (continuo o intermitente), y de los costes y beneficios en relación a su efectividad clínica (remisión de la enfermedad, supervivencia).<sup>(12,13)</sup>

Hacer hincapié en estos aspectos de la calidad de vida permitirá delimitar con mayor precisión las áreas psicosociales más afectadas en el caso del paciente de cáncer y en relación a las diferentes fases de enfermedad, así como, aportar información a los profesionales de la salud acerca del impacto de los tratamientos administrados. Todo ello, finalmente, hacía un objetivo común que consiste en combinar pautas clínicas e intervenciones psicosociales específicas que permitan incrementar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.<sup>(12)</sup>

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos (tasas) para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.<sup>(13,14)</sup>

Sin embargo, partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida; estos nuevos instrumentos o escalas en sus inicios miden el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas, como lo es el cáncer, permitiendo evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente. Estos índices caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida.

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de expresión tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud.

Existen diferentes tipos de instrumentos para medir la calidad de vida, clasificándose en instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones.

Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. En cuanto a los instrumentos específicos, contienen dimensiones de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física.<sup>(14)</sup>

La calidad de vida es un aspecto de gran relevancia a tener en cuenta sobre todo si hablamos de enfermedades crónicas. Tal vez aún no hemos logrado asimilar que la

medición de salud va más allá de los usuales indicadores de morbilidad y mortalidad, la esperanza de vida y los años de vida potencialmente perdidos, pero la definición de salud en nuestro tiempo adopta nuevos elementos, los cuales dentro de su estimación incorporan otros sectores que de una u otra forma inciden en el resultado de salud de la comunidad como lo es la calidad de vida.<sup>(13,14)</sup>

## 6. OBJETIVOS

### 6.1. Objetivo general:

Testar la calidad de vida de estas personas para detectar fallos, deficiencias o dificultades que encuentran e introducir procedimientos o técnicas que palien estas deficiencias. Mejorando la calidad de vida del paciente o en cualquier caso equipararla con la calidad de vida de una persona sana.

### 6.2. Objetivos específicos:

- ⇒ Lograr que el paciente mejore su propia autoestima
- ⇒ Mejorar la relación con el entorno y su sociabilidad
- ⇒ Mejorar el bienestar físico y psíquico
- ⇒ Promover autonomía en la higiene del estoma y responsabilidad en el cuidado de la propia enfermedad.

## 7. EVALUACIÓN

Es un estudio descriptivo correlacional que se ha llevado a cabo con pacientes oncológicos colostomizados y se ha realizado en el Hospital Universitario de Burgos (HUBU).

La población sobre la que se ha efectuado el estudio son aquellos pacientes con cáncer colorrectal y colostomizados que estaban ingresados en la planta de oncología del Hospital Universitario de Burgos o que asisten al Hospital de Día el día 4 de Abril de 2016.

Como criterios de inclusión se han establecido: Pacientes que padecen cáncer y que presentan colostomía que quieran participar en el estudio voluntariamente.

Excluimos del estudio a todos aquellos pacientes que desconozcan nuestro idioma, ya que utilizaremos la encuesta como forma de recogida de datos.

El tamaño de la muestra ha sido de veinte personas.

La técnica de muestreo que utilizamos fue accidental, incluyendo en el estudio a todos aquellos pacientes que se encuentren en el hospital, entiendan nuestro idioma y cumplan los criterios de inclusión.

Para obtener los datos necesarios utilizamos un cuestionario validado para valorar la calidad de vida en pacientes con estomas denominado como "Montreaux" (Anexo I). Este conjunto de preguntas han sido resueltas por cada uno de los pacientes que hayan decidido participar voluntariamente. La realización del cuestionario tiene una duración

aproximada de cinco a diez minutos, se han realizado en las respectivas habitaciones de los pacientes que estaban ingresados y en el Hospital de Día del Hospital Universitario de Burgos, para así evitar desplazamientos por parte de los participantes.

Sus respuestas al cuestionario han sido codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, son totalmente anónimas. Una vez transcritas las diferentes preguntas, las encuestas se destruirán.

