



**Universidad  
Europea**

**Grado en ENFERMERÍA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**IMPACTO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EII  
SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON  
RESTRABLECIMIENTO DEL TRÁNSITO INTESTINAL**

**Presentado por: Laura Gómez Mendoza**

**Tutora: Paloma Marín Vivanco**

**Valencia, 2024**

## **RESUMEN**

Cada año, los casos de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) aumentan rápidamente en todo el mundo. La atención de la Calidad de vida Relacionada con la Salud (CVRS) es crucial pero a veces carece de énfasis, siendo fundamental para el manejo efectivo de la enfermedad. La cirugía es considerada como la última opción para muchos de estos pacientes, quienes se enfrentan al avance negativo de la enfermedad y, en consecuencia deben someterse a una colectomía total. Por tanto, el objetivo que se plantea en el trabajo consiste en analizar la calidad de vida en pacientes con EII, intervenidos de resección intestinal, ahondando en la calidad de vida social, sexual, física, emocional, nutricional y laboral. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica empleando las bases de datos Pubmed, Google académico, Science Direct y Scopus con la finalidad de obtener artículos científicos de interés. Los resultados apuntan por tanto, que tras la cirugía intestinal, la calidad de vida de los pacientes se ve afectada de diversas maneras. En caso de la ileostomía, las preocupaciones sobre la incontinencia fecal pueden tener un impacto significativo en la vida social. Por otro lado, tras la anastomosis puede mejorar la calidad de vida social, pero algunos pacientes pueden experimentar problemas de disfunción sexual. Tanto la calidad de vida física como emocional se ven influenciadas por la cirugía, con la anastomosis mostrando resultados generalmente mejores. Además la nutrición se vuelve vital tras la cirugía, lo que requiere cambios y adaptaciones en la dieta, y las hospitalizaciones, así como las ausencias al trabajo pueden afectar la calidad de vida laboral. Por ello, podemos concluir que la calidad de vida de los pacientes con EII sometidos a resección intestinal depende de diversos factores, viéndose notablemente afectados los aspectos sociales y sexuales. Resulta fundamental brindar un seguimiento especializado, holístico y personalizado para mejorar el bienestar de estos pacientes a lo largo de la cronicidad de la EII.

**Palabras clave:** Enfermedad inflamatoria Intestinal, Calidad de Vida, anastomosis, ileostomía, resección intestinal, colectomía.



## **ABSTRACT**

Each year, cases of Inflammatory Bowel Disease (IBD) are rapidly increasing worldwide. Health-related quality of life (HRQoL) care is crucial but sometimes lacking in emphasis, being fundamental for effective disease management. Surgery is considered the last option for many of these patients, who face negative disease progression and consequently must undergo total colectomy. Therefore, the aim of this study is to analyze the quality of life in patients with IBD who have undergone intestinal resection, delving into the social, sexual, physical, emotional, nutritional and occupational quality of life. For this purpose, a bibliographic review was carried out using the Pubmed, Google Scholar, Science Direct and Scopus databases in order to obtain scientific articles of interest. The results show that after intestinal surgery, the quality of life of patients is affected in different ways. In the case of ileostomy, concerns about fecal incontinence can have a significant impact on social life. On the other hand, after anastomosis, social quality of life may improve, but some patients may experience problems with sexual dysfunction. Both physical and emotional quality of life are influenced by surgery, with anastomosis showing generally better results. In addition, nutrition becomes vital after surgery, requiring dietary changes and adaptations, and hospitalizations as well as absences from work can affect quality of work life. Therefore, we can conclude that the quality of life of patients with IBD undergoing intestinal resection depends on several factors, with social and sexual aspects being notably affected. It is essential to provide a specialized, holistic and personalized follow-up to improve the well-being of these patients throughout the chronicity of IBD.

**Key words:** Inflammatory Bowel Disease, Quality of Life, anastomosis, ileostomy, intestinal resection, colectomy.

**ABREVIATURAS**

A. C	Antes de Cristo	IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
ACCU	Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa	IIEF	International Index of Erectile Function
AIA	anastomosis ileoanal	L.P.M	Latidos por minuto
AIR	anastomosis ileorrectal	MDI	Major Depression Inventory
BIQ	Body Image Questionnaire	MESH	Medical Subject Headings
CGQL	Cleveland Global Quality of Life	MOS-SFS	Medical outcomes study sexual functioning scale
CU	Colitis ulcerosa	PDS	Posttraumatic Diagnosis Scale
CV	Calidad de vida	PICO	Población; Intervención; Comparación; Resultados
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud	PISQ	Prolapse Incontinence Sexual Questionnaire
DeCS	Descriptor en Ciencias de la Salud	SEMI	Sociedad Española de Medicina Interna
EII	Enfermedad Inflamatoria Intestinal	SF- 36	Short Form- 36
EQ-5D	European Quality of Life 5- Dimensions	SF-12	Short Form- 12
EVA	Escala Visual Analógica	TNF	Factor Necrosis Tumoral
FFQ	Food Frequency Questionnaire	OMS	Organización Mundial de la Salud
FSFI	Female Sexual Function Index	ONU	Organización de las Naciones Unidas
GETECCU	Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.	TFG	Trabajo fin de grado
GETEII	Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal	VSG	Velocidad sedimentación globular
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	WHO- HPQ- AP	WHO Work Performance Questionnaire- Absenteeism and Presenteeism



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 EII: COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN .....	1
1.1.1 COLITIS ULCEROSA .....	1
1.1.2 ENFERMEDAD DE CROHN .....	2
1.2. OPCIONES QUIRURGICAS .....	2
1.2.1 ANATOMIA DEL COLON .....	6
1.3 CALIDAD DE VIDA .....	7
1.3.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	8
1.3.2 INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA CALIDAD DE VIDA.....	8
1.4 Justificación .....	9
2. HIPÓTESIS .....	11
2.1 HIPÓTESIS GENERAL .....	11
2.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	11
3. OBJETIVOS .....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	11
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO .....	11
4. METODOLOGÍA.....	13
4.1 Criterios de elegibilidad .....	13
4.2 Fuentes de información consultadas .....	13
4.3 Estrategia de búsqueda .....	14
4.4 Criterios de inclusión y exclusión .....	16
4.5 Calidad metodológica.....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSION.....	27
7. CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS.....	41
ANEXO 1 .....	41



## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1: Una reevaluación de la anastomosis ileorrectal en la colitis ulcerosa.....	4
Ilustración 2: Una reevaluación de la anastomosis ileorrectal en la colitis ulcerosa.....	5
Ilustración 3: El colon .....	6
Ilustración 4: Colitis ulcerosa.....	7
Ilustración 5: Objetivos generales y específicos .....	12

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda .....	14
Tabla 2: Tabla de resultados.....	18
Tabla 3: Nivel de impacto de las revistas .....	41

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 EII: COLITIS ULCEROSA Y ENFERMEDAD DE CROHN**

La Enfermedad inflamatoria intestinal engloba tanto a la colitis ulcerosa (CU) como a la enfermedad de Crohn (EC). La enfermedad puede limitarse al colon y recto, denominándose colitis ulcerosa o puede extenderse por el tracto digestivo desde la boca hasta el ano, siendo conocida como enfermedad de Crohn. En ambos casos, la etiología continúa siendo desconocida y el origen es multifactorial (González-Álvarez et al., 2022). Actualmente, gracias a los avances científicos se tiene mucha más información acerca del origen, diagnósticos y tratamientos. A día de hoy se ha investigado sobre los factores agravantes, pero no causales, llegando a la conclusión de que el sistema inmunitario y el factor hereditario, aunque este en menor medida, juegan un papel importante en el desarrollo de la enfermedad (*Síntomas y causas - Mayo Clinic*, s. f.).

En 2017, la Confederación ACCU Crohn y Colitis Ulcerosa publicó datos sobre la incidencia de las EII en España, en las que afirmaban que anualmente había un incremento del 2,5% de nuevos casos. Esto suponía aproximadamente que en nuestro país 150.000 personas luchaban contra esta enfermedad detectándose 2000 nuevos casos cada año. Recientemente, los datos son aún más alarmantes ya que el número de casos aumenta a 360.000 personas, lo que supone 10.000 nuevos diagnósticos de EII cada año en España (*La enfermedad inflamatoria intestinal crece un 2,5% cada año en España*, s. f.).

Desde un punto de vista más global, países europeos como Alemania, Reino Unido, Francia e Italia junto con España y Estados Unidos y Japón, la prevalencia ha aumentado un 2,8% y se estima que en 2021 pudo incrementar hasta un 2,9%. Los casos de CU continúan siendo superiores respecto a los casos de EC con aproximadamente un 67% y un 33% respectivamente.

Europa Occidental y Norte-América reportan la mayor incidencia y prevalencia con cifras entre 150 y 550 casos/ 100000 habitantes, en cambio países de Latinoamérica, asiáticos y de Europa Oriental presentan las menores tasas.

La EII en comparación con otras enfermedades, presenta tasas de mortalidad bajas y están asociadas mayoritariamente a complicaciones derivadas de las intervenciones quirúrgicas (González-Álvarez et al., 2022).

#### **1.1.1 COLITIS ULCEROSA**

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal que se manifiesta en forma de inflamación y úlceras que dañan la mucosa, la capa más interna del intestino grueso (colon) y recto. Esta enfermedad, en la mayoría de los casos no se da de manera inmediata, sino que pueden pasar años hasta la aparición de los primeros síntomas.

Se manifiesta igualmente tanto en hombres como mujeres, siendo los principales factores de riesgo la edad, raza y antecedentes familiares. Afecta principalmente a población joven < 30 años, sin embargo, puede manifestarse a cualquier edad. Las personas de raza blanca también son vulnerables, así como familiares cercanos que hayan sido diagnosticados previamente (*Síntomas y causas - Mayo Clinic, s. f.*).

La colitis ulcerosa fue descrita por primera vez como una forma de diarrea no contagiosa en el año 640 A.C. Sin embargo, no fue hasta el año 1859 cuando el Dr. Wilks mencionó por primera vez el término de colitis ulcerosa tras realizarle una autopsia a una mujer que llevaba unas cuantas semanas con diarrea sanguinolenta. Años después, un cirujano general del ejército, aportó información más concreta sobre esta enfermedad, lo que ayudó a poder diferenciarla de otras patologías que afectaban al colon. En 1909 tuvo lugar en Londres el primer estudio sobre CU, para ello se recogieron datos de 300 personas. Por aquel entonces, la causa de la enfermedad se desconocía por completo y en consecuencia no se sabía el tratamiento que debían recibir estas personas. Se llevaron a cabo estudios para descartar un origen infeccioso, aunque en el siglo XIX se descartó que la colitis ulcerosa fuese contagiosa. Se llegó a decir que el posible origen era la alergia a la leche de vaca, o incluso una respuesta fisiológica de nuestro organismo ante situaciones estresantes (Arévalo, s. f.).

### **1.1.2 ENFERMEDAD DE CROHN**

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica que a diferencia de la CU no se limita a colon y recto, sino que afecta a cualquier parte del tracto digestivo, siendo la parte final del intestino delgado y el colon las más perjudicadas.

La historia de esta enfermedad fue descrita en 1769 por Giovanni Battista tras realizarle la autopsia a un joven cuya causa de muerte había sido diarrea y debilidad. Sin embargo, no fue hasta 1932 cuando tomó el nombre de enfermedad de Crohn, debido a una publicación del doctor Crohn. En dicha publicación se mencionaba a 14 personas con un historial de proceso inflamatorio hipertrófico que dañaba el íleon terminal y pudo clasificarse por primera vez en 4 tipos de afectaciones.

La EC es frecuente diagnosticarla en personas de entre 15 y 30 años con síntomas similares en hombres y mujeres. Es más incidente en la raza blanca y en el norte de Europa y Estados Unidos, así como en las zonas urbanas en comparación con las zonas rurales (González-Álvarez et al., 2022).

### **1.2. OPCIONES QUIRURGICAS**

El primer instrumento para observar el recto y el sigma , el rectosigmoidoscopio, fue diseñado por Kelly en 1894. Más adelante, en 1928, la fabricación del endoscopio flexible permitió examinar mayor longitud del colon, llegando hasta el ciego. Finalmente, en 1963 la fibra



óptica revolucionó la industria permitiendo observar el colon con luz y la toma de biopsias. El tratamiento también ha ido evolucionando con el paso del tiempo. El primer tratamiento quirúrgico realizado en 1902, consistía en una apendicectomía con el empleo de permanganato de potasio como contraste. Más tarde, en 1938 comenzaron a emplearse las sulfasalazinas y al poco tiempo los antibióticos, pero no fue hasta 1950 cuando el uso de los esteroides tuvieron un impacto positivo en el tratamiento de la EII (Arévalo, s. f.).

Como se ha mencionado anteriormente, el tratamiento farmacológico ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Hoy en día los fármacos más utilizados son los aminosalicilatos, esteroides, inmunomoduladores o agentes biológicos. La opción quirúrgica queda reservada en casos en los que el tratamiento farmacológico no haya sido efectivo o suficiente, en displasia o cáncer y en situaciones como hemorragia severa o continua, megacolon tóxico o colitis fulminante (Fonseca Ureña, 2017).

En los años 80, la coloproctectomía total e ileostomía terminal era la técnica de elección para curar la enfermedad en su totalidad, sin embargo, no resultó ser una opción muy acertada debido a que los pacientes debían vivir el resto de su vida con un estoma permanente. Es por ello, que a lo largo del tiempo se han ido desarrollando técnicas para conservar el tránsito y la continuidad intestinal como la coloproctectomía con reservorio ileoanal o la colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal (AIR) (Favorin et al., s. f.). Actualmente, la colectomía subtotal por lo general, es el tipo de cirugía que se lleva a cabo inicialmente en casos de EII, en la que se extirpa el colon preservando el recto para unirlo finalmente al colon. Esta intervención puede realizarse de manera urgente o electiva y está indicada principalmente en pacientes que a pesar de llevar tiempo sometidos a tratamiento farmacológico, continúan teniendo síntomas a largo plazo. Otra intervención que ha ido ganando peso recientemente es la pancreatectomía, en la que a diferencia de la colectomía subtotal se extirpa el colon y el recto conservando únicamente el esfínter anal y confeccionando posteriormente lo que se denomina la anastomosis ileoanal (AIA). Es actualmente la técnica de elección como tratamiento quirúrgico de la EII, obteniéndose resultados funcionales buenos y una calidad de vida adecuada. A lo largo de los años, la AIA se ha realizado de muchas formas con tal de obtener los mejores resultados, con lo que es fácil encontrar en diversas revistas y estudios que la técnica se ha realizado confeccionando diferentes reservorios ileales (siendo actualmente el reservorio en J el más empleado), técnicas anastomóticas y varios métodos de disección (Scoglio et al., 2014). La decisión de conservar el recto o no dependerá de numerosos factores que han de ser valorados conjuntamente entre los profesionales para garantizar una calidad de vida adecuada al paciente (Prathivadi Bhayankaram et al., 2023).