Antes de realizar las encuestas, todos los participantes han sido informadas mediante un consentimiento informado, donde se aclara que la participación es voluntaria y se expone el objetivo del estudio y el modo de llevarlo a cabo (Anexo II). Además, se les anima a informarnos sobre cualquier duda, sugerencia o queja que puedan surgirles a lo largo de su participación en el estudio.

Igualmente, hemos informado a las responsables de ambas unidades, para que tenga constancia de ello.

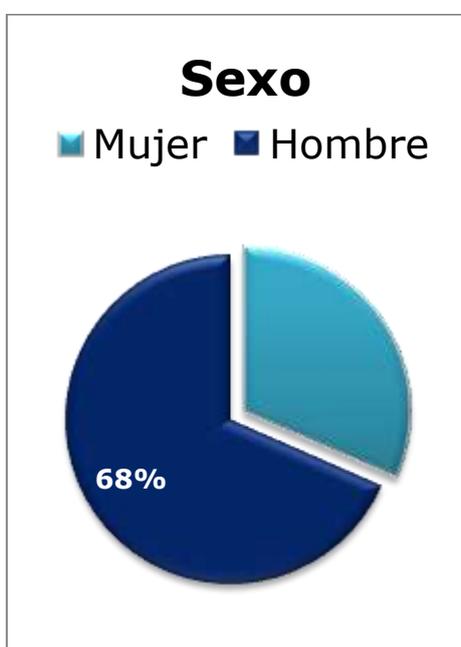
El cuestionario se ha realizado a todos los pacientes que han decidido formar parte del estudio hasta que se produjo la saturación de los veinte cuestionarios que disponíamos, momento en el cual consideramos que la información era suficiente.

Una vez que hayamos realizado el número indicado de cuestionarios elaboramos una base de datos mediante Microsoft Excel, que recoge la información obtenida de forma clara y ordenada.

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de los resultados obtenidos nos centramos en aquellos que consideramos más importantes para la obtención de los objetivos del estudio.

Un dato a resaltar es que esta patología afecta a un 68% de los hombres frente al 32% de mujeres. La media se encuentra dentro de un rango de edad de 53 años. Esta enfermedad afecta a la calidad de vida de forma muy variante, según la edad del paciente y los años padeciendo esta enfermedad.

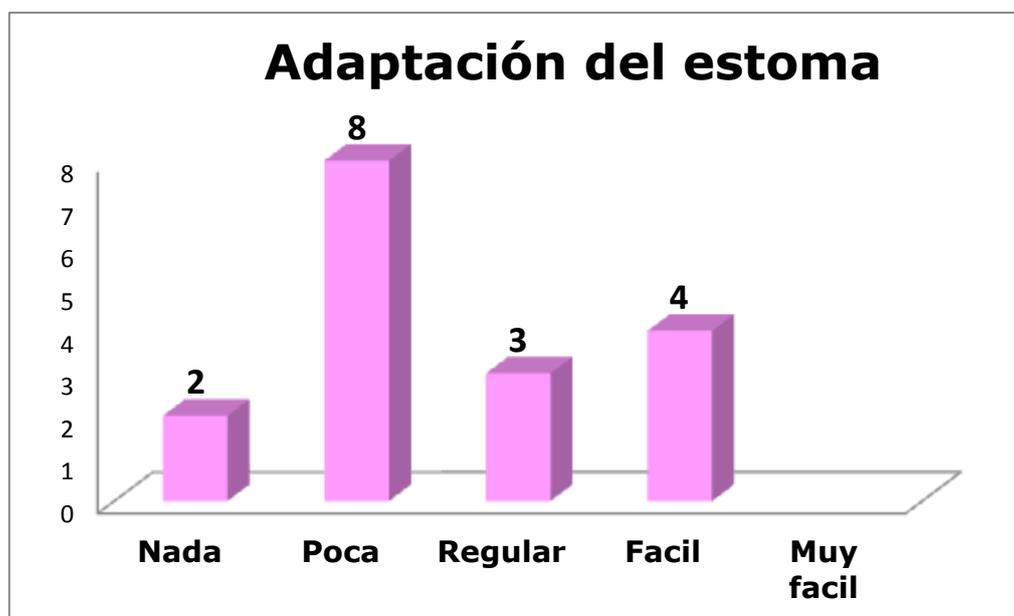


La calidad de vida ha sido valorada por los encuestados como mala, a pesar que la felicidad y el sentimiento de utilidad se han valorado positivamente, y el estado de salud negativamente.