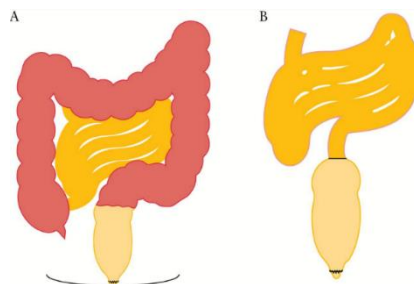
La colectomía puede ser una intervención única que conlleva una ileostomía permanente, sin embargo esto puede suponer un gran impacto en la imagen y calidad de vida de los pacientes. Para evitar un estoma definitivo, pasados aproximadamente 6 meses tras la colectomía los pacientes tienen la opción de someterse a una segunda operación para la realización de una anastomosis (Tonelli et al., 2016). Inicialmente y gracias a Stanley O. Aylett

(EII. Se puede realizar con garantías una anastomosis ileorrectal en la cirugía de la colitis ulcerosa?, s. f.) como principal precursor de esta técnica los pacientes se sometían únicamente a una AIR, pero al poco tiempo se observaron complicaciones como proctitis, displasia o carcinoma de recto que hicieron que los médicos empezasen a cuestionarse esta técnica. Con el transcurso del tiempo, la AIA comenzó a realizarse como alternativa a la AIR, con la ventaja de que al extirpar todo el colon y recto las probabilidades de padecer cáncer o displasia eran mínimas. Igualmente vieron que el riesgo de complicaciones era bastante alto, destacando la reservoritis, inflamación e incontinencia entre otras (Tonelli et al., 2016).

La AIR es una buena elección de tratamiento sobre todo en población joven, ya que supone menor riesgo de disfunción urinaria y sexual y baja tasa de fertilidad. La operación es más sencilla que la AIA y además a largo plazo los pacientes tienen mejor continencia y menos movimientos intestinales. Además, la AIR cuenta con la ventaja de que no es una intervención definitiva, sino que siempre hay tiempo de reintervenir a la persona ante cualquier complicación que amenace la integridad de la anastomosis. Como inconvenientes se debe recalcar que la vigilancia debe ser más estricta con revisiones anuales y terapias de mantenimiento, el riesgo de enfermedad recurrente y neoplasia de recto aumentan y la urgencia incrementa, lo que supone restricciones dietéticas y laborales. No obstante, los resultados a largo plazo son similares tanto en AIR como en AIA (Scoglio et al., 2014).

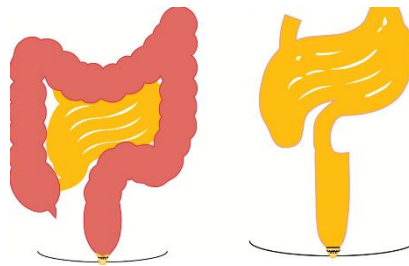
La AIR es funcional en un 81% a los 5 años, un 74% a los 10 años, un 56% a los 15 años y un 46% a los 20 años (Scoglio et al., 2014). Además, en un estudio publicado en 2016 el 97,9% de los pacientes estaban contentos con la AIR, frente al 87,7% que estaban más satisfechos con la AIA. Por lo tanto cabe destacar que la AIR es una intervención segura y estadísticamente se ha demostrado que cursa con menos complicaciones a corto y largo plazo, lo que implica una mejor calidad de vida en los pacientes con EII (Tonelli et al., 2016).

*Ilustración 1: Una reevaluación de la anastomosis ileorrectal en la colitis ulcerosa*



*Nota:* Colectomía subtotal [A] y anastomosis ileorrectal [B]. Tomado de (Myrelid & Øresland, 2015).

Ilustración 2: Una reevaluación de la anastomosis ileorrectal en la colitis ulcerosa



Nota: Proctocolectomía [A] y anastomosis anal con bolsa ileal [B]. Tomado de (Myrelid & Øresland, 2015)

La población con EII que debe someterse a una intervención quirúrgica se trata generalmente de gente joven con altas demandas de calidad de vida. Dependiendo de la situación de cada persona, suele realizarse una anastomosis ileorrectal o ileoanal en una sola operación o bien confeccionar una ileostomía temporal derivativa y posteriormente hacer la anastomosis. En ambos casos la calidad de vida va a estar afectada y disminuida en mayor o menor medida, pero sobre todo tratándose de gente joven el objetivo es conseguir una vida sin estoma (EII. *Se puede realizar con garantías una anastomosis ileorrectal en la cirugía de la colitis ulcerosa?*, s. f.).

Se define estoma como una abertura realizada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera permitiendo la salida de heces u orina por un orificio artificial. Este puede ser permanente o temporal (*Estomas*, s. f.). A lo largo de este trabajo se mencionará la ileostomía, como un tipo de estoma que se realiza cuando a una persona le extirpan el colon como tratamiento ante la EII.

La ileostomía, como cualquier estoma supone un gran impacto físico, mental y social. Es imprescindible preparar mentalmente a la persona y fomentar la educación desde el primer día, ya que se ha visto que ciertas herramientas de afrontamiento son efectivas en un 85% de las personas. Cuando los pacientes se ven por primera vez con un estoma se plantean muchas preguntas sobre que pueden o que no pueden hacer a partir de ese momento. La ileostomía va a repercutir en el estado de ánimo, la autoestima, la comunicación, el estigma, en su imagen y al mismo tiempo las dudas sobre alimentación, deporte, vida laboral, sexualidad y relaciones sociales van a estar muy presentes. Es fundamental el acompañamiento familiar pero sobre todo profesional, en el que la figura de la enfermera estomaterapeuta es esencial para humanizar el proceso de la enfermedad y tranquilizar al paciente (Preciado Herrera et al., 2023).

Durante las primeras semanas con la ileostomía, los pacientes encuentran bastante difícil adaptarse a la rutina diaria que seguían antes de someterse a la colectomía, sin embargo cabe destacar la importancia de la realización de un estoma temporal ya que las probabilidades

de que haya alguna complicación aumentan si tras la colectomía se lleva a cabo directamente una anastomosis ileorrectal primaria (*GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIÓN.pdf*, s. f.).

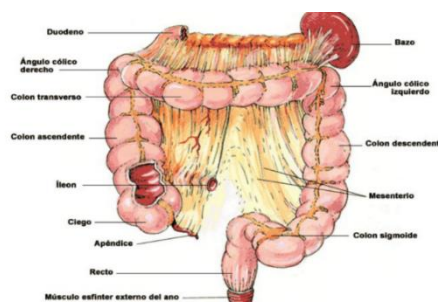
La calidad de vida tras la anastomosis ileorrectal depende de varios factores como son la cantidad de deposiciones, la urgencia, remisiones, filtraciones nocturnas, las fugas anastomóticas y la comorbilidad que se verá empeorada en casos de inflamación de recto (proctitis). La principal ventaja a destacar de la realización de una AIR en población joven es la conservación de la fertilidad en las mujeres y la función sexual en los hombres (Myrelid & Øresland, 2015). Esto se debe a que al conservar el recto, se evita dañar los nervios encargados del control de la micción y de la función sexual, hecho que puede ocurrir hasta en un 10% de las personas que se les extirpan el recto (Favorin et al., s. f.). Por otro lado, la principal desventaja y preocupación al conservar el recto es la probabilidad de desarrollar un cáncer. Se ha visto que durante los 10 primeros años tras la anastomosis es muy poco probable desarrollar una neoplasia, aunque a partir de entonces el riesgo aumenta ligeramente con el paso de los años. Sin embargo, este hecho ha estado asociado a una mala selección de los pacientes candidatos a dicha intervención, ya que la vigilancia insuficiente o la presencia de displasia o neoplasia de colon previa a la intervención habrían acelerado complicaciones rectales posteriores, excluyendo en estos casos la IRA como intervención principal (Myrelid & Øresland, 2015).

### 1.2.1 ANATOMIA DEL COLON

Es importante conocer la anatomía del colon para comprender de manera más detallada la colitis ulcerosa y los tratamiento quirúrgicos que voy a mencionar en el desarrollo del trabajo.

El colon, conocido también como intestino grueso, es una estructura tubular que conecta por un extremo con el intestino delgado y con el ano por el extremo inferior. Los alimentos parcialmente digeridos, trascurren gracias a los movimientos peristálticos desde el íleon hasta el ciego (principio del colon ascendente) donde gran parte del agua, nutrientes y electrolitos son absorbidos. El resto de los elementos no absorbidos, forman una masa sólida conocida como heces que trascurren a lo largo del colon ascendente, transverso y descendente, hasta depositarse en el recto para finalmente eliminarse por el esfínter anal (*Intestino grueso*, s. f.).

Ilustración 3: El colon



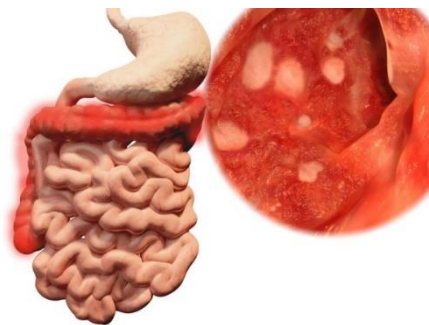
Nota: El colon con su mesenterio. Tomado de (López, 2014).

La colitis ulcerosa se manifiesta inicialmente y en un 50% de los pacientes en el recto y sigma. Estas dos porciones de colon se ven afectadas macroscópicamente en mayor medida y cabe destacar que el recto puede estar dañado en un 90% - 95% en su totalidad. Conforme nos alejamos del recto, la probabilidad de daño intestinal disminuye, suponiendo un 30% - 40% del total de los pacientes con lesiones en colon descendente o transverso y un 20% del total afronta una pancolitis, es decir, la totalidad del colon se vería afectada.

A nivel macroscópico, cuando la enfermedad es leve puede apreciarse una mucosa eritematosa y ligeramente inflamada, sin embargo, en casos de CU más avanzada las úlceras y la apariencia hemorrágica son más que evidentes.

En el 85% de los casos, la enfermedad se manifiesta en forma de una diarrea sanguinolenta mínima o moderada y el 15% restante de los casos la diarrea puede derivar en una colitis fulminante que agrave de manera repentina la salud de la persona. Por otro lado, son comunes otros síntomas como la rectorragia, tenesmo, dolor tipo cólico y heces con moco (Fonseca Ureña, 2017).

*Ilustración 4: Colitis ulcerosa*



*Nota:* Tomado de *Colitis ulcerosa*, por SEMI, <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/colitis-ulcerosa>.

### **1.3 CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad de vida ha ido evolucionando con el paso del tiempo entendiéndose de manera diferente en cada periodo histórico de la sociedad. En la Edad Media la calidad de vida estaba centrada en la higiene y salud pública, más adelante, tras la segunda guerra mundial este concepto hacía referencia al acceso a bienes materiales debido al desarrollo económico y las mejoras de las condiciones generales, posteriormente, la ONU en 1974 incluyó en este concepto indicadores de salud, alimentación, condiciones laborales, vivienda, tiempo libre, seguridad, educación y medio ambiente y finalmente, a finales de los 60 y principios de los 70 se empezó a vincular el concepto de calidad de vida con aspectos subjetivos como la felicidad o la satisfacción. Hoy en día el concepto de calidad de vida incluye dimensiones subjetivas y objetivas, centrándose en aspectos físicos, emocionales, laborales y educativos.

La OMS, define por tanto calidad de vida como “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Bautista-Rodríguez, 2017).

Esta definición engloba un concepto amplio valorado de manera multidimensional que comprende tres dimensiones principales: física, psicológica y social.

### **1.3.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

El concepto y evaluación de la CVRS tuvo lugar en el año 1950 mediante la utilización de la escala Karnofsky para aquellos pacientes que padecían cáncer. Esta escala evaluaba los aspectos físicos que determinaban el grado de independencia a la hora de realizar diversas actividades (Villasís-Keever, 2022).

Las consecuencias derivadas propiamente de la enfermedad afectan en mayor medida a la CVRS, sin embargo también son determinantes factores extrínsecos como la calidad del medio ambiente, el acceso a servicios públicos y la posesión de bienes, así como factores intrínsecos que comprende las creencias, prácticas y aspectos espirituales-religiosos.

La CVRS es prioritaria en salud pública y presenta un gran impacto en enfermedades crónicas como es el caso de la EII mencionada en dicho TFG, ya que repercute en aspectos tanto físicos como emocionales que fluctúan a lo largo del tiempo tendiendo a evolucionar negativamente (Vásquez-Morales & Horta Roa, 2018). Cabe destacar la importancia de tener en cuenta de forma habitual la CVRS en el proceso de atención, favoreciendo así una comunicación efectiva entre médico – paciente y haciéndoles partícipes de la toma de decisiones con el objetivo de mejorar su satisfacción, eliminar las inseguridades e incrementar la calidad de vida (Villasís-Keever, 2022).

### **1.3.2 INSTRUMENTOS QUE MIDEN LA CALIDAD DE VIDA**

Para valorar el estado del paciente y las manifestaciones digestivas antes y después de someterse a una cirugía, pueden emplearse instrumentos para medir la calidad de vida.

Los cuestionarios clásicos para medir la calidad de vida son el SF-36 Y SF-12. Estos cuestionarios son empleados para evaluar la CVRS y a pesar de que no son específicos de la EII se han utilizado en algunos estudios relacionados. Por otro lado, cabe mencionar el cuestionario IBDQ-32, específico de la EII que aporta información sobre el índice de gravedad y actividad de la enfermedad. Ha demostrado ser un cuestionario con un alto grado de fiabilidad y validez que permite valorar el bienestar del paciente en el momento del diagnóstico y hacer una reevaluación transcurrido un tiempo.

Para valorar las manifestaciones digestivas y el estado del paciente, se emplean una serie de índices. Esta herramienta permite obtener una puntuación sobre el grado de afectación

de la patología y comprobar la evolución de la enfermedad. El índice de Walmsley es específico para la CU y puntúa variables como el número diario de deposiciones, deposiciones nocturnas, la urgencia, la sangre en heces, el estado general y las manifestaciones extradigestivas. Otro índice específico para la CU es el índice de Mayo, que evalúa parámetros como la frecuencia de las deposiciones, hemorragia rectal, hallazgos endoscópicos y valoración global. El índice de Truelove y Witts es muy empleado para determinar la gravedad de la colitis ulcerosa y tiene en cuenta el número de evacuaciones diarias, la presencia de sangre, la temperatura corporal y el pulso.

Por último, es relevante mencionar la clasificación de Montreal para EII. Actualmente tiene muy buena aceptación y es considerada un buen recurso para definir la distribución de la enfermedad. Presenta dos apartados de los cuales el primero de ellos define la extensión de la enfermedad mediante la letra E. Así pues, E1 significa proctitis ulcerosa limitada al recto; E2 hace referencia a colitis izquierda o CU distal con afectación distal al ángulo esplénico; y, E3 que significa CU extensa/pancolitis con afectación proximal al ángulo esplénico. Por otro lado, el segundo apartado hace referencia a la gravedad (severity) definida mediante la letra S. De este modo S0 significa remisión clínica asintomático; S1 significa leve, cuatro o menos deposiciones diarias con o sin sangre, ausencia de síntomas sistémicos y marcadores de inflamación normales; S2 sería moderada, cinco o más deposiciones diarias, pero con mínimos signos de afectación sistémica; y, S3 significa grave, al menos seis deposiciones diarias, taquicardia de más de 90 L.P.M, temperatura de más de 37,5 °C, hemoglobina menor de 10,5 g/100 ml y VSG mayor de 30 mm/h.

Finalmente, es importante destacar la valoración de enfermería teniendo en cuenta los patrones de Gordon o las necesidades de Virginia Henderson. Esto nos va a permitir establecer diagnósticos y programar objetivos e intervenciones acordes con las necesidades que se evaluarán con posterioridad. Es fundamental recoger datos sobre el dolor, mediante la escala EVA, el número de deposiciones, la consistencia, la presencia de moco, pus o sangre, la urgencia, el tenesmo, etc (*GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIÓN.pdf*, s. f.).