La calidad de vida según los encuestados ve afectada por:

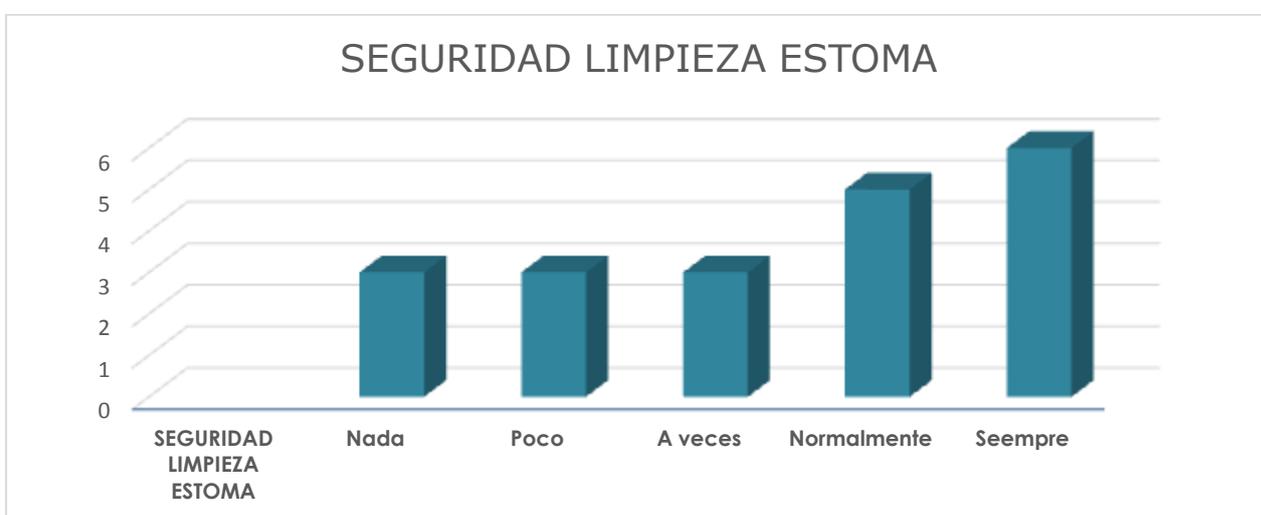
- La adaptación al estoma, donde los pacientes han expuesto las diferentes dificultades que encuentran en la convivencia con la patología. Este criterio ha sido valorado como poca adaptación.

- Por otro lado encontramos una continua preocupación tanto por el estoma, como por sufrir pérdidas, desprender olores fecales....
- Se ve afectada la vida social , que ha sido valorada como baja , mientras que las actividades de la vida diaria no se ven casi afectadas.
- El dolor modifica mucho su ritmo de vida, pero los pacientes centran el foco del dolor en la patología oncológica principalmente.



Por otro lado, en el cuestionario se valora la autonomía del cuidado del estoma, donde encontramos diversos valores alterados:

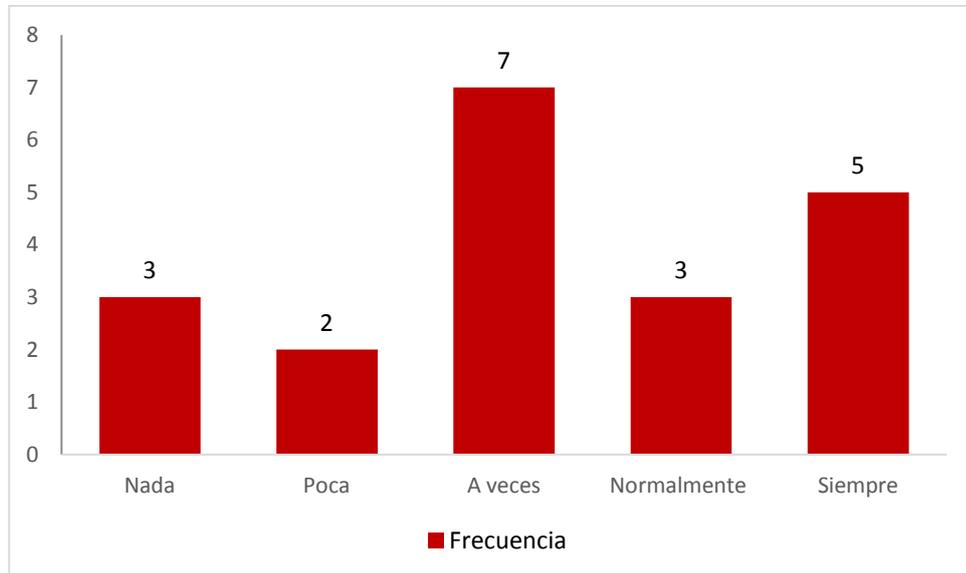
- Los cuidados principales son realizados por los propios pacientes de forma autónoma y sin dificultad.
- El mayor inconveniente en este apartado es la edad del paciente, ya que creen que en un futuro necesitaran ayuda para el cuidado de su estoma, como nos confirmas los pacientes de alta edad de este estudio.