#### **1.4 Justificación**

Cada año puede observarse una rápida evolución de los casos de EII en prácticamente todo el mundo. La CVRS es un aspecto que carece de la atención suficiente, pero es crucial para mejorar el pronóstico de estos pacientes de tal manera que les permita tener mejor aceptación y control de su enfermedad. En el ámbito hospitalario, la mayoría de la información se limita a notificar a los pacientes con EII las posibles opciones quirúrgicas y como va a mejorar en mayor o menor medida su CV antes y después de la colectomía, pero escasas veces se aporta la información suficiente o no se realiza un seguimiento adecuado sobre la CV a lo largo de los años de las personas ostomizadas o con anastomosis. La mayoría de los afectados son personas jóvenes entre 20-40 años en edad fértil, con preocupaciones laborales y con una vida social activa, lo que implica que el hecho de someterse a una intervención quirúrgica por EII suponga

muchas limitaciones, complicaciones y preocupaciones. El seguimiento de estos pacientes y la especialización como en el caso de la enfermera estomaterapeuta es esencial para que puedan sentirse acompañados a lo largo de la cronicidad de la EII y mejorar así su CV.

La EII, al fin y al cabo es algo que puede afectarnos de manera directa o indirecta a cualquier persona y en cualquier momento. Se trata además, de un problema de salud grave y no tan conocido en nuestra sociedad y se ahonda en la importancia de ofrecer una visión holística e individualizada de cada paciente, permitiendo una atención personalizada y humanizada que cubra las necesidades de esta patología, con el fin de visibilizar y conseguir una mejor calidad de vida en los pacientes que padecen EII. De este modo, se enfatiza en que la salud es fundamental, pero la calidad de vida es primordial entendida como un concepto multidimensional en un contexto individual, social y familiar.

Por lo tanto, el propósito del presente TFG pretende evaluar el grado de afectación de las diversas esferas de calidad de vida de aquellas personas con EII sometidas a resección intestinal, intervenidas por el desfavorable progreso de la enfermedad.



## **2. HIPÓTESIS**

### **2.1 HIPÓTESIS GENERAL**

La hipótesis que se plantea en este trabajo, consiste en demostrar que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sometidos a resección intestinal debido al avance negativo de la enfermedad, tienen a largo plazo un gran impacto en su calidad de vida.

### **2.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA**

La realización inicial una ostomía, así como una posterior anastomosis intestinal afecta a varias dimensiones de la calidad de vida como son el bienestar social, físico, psicológico, sexual, nutricional y laboral.

Las hipótesis secundarias que se plantean son las siguientes:

- Los pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad tienen gran afectación en sus relaciones sociales y sexuales.

- Los pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad tienen gran afectación en su salud física y psicológica.

- Los pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad tienen gran afectación en sus hábitos nutricionales.

- Los pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad tienen gran afectación en el ámbito laboral.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general que se pretende conseguir con la presente revisión bibliográfica consiste en analizar la calidad de vida en pacientes con EII que han sido sometidos a resección intestinal por el avance negativo de la enfermedad.

### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

De este objetivo general se derivan otros más específicos como conocer y estudiar la calidad de vida sexual, nutricional, social, psicológica y laboral siendo algunos de los aspectos que afectan principalmente a la población más joven.

Los objetivos secundarios que se plantean son los siguientes:

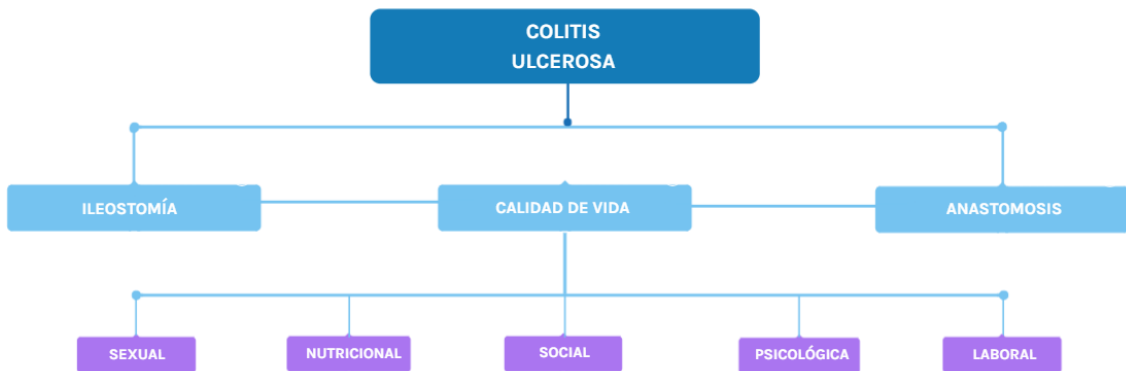
- Analizar la calidad de vida en la esfera social y sexual de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.

- Analizar la calidad de vida en la esfera física y psicológica de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.

- Analizar la calidad de vida nutricional de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.

- Analizar la calidad de vida laboral de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.

*Ilustración 5: Objetivos generales y específicos*



*Nota:* El esquema representa los objetivos generales y específicos del TFG. Elaboración propia.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Criterios de elegibilidad**

La pregunta que impulsó la elaboración del presente trabajo de fin de grado se llevó a cabo empleando el modelo PICO, siendo el formato más comúnmente utilizado por los profesionales de la salud como estrategia de búsqueda para la formulación de preguntas clínicas estructuradas. Las siglas abarcan cuatro componentes: paciente (P), intervención (I), comparación (C) y resultados (O). La pregunta resultante de dicho trabajo se compone de los siguientes elementos: paciente, intervención y resultados, excluyendo la comparación ya que no responde al objetivo del trabajo. Por lo tanto, finalmente para la pregunta de investigación fue empleado el modelo PIO.

**P:** paciente con EII adulto-joven.

**I:** ileostomía y anastomosis tras colectomía por EII.

**O:** afectación de la calidad de vida.

Pregunta de investigación resultante:

¿Qué afección tienen en la CV los pacientes con EII sometidos a colectomía total?

### **4.2 Fuentes de información consultadas**

Las bases de datos bibliográficas empleadas en la búsqueda de información para la realización del presente TFG han sido PubMed, Science Direct, Scopus y Google Académico, siendo PubMed la base de datos de la cual se han obtenido la mayor parte de los artículos seleccionados para la revisión. Desde un primer momento se decidió realizar las búsquedas en un rango de publicación de 10 años, es decir, de 2013 a 2023. En las cinco bases de datos se establece, por tanto, el siguiente filtro de búsqueda: “artículos publicados en los últimos 10 años” con el fin de obtener información actualizada, así como el filtro de idioma “inglés” o “español” siendo el inglés el idioma más destacado, razón por la cual, este es el idioma que más se ha optado a lo largo de la búsqueda del trabajo. Del mismo modo, se establece el filtro de búsqueda: “texto completo gratis” en la base de datos PubMed para acceder a artículos completos gratuitamente. Acerca de los artículos incluidos en las búsquedas, se aceptó cualquier tipo de texto científico.

Adicionalmente para las partes previas de la introducción del presente trabajo, se utilizaron otros recursos bibliográficos para aquellos apartados más descriptivos, así como para determinadas definiciones, como webs de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU), Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (GETEII).

### 4.3 Estrategia de búsqueda

Debido a la amplitud y diversidad temática del trabajo se hicieron variedad de búsquedas de información con el uso de diferentes palabras clave según el apartado a estudiar. Entre estas destacan “calidad de vida”/ “quality of life”; “enfermedad inflamatoria intestinal”/ “inflammatory bowel disease”; “colitis ulcerosa”/ “ulcerative colitis”; “enfermedad de Crohn”/ “Crohn disease”; “colectomía”/ “colectomy”; “ostomía”/ “ostomy”; “anastomosis”. Por otro lado, con la finalidad de acotar la búsqueda se agruparon términos de los descritos en una misma oración empleando los nexos “y”, “and”, “o” y “or”. Con la finalidad de hacer búsquedas más precisas con un vocabulario controlado, se utilizaron los tesauros DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings).