Finalmente se valora, cuestiones generales sobre la aceptación física, mental y social de la patología en la vida del paciente:

- Uno de los puntos con peor valoración, es la capacidad por parte del paciente de conseguir olvidarse del estoma para poder realizar la vida cotidiana, sin miedos, preocupaciones ni complejos.
- Otro de los aspectos con baja puntuación es la imposibilitación de aceptar el hecho de tener un estoma.

- Mientras que en el entorno familiar y de amistades si se encuentra un círculo de apoyo donde obtener la ayuda y confianza necesaria para hacer frente a la problemática del transcurso de la enfermedad.



## 9. PLAN DE MEJORA

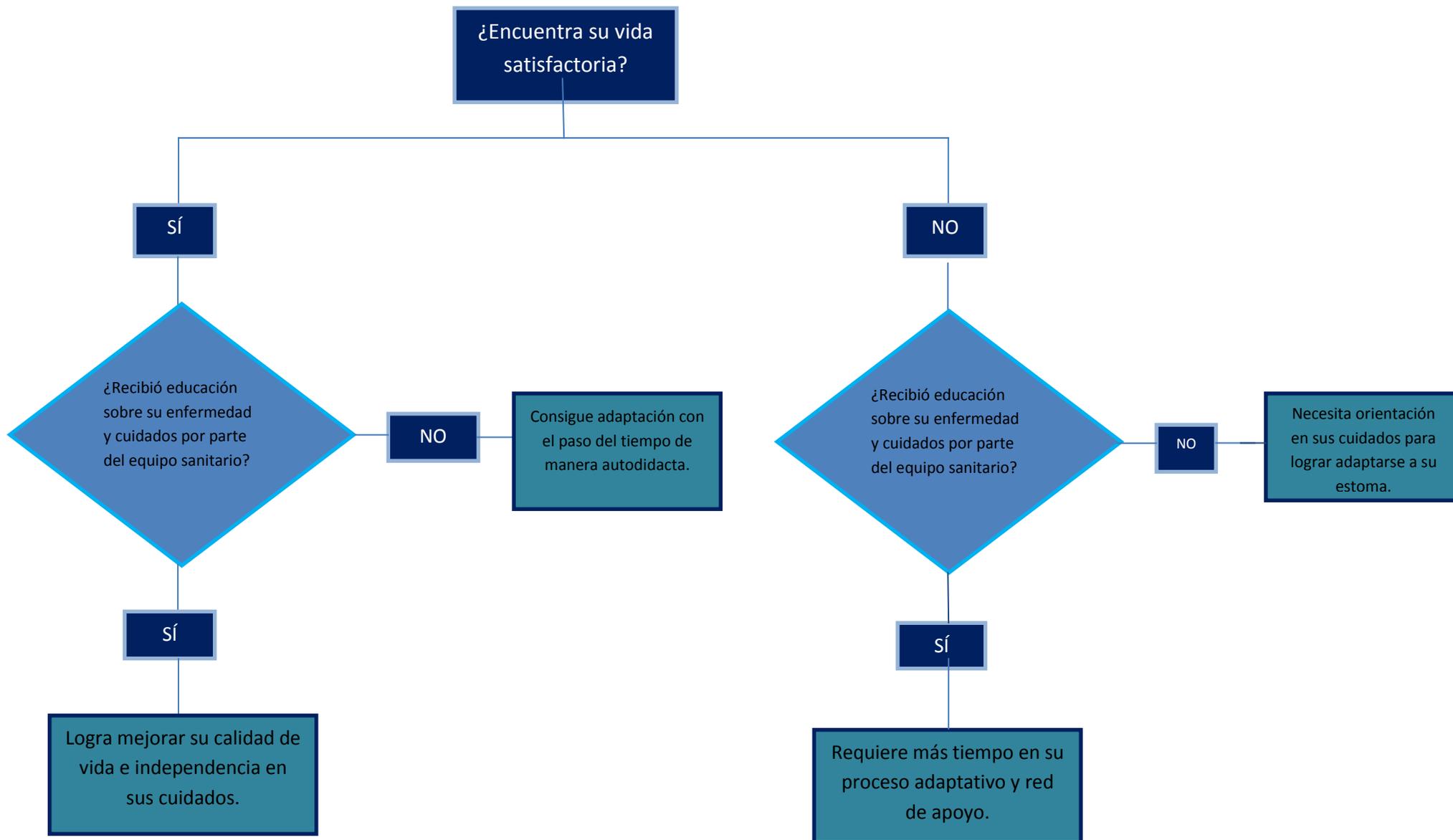
El principal objetivo del personal de enfermería debe ser conseguir “reinsertar” al paciente ostomizado para que pueda continuar una vida similar a la que tenía antes de la intervención. Una ostomía bien realizada y un paciente bien informado son requisitos clave y de partida para permitir al paciente recuperar y reanudar su vida normal.