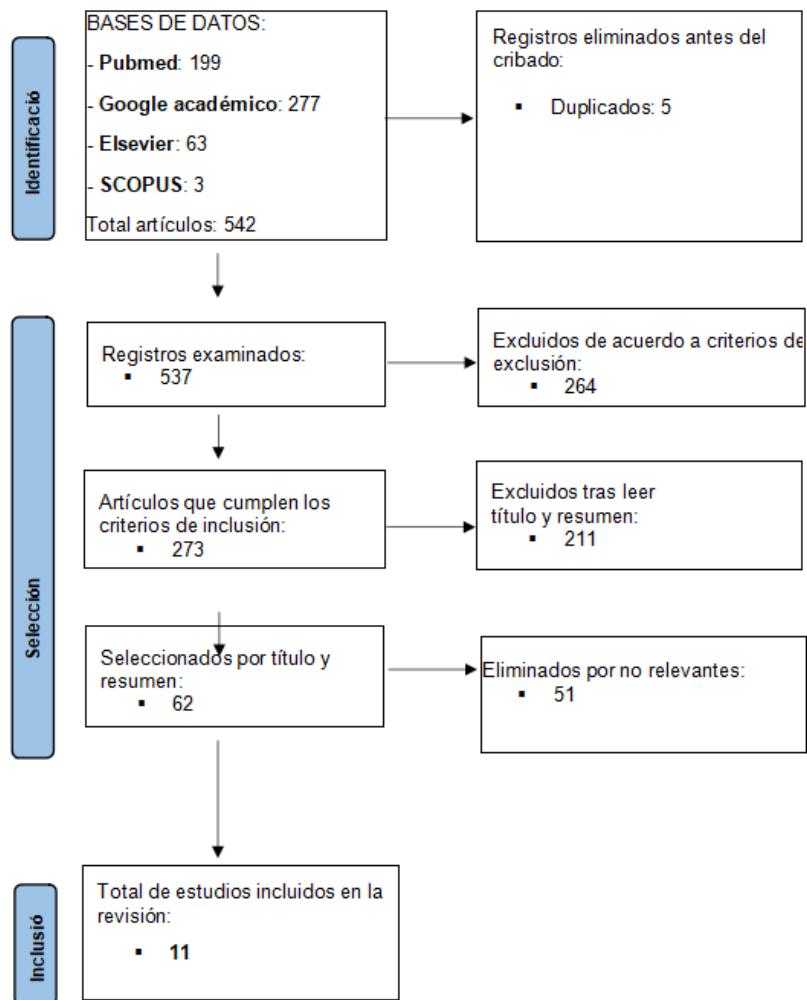
Tabla 1: Ecuaciones de búsqueda

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOLEANOS	REFERENCIAS ENCONTRADAS	REFERENCIAS TRAS CRIBADO	REFERENCIAS UTILIZADAS
Pubmed	“ulcerative colitis” AND “quality of life” AND “anastomosis” AND “ileostomy” AND “IBDQ”	3	2	1
	“inflammatory bowel disease” AND “quality of life questionnaire” AND “proctocolectomy” AND “J pouch”	80	11	1
	“ulcerative colitis” AND “Crohn disease” AND “lower quality of life” AND “stoma” AND “ileostomy” AND “depression”	45	28	1
	“inflammatory bowel disease questionnaire” AND “ulcerative colitis” AND “quality of life” AND “SF-36” AND “IBDQ”	55	17	1
	“ulcerative colitis” AND “pouch inflammatory” AND “diet”	16	5	1
	“ulcerative colitis” AND “colectomy”			

Google académico	AND "proctocolectomy" AND "IBDQ" AND "ileostomy" AND "anastomosis" OR "IPAA"	146	80	1
	"colitis ulcerosa" Y "enfermedad de Crohn" Y "calidad de vida" Y "comportamiento alimentario" Y "ileostomía" O "ostomía"	98	69	1
	"ulcerative colitis" AND "proctocolectomy" AND "sexual function" AND "IPAA surgery" AND "IIEF-5"	33	20	1
Elsevier	"quality of life" AND "ileal pouch" AND "ulcerative colitis"	27	26	1
	"ulcerative colitis" AND "anastomosis" AND "ileal pouch" AND "sexuality" OR "fertility"	36	19	1
SCOPUS	"inflammatory bowel disease" AND "quality of life" AND "ostomy" AND "job" OR "employee"	3	2	1

Una vez realizadas las búsquedas de artículos en las diversas bases de datos, se importaron los artículos de investigación al programa Zotero con el objetivo de administrar y citar las diversas referencias obtenidas a lo largo del trabajo.

Siguiendo las recomendaciones del método PRISMA, se elaboró un diagrama de flujo que representa de manera gráfica el proceso de búsqueda, identificación, clasificación y obtención de artículos relevantes para la elaboración de la presente revisión bibliográfica:



#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

A continuación se detallan los criterios empleados para incluir los artículos científicos en la revisión:

1. Pertenecer a cualquier clase de artículo científico
2. Haber sido publicado entre los años 2013-2023 (10 años)
3. Estar escritos en inglés o español
4. Con texto completo disponible
5. Estar aplicados a humanos
6. Pacientes jóvenes
7. Estudios sobre la colitis ulcerosa que incluyera la anastomosis o ileostomía

Por el contrario, los criterios que suponen la exclusión de la revisión son los siguientes:

1. Que no valoren la calidad de vida
2. Artículos duplicados
3. Personas con incapacidad para contestar cuestionarios sobre calidad de vida
4. Pacientes pediátricos

## 5. Artículos de pago

### **4.5 Calidad metodológica**

La calidad de los artículos recopilados para la revisión ha sido evaluada analizando el origen de cada uno de ellos. Este análisis ha consistido en verificar la base de datos de la que provenía cada estudio, ya citadas anteriormente, así como el impacto de la revista donde se encontraba publicado. El índice de impacto de cada revista se ha estudiado empleando el indicador de calidad científica Scimago Journal & Country Rank (SJR), primando que los artículos incluidos se encontraran en el primer (Q1) y segundo (Q2) cuartil. Excepcionalmente, 3 artículos pertenecen al cuarto cuartil (Q4) y 1 artículo revisado pertenece al tercer cuartil (Q3) , sin embargo, han sido seleccionados debido al interés de la información aportada (Tabla 3, anexo1). Además para analizar la validez de los hallazgos científicos de los artículos, se han empleado diversas herramientas de evaluación adaptadas al tipo de estudio realizado. De esta manera, la escala STROBE ha sido mayormente empleada para evaluar estudios de tipo transversal, prospectivo, comparativo y estadístico. Por otro lado, la escala ROBINSON-I se ha aplicado en dos estudios de naturaleza retrospectiva y la escala CASPE ha sido utilizada en un estudio de casos y controles.

## 5. RESULTADOS

En el presente trabajo de fin de grado, se examinaron un total de 11 artículos. De estos, el 33,3% corresponden a estudios prospectivos, mientras que el 25% son de diseño transversal. Además, el 16,66% son estudios comparativos y el 8,33% se clasifican como estudios estadísticos, descriptivos y observacionales respectivamente. Entre los resultados obtenidos, se evidenció una amplia variedad en el tamaño de las muestras utilizadas en los diferentes estudios. La muestra más pequeña consistió en 31 individuos, mientras que la muestra más grande contaba con 352 participante. El 45,45% de los artículos incluyeron a pacientes con anastomosis, por otro lado el 27,27% de los artículos incluyeron a pacientes con ostomía y otro 27,27% de los estudios integraron a pacientes con anastomosis e ileostomía.

Tabla 2: Tabla de resultados

AUTORES / AÑO/ PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE CUESTIONARIO	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS	EVIDENCIA CIENTÍFICA
(van der Valk et al., 2015)  Países Bajos	Transversal Prospectivo	IBDQ EQ-5D-3L	Estudio llevado a cabo mediante un cuestionario online para pacientes con EII de 18 o más años con invitaciones mediante cartas.	<b>IBDQ:</b> 1. Síntomas intestinales y sistémicos: <b>Puntuación superior en pacientes con ileostomía.</b> - 88 puntos - Ileostomía - 82 puntos - Anastomosis  2. Síntomas emocionales y sociales: <b>Puntuación superior en pacientes con anastomosis.</b> • 104 puntos - Anastomosis • 100 puntos - Ileostomía  <b>EQ-5D-3L:</b> - Movilidad (84% sin problemas), actividades habituales (61% sin problemas) y dolor/malestar (60% sin problemas): <b>Mejor porcentaje en pacientes con anastomosis.</b>	<b>Escala STROBE</b>  Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.
		N:163  Ileostomía (48)  Anastomosis (81)  Terapia anti-TNFX (34)	El estudio tuvo una duración de 2 años con un seguimiento cada 3 meses.  Ambos cuestionarios fueron respondidos por pacientes con ileostomía y con anastomosis		



				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad/depresión (79% sin problemas): <b>Mejor porcentaje en pacientes con ileostomía</b></li> <li>• Autocuidado (98% sin problemas): <b>Igual para ileostomía y anastomosis</b></li> </ul>	
(Tilio et al., 2013)  Brasil	Estadístico	IBDQ	<p>El estudio se basó en una entrevista en la que los participantes fueron informados previamente sobre el cuestionario y la divulgación posterior de los datos.</p> <p>Se incluyeron a candidatos de 18 o más años con un postoperatorio superior a 1 año.</p>	<p>En una pequeña encuesta realizada con el nombre de “satisfacción con el resultado quirúrgico” se obtuvieron los siguientes porcentajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 93,6% están satisfechos</li> <li>• 96,8% recomendaría la intervención.</li> </ul> <p><b>Puntuaciones más bajas en síntomas intestinales y sistémicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 42% se sienten satisfechos con los síntomas intestinales.</li> <li>• 74,2% se sienten fatigados.</li> </ul> <p><b>Puntuaciones más altas en aspectos sociales y emocionales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 58,1% no tuvieron problemas en acudir a la escuela/trabajo.</li> <li>• 64,5% nunca llegaron tarde ni tuvieron que cancelar citas.</li> <li>• 41,9% afirmó estar extremadamente satisfecho a nivel emocional.</li> </ul>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>
		N: 31 Anastomosis		<p>Los cuestionarios fueron enviados y respondidos</p> <p><b>Puntuaciones inferiores en ambos cuestionarios en</b></p>	

<p>(Exarchos et al., 2018)</p> <p>Grecia</p>	<p>Comparativo o Prospectivo</p>	<p>IBDQ CGQL</p> <hr/> <p>N: 47</p> <p>Cierre ileostomía con posterior confección de anastomosis</p>	<p>individualmente por cada persona. Se enviaron dos cuestionarios: el primero una semana antes del cierre de la ileostomía y el segundo 6-8 semanas tras el cierre de la ileostomía.</p> <p>Los participantes tenían edades comprendidas entre los 14-70 años.</p> <p>Ambos cuestionarios fueron respondidos por todos los participantes .</p>	<p><b>pacientes con ileostomía.</b></p> <p><b>IBDQ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ileostomía: 153,29 puntos.</li> <li>- Anastomosis: 178 puntos.</li> </ul> <p><b>CGQL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ileostomía: 17,42 puntos.</li> <li>- Anastomosis: 23,42 puntos.</li> </ul> <p>Tras la confección de anastomosis pueden observarse puntuaciones más altas con mejor CV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CV superior en mujeres.</li> <li>• &lt;20 años mejora de los síntomas con anastomosis.</li> <li>• Vida sexual mejora con anastomosis.</li> </ul>	<p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>
<p>(Brown et al., 2015)</p> <p>Canadá</p> <p>Reino Unido</p> <p>Australia</p>	<p>Transversal</p>	<p>IBDQ EQ-5D BIQ MOS-SFS HADS WHO-HPQ-AP</p> <hr/> <p>N: 351</p> <p>Tras la colectomía</p>	<p>El cuestionario fue autogestionado a través de un enlace web o por medio del correo (a través de correo convencional). En el estudio se incluyeron a pacientes con colectomía por CU realizada en los últimos 10 años (resultados a largo plazo).</p> <p>Se incluyeron a participantes de 18-65 años en el momento de la intervención.</p> <p>Todos los participantes contestaron a las diferentes herramientas de encuesta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 81% tuvo problemas de depresión, productividad laboral, dieta, imagen corporal y función sexual.</li> <li>• Mujeres tienen casi el doble de probabilidades de tener ansiedad que los hombres (39,1% y 21,4 % respectivamente ).</li> <li>• La imagen corporal supuso mayor impacto en mujeres y en &lt; 50 años, suponiendo entre un 21% y 34% “bastante” o “extremo” el</li> </ul>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>

				<p>impacto negativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 33% refirió disminución de la productividad laboral.</li> <li>• 34% muestra que la dieta interfirió moderadamente o mucho en su vida diaria.</li> </ul> <p><b>Tras la colectomía las restricciones dietéticas y la actividad laboral se vieron afectadas en mayor medida.</b></p>	
<p>(Rud et al., 2022)</p> <p>Dinamarca</p>	<p>Transversal poblacional</p>	<p>Stoma- QoL EQ-5D-5L MDI</p>	<p>Los pacientes respondieron los cuestionarios electrónicamente (89%) y por correo postal para aquellos sin acceso electrónico (11%).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El 23% de los pacientes ve su CV reducida casi todo el tiempo y la mayoría vacían la bolsa de 5-8 veces/día siendo algo negativo en su CVRS.</li> </ul> <p><b>Stoma-QoL: (58,8 puntos)</b></p> <p>La mayoría siempre o a veces estaban cansados (68%), siempre o a veces dormían mal (62%) y siempre o a veces necesitaban dormir por el día (59%).</p> <p><b>EQ-5D-5L: (75 puntos)</b></p> <p>Las mayores dificultades se centraban en la realización de actividades habituales (32%), seguido de la presencia de dolor/malestar (31%).</p> <p><b>MDI: (8 puntos)</b></p> <p>18% de las participantes se sentían deprimidos.</p>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>
		<p>N: 178</p> <p>Ileostomía</p>	<p>Se incluyeron participantes de más de 16 años con una media de edad de 58 años.</p> <p>Todos los participantes que tenían ileostomía en el momento de la encuesta, respondieron a los 3 cuestionarios.</p>		