Cada una de las personas a las que cuidamos es única; para poder brindar cuidados de calidad es necesario identificar individualidades y características propias de cada caso para que resulte eficiente.

Como hemos señalado en otros apartados, la calidad de vida en pacientes con estoma está comprometida por muchos motivos de menor o mayor forma, dependiendo de la particularidad de cada caso. La enfermería tiene un papel fundamental a la hora de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, por lo que se debería realizar un plan de mejora dentro del equipo multidisciplinar de salud para conseguir una buena educación a los pacientes para que logren y sean capaces de aprender a cuidar su estoma y a realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda toda la información sobre los cuidados, alimentación, eliminación y por último que sepa y pueda detectar y evitar complicaciones. Todo esto significa una mejoría en la calidad de vida en términos de:

- Adaptación rápida con el apoyo de su familia en la nueva situación.
- Aceptación y adopción de la rutina diaria del autocuidado
- Prevención, disminución y detección temprana de la presencia de complicaciones.
- Incorporación pronta a la vida laboral o escolar o a los quehaceres diarios
- Vinculación de la persona al grupo de ostomizados que le permita intercambiar experiencias, sentirse acogido y comprendido de la mano de personal sanitario que les pueda guiar al respecto.

En definitiva, el plan de mejora para aumentar o reestablecer la calidad de vida y satisfacción de estos pacientes no es otro que lograr que sean autosuficientes e independientes en el cuidado del estoma, apoyados por el personal de enfermería que les guíe en su nueva experiencia y en los cuidados con una educación para la salud de calidad y no una llevada a cabo de manera excepcional, idea que sintetizamos y reflejamos a continuación en el diagrama de flujo.



## 10. CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad de vida en pacientes que padecen una enfermedad crónica o traumática, como es el caso del cáncer, es uno de los aspectos más relevantes a trabajar dentro de los equipos de salud. El entorno y vida del paciente oncológico se adentra en una etapa adaptativa para poder hacer frente a la enfermedad.

Esta adaptación no debería realizarse de manera aislada y lejana al equipo sanitario, y es por ello que el personal de enfermería cobra especial relevancia como figura clave a la hora de guiarlo en el proceso de enfermedad que está experimentando, lo cual incluye educar en los cuidados para que sea capaz de alcanzar una independencia que logre satisfacer sus necesidades, así como recuperar la calidad de vida que disponía antes de la enfermedad, o al menos mejorarla.

Cada persona es única, con lo cual cada experiencia con la enfermedad también lo será. Hay que tener en cuenta a la hora de medir la calidad de vida, la singularidad de cada uno, ya que está dependerá de múltiples factores: cómo afrontan la enfermedad, los años transcurridos desde su diagnóstico, la independencia en sus cuidados, la voluntad y motivación para realizarlos, su grupo de apoyo...

Conocer todos estos aspectos, nos va a ser de gran utilidad en las diferentes áreas de trabajo con el paciente oncológico, tanto en la práctica clínica diaria, como en estudios que tengan un efecto directo sobre el sujeto, siendo su principal objetivo poder contribuir a la mejora de las intervenciones dirigidas a estos pacientes.

Los resultados de los cuestionarios realizados corroboran lo señalado anteriormente, es decir la particularidad de cada individuo influye directamente en su calidad de vida. Un

ejemplo destacable es que cuanto más tiempo haya pasado desde la intervención, mayor es la satisfacción o calidad de vida percibida por el sujeto, en gran parte porque debido a su experiencia ha logrado aprender a convivir con el estoma y a tener una independencia en el abordaje de su enfermedad. Por lo tanto, hemos de subrayar una vez más que los profesionales de enfermería deben ser capaces de influir en esas particularidades para que los pacientes obtengan una experiencia positiva y autonomía desde un principio. Esta influencia es normalmente algo circunstancial, ya que los pacientes suelen aprender y lograr esa independencia por un método de ensayo error de una forma autodidacta.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Vinaccia S, Arango C, Cano E, Tobón S, Moreno E, López AE. Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. Univ. Psychol.2005 [citado 17 Marzo 2016].2006, 5(3):575-583. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=441809&indexSearch=ID>
2. Vinaccia S, Arango C. Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnósticos de cáncer colorectal. Suma Psicología.2003 [citado 17 Marzo 2016], 2003, 10(1):43-65. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/179>
3. Barbero Juárez FJ, Martín Cañete J, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. Nure investigación. 2004 [citado 17 Marzo]. 2004, 7:1-10. Disponible en: [http://web2014.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf)
4. Instituto nacional de cáncer NIH [Internet]. Bethesda [2015] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es/estadisticas>

5. Opolanco[Internet].Memoria del funcionamiento de la unidad de oncología médica del hospital Obispo Polanco. Teruel, España.2016. Disponible en: [http://www.opolanco.es/documentos/servicios -  
medicos/oncologia/MEMORIA\\_oncologia\\_08.pdf](http://www.opolanco.es/documentos/servicios-medicos/oncologia/MEMORIA_oncologia_08.pdf)
  
6. Gonzalez H, Bahena A, Mejía A. Cáncer de colon. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Mexico. 2010. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Autores%3A+Dr.+Quint%C3%A9n+H%C3%A9ctor+González+Contreras%3B+Dr.+Jesús+Alberto+Bahena-Aponte%3B+Dra.+Sari+Narsil+Angélica+Mejía+Arcadia\\*\\*&btnG=&lr=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Autores%3A+Dr.+Quint%C3%A9n+H%C3%A9ctor+González+Contreras%3B+Dr.+Jesús+Alberto+Bahena-Aponte%3B+Dra.+Sari+Narsil+Angélica+Mejía+Arcadia**&btnG=&lr=)
  
7. www.aecc.es. [Internet].Incidencia Cáncer de Colon. Madrid: Sede central de AECC. [Citado 28 Mar 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPORLOCALIZACION/CANCERDECOLON/Paginas/incidencia.aspx>
  
8. Bonis, J. Cribado de distintos tipos de cáncer. AMF. 2015. 11(2):64-72. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1396](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1396)
  
9. Zeller L, Cassio MA, Richard M, Glass MD. Cáncer de Colon. Asociación Médica America, JAMA. 2006. Vol 296, No. 12.

10. www.aecc.es. [Internet]. Fases del cáncer de colon. Madrid: Sede central de AECC. [Citado 28 Mar 2016]. Disponible en:  
<https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancerdecolon/paginas/fases.aspx>
11. Edith ET, Alan MD, Linda ET. Guía de Colostomía. United Ostomy Association. 2004.
12. Terol MC, López Roing S, Rodríguez Marín J, Pastor MA, Mora M, Martín Aragón M. Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Anales de psicología. 2000; [Citado 08 Abril 2016] 2000, 16(2): 111-122. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=814966>
13. Font A. Cáncer y calidad de vida. Anuario de psicología. 1994; [Citado 08 Abril 2016] 1994,(61):41-50. Disponible en:  
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61119>
14. Tucsca Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte. 2005; [Citado 08 Abril 2016] 2005; 21:76-86. Disponible en:  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113>

**ANEXO I:**  
**CUESTIONARIO**  
**PARA PACIENTES**

**CUESTIONARIO "MONTREUX" DE CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES CON ESTOMAS.**

En este cuestionario le presentamos una serie de preguntas relacionadas con la competencia y comportamientos que son relevantes para valorar la calidad de vida de pacientes con estomas. Marque la respuesta que desea responder con un círculo y para confusiones o rectificaciones márkuela con una X y señale la respuesta correcta.

**Sección 1: CALIDAD DE VIDA**

1. ¿Hasta qué punto se encuentra fuerte?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
----------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo	0	1	2	3	4	Excelente
----------	---	---	---	---	---	-----------

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil	0	1	2	3	4	Muy fácil
------------	---	---	---	---	---	-----------

9. ¿Hasta que punto usted lo pasa bien (hobbies, entretenimiento vida social)?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

10. ¿Come a gusto?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

11. ¿Hasta que punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina, otras tareas)?

Nada	0	1	2	3	4	Mucho
------	---	---	---	---	---	-------

12. ¿Come usted lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente	0	1	2	3	4	Totalmente suficiente
-------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

13. ¿Hasta que punto se siente útil?

Nada	0	1	2	3	4	Muy útil
------	---	---	---	---	---	----------

14. ¿Hasta que punto se siente feliz?

Nada	0	1	2	3	4	Muy feliz
------	---	---	---	---	---	-----------

15. ¿Hasta que punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada	0	1	2	3	4	Muy satisfactoria
------	---	---	---	---	---	-------------------

16. ¿Hasta que punto nota usted dolor?

Nada	0	1	2	3	4	Insoportable
------	---	---	---	---	---	--------------

17. ¿Con que frecuencia nota usted dolor?

Nada	0	1	2	3	4	Continuamente
------	---	---	---	---	---	---------------

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala	0	1	2	3	4	Excelente
----------	---	---	---	---	---	-----------

19. ¿Hasta que punto tienes miedo de olores y pérdidas producidas por el estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo miedo
------	---	---	---	---	---	-----------------

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares son suficientes para sus necesidades?

Totalmente suficiente	0	1	2	3	4	Del todo suficiente
-----------------------	---	---	---	---	---	---------------------

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada	0	1	2	3	4	Mucho
------	---	---	---	---	---	-------

22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada	0	1	2	3	4	Muchísimo
------	---	---	---	---	---	-----------

23. A pesar de mi estoma, creo que llevo una vida normal.

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

### Sección 2: AUTOSUFICIENCIA

Hasta qué punto se siente seguro para:

24. Limpiarse el estoma

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

25. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

26. Tirar su bolsa

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

27. Obtener sus bolsas de recambio

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

28. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada	0	1	2	3	4	Totalmente
------	---	---	---	---	---	------------

### Sección 3: CUESTIONES GENERALES

29. ¿Hay veces que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma?

Nada	0	1	2	3	4	A veces
------	---	---	---	---	---	---------

30. ¿Puedo seguir haciendo todo lo que hacia antes de tener el estoma?

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

31. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de acuerdo	0	1	2	3	4	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

32. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

33. Mi familia y mis amigos son sensible a mis necesidades personales.

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

34. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme.

Nunca	0	1	2	3	4	Siempre
-------	---	---	---	---	---	---------

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**ANEXO II:**  
**CONSENTIMIENTO**  
**INFORMADO**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proporcionar a los participantes, que formen parte de esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por cinco estudiantes de tercero de Enfermería de la Universidad de Burgos. La meta de este estudio es conocer la calidad de vida de pacientes oncológicos colostomizados.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas a través de una encuesta autoadministrada. Esto tomará aproximadamente diez minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los resultados, los cuestionarios se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por cinco estudiantes de Tercero de Enfermería de la Universidad de Burgos. He sido informado de que la meta de este estudio es dar a conocer las características de la calidad de vida de los pacientes oncológicos colostomizados.

**Fecha:**

**Firma de la participante:**