				Los síntomas más frecuentes eran la falta de energía y dificultad para dormir por la noche.	
(Drozd et al., 2022)  Argentina	Descriptivo de corte transversal	Encuesta semiestructurada de 42 ítems	Los pacientes respondieron mediante una entrevista sobre la base de la encuesta planteada por los investigadores.  Se incluyeron participantes de más de 16 años, en concreto entre 33-65 años, con un tiempo desde la confección del estoma superior a 3 meses.  Todos los pacientes respondieron la encuesta planteada para el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 61,9% necesitó vaciar la bolsa por la noche.</li> <li>• 54,7% refirió tener miedo a pérdidas o fugas.</li> <li>• 33,3% refirió descanso nocturno insuficiente.</li> </ul> <p><b>Fuera del hogar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40,5% evitaban comidas copiosas.</li> <li>- 19,5% siempre realizaban ayuno.</li> <li>- 22% ayunaban frecuentemente.</li> <li>- 53,7% nunca ayunaba por actividades sociales.</li> </ul> <p><b>Alimentos que se evitaban con mayor frecuencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aperitivos (97,6%)</li> <li>- Cerveza (97,46%)</li> <li>- Frutas con cáscara (95,1%)</li> <li>- Bebidas azucaradas (92,9%)</li> <li>- Golosinas (92,9%)</li> </ul> <p>Los alimentos que provocaban mayor aumento de débito eran los lácteos, mate cebado, alimentos grasos, alimentos de fibra insoluble y algunas bebidas.</p>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>
		N: 42  Ileostomía			
		IBDQ-9 SF-36	Los pacientes con CU respondieron mediante un cuestionario individual con previo consentimiento informado.  Se incluyeron participantes entre 26 años(17%) y 80 años (3%) y el	<p><b>IBDQ-9:</b></p> <p>Aspectos emocionales mejor puntuación con 64 puntos; en los síntomas intestinales se obtuvo una puntuación de 47 puntos; en el aspecto social una puntuación de 25 puntos y la peor puntuación en el presente cuestionario fue para los síntomas</p>	<p><b>Escala ROBINS-I</b></p> <p>Riesgo de sesgo bajo, por lo que la validez de los resultados son fiables.</p>
		N: 35			

<p>(Kozłowski et al., 2014)</p> <p>Polonia</p>	<p>Estudio retrospectivo</p>	<p>Anastomosis (88,57%)</p> <p>Ileostomía (11,43%)</p>	<p>estudio se llevó a cabo 3 meses después de la cirugía.</p> <p>Todos los pacientes respondieron a ambos cuestionarios.</p>	<p>sistémicos con 20 puntos por fatiga, ansiedad, insomnio, frustración y pérdida de peso.</p> <p><b>SF-36:</b></p> <p>Mejores puntuaciones para el funcionamiento físico con 9 puntos; del rol físico con 10 puntos; percepción general de la salud con 10 puntos; vitalidad con 9 puntos y peores puntuaciones en la salud mental con 8 puntos; funcionamiento del rol social con 5 puntos; y rol emocional y dolor corporal con 2 puntos.</p>	
<p>(Sunde et al., 2016)</p> <p>Noruega</p>	<p>Estudio comparativo</p>	<p>Oresland IIEF-5 PISQ 12</p> <p>N: 68</p> <p>Anastomosis</p>	<p>66 pacientes con CU respondieron a todos los cuestionarios validados. Si aceptaban, devolvían el cuestionario con una aprobación para una entrevista telefónica para preguntarles sobre la función de la bolsa. Los cuestionarios de función sexual se llevaron a cabo por escrito.</p> <p>Se incluyeron participantes de &lt;40 años hasta 68 años y se preguntó sobre la función sexual 2 veces con un intervalo de 1 año.</p>	<p><b>Función de la bolsa</b></p> <p>- Puntuación media de 5 para los hombres con una media de 5 deposiciones/día.</p> <p>- Puntuación media de 6 en mujeres con una media de 6 deposiciones/día.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 pacientes (22%) con una puntuación de 8 o más lo que significa que tienen una calidad de vida deteriorada.</li> </ul> <p><b>Función sexual</b></p> <p>- IIEF-5 (44 hombres):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 84,1% función eréctil normal.</li> <li>• 9,1% función eréctil moderada.</li> <li>• 2,3% función eréctil grave.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puntuación media de 24.</li> <li>➤ Mejor función eréctil en edades</li> </ul>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye todos los elementos recomendados en la lista de verificación</p>

				<p>comprendidas entre 40 y 59 años.</p> <p>- PISQ 12 (24 mujeres):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 29,2% nunca tuvieron dolor</li> <li>• 41,7% rara vez tuvieron dolor</li> <li>• 16,7% a veces</li> <li>• 8,3% siempre</li> <li>• 79,2% nunca tuvieron incontinencia</li> <li>• 8,3% a veces</li> <li>• 8,3% siempre</li> </ul> <p>➤ Puntuación media de 9</p> <p>➤ No hay tantos problemas para llegar al clímax, pero más pacientes reportaron dolor genital.</p>	
(Ianco et al., 2013) Israel	Estudio prospectivo	FFQ	<p>En el estudio participaron 80 voluntarios sanos y 80 pacientes con bolsa (incluidos pacientes con bolsa normal y pacientes con reservoritis) que fueron localizados de un centro de referencia terciario para EII. Todos los pacientes fueron entrevistados mediante el cuestionario FFQ de frecuencia alimentaria.</p> <p>La edad de los participantes está comprendida entre los 13 y los 53 años.</p>	<p><b>Pacientes con bolsa en relación al grupo control:</b> consumieron más aceites, grasas y productos de panadería, así como más niacina, zinc, vitamina C y vitamina D que el grupo control. Sin embargo, consumieron menos carbohidratos, azúcares, teobromina, retinol y fibras dietéticas.</p> <p><b>Pacientes con bolsa normal vs reservoritis:</b> pacientes con bolsa normal consumieron el doble de fruta y verdura que aquellos con reservoritis. Además los pacientes con reservoritis consumieron menos antioxidantes liposolubles y menos vitamina A y C.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ha demostrado que el bajo consumo de frutas y verduras está inversamente</li> </ul>	<p><b>Escala STROBE</b></p> <p>Alto nivel de calidad metodológica, ya que el estudio incluye la mayoría de los elementos recomendados en la lista de verificación.</p>
		N: 80 Anastomosis			

				relacionado con la inflamación.	
(Bianchi et al., 2022)  Suiza	Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico de casos y controles	<p>IBDQ HADS PDS</p> <p>N: 352</p> <p>176 <b>con estoma</b> (permanente o cerrado posteriormente)</p> <p>- 111 con estoma - 65 con anastomosis</p> <p>176 <b>sin estoma</b> (grupo control)</p>	<p>Participaron 176 pacientes con diagnósticos de CU y EC.</p> <p>Todos los pacientes respondieron como mínimo a un cuestionario de seguimiento anual para datos médicos, psicológicos y relacionados con el trabajo (un cuestionario con el estoma in situ y otro cuestionario para aquellos pacientes a los que se les cerró posteriormente el estoma). Se realizaron seguimientos en los años 1,3 y 5. Las edades estaban comprendidas entre los 25 y 75 años.</p>	<p><b>Pacientes con estoma:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor número de hospitalizaciones.</li> <li>• Altas tasas de ansiedad y depresión sobre todo en la EC.</li> <li>• Estrés posttraumático y efecto negativo por el impacto de la cirugía (puntuaciones en PDS más altas).</li> <li>• Menor puntuación en cuestionario IBDQ.</li> <li>• Pacientes con estoma permanente puntuación PDS más alta, sin embargo no se vieron diferencias significativas en resultados del IBDQ y HADS.</li> <li>• Ausentes mayoritariamente en el trabajo con permisos de invalidez.</li> </ul> <p>Durante el estudio 63,8% de pacientes con estoma realizaron vida laboral en algún momento, frente al 71,3% de personas sin estoma.</p>	<p><b>Escala CASPE</b></p> <p>- Puntuación: 8/10</p> <p>La calidad metodológica es relativamente alta, ya que cumple con la mayoría de los criterios establecidos.</p>
			Se enviaron cuestionarios a 135 personas a las que se les había realizado anastomosis, de las cuales solo	<p><b>Disfunción sexual en mujer:</b></p> <p>De 40 mujeres que respondieron el cuestionario FSFI, 20 (50%) informaron</p>	<p><b>Escala ROBINS-I</b></p> <p>Riesgo de sesgo bajo, por lo que la</p>

(Harnoy et al., 2016)	Estudio retrospectivo	FSFI IIEF-5 Cuestionario Fertilidad	respondieron 88 pacientes (65%) en edades comprendidas entre los 15 y los 45 años.	disfunción sexual y 4 sin actividad sexual.	validez de los resultados son fiables.
		N: 88 Anastomosis	El cuestionario FSFI solo se envió a las mujeres, el IIEF-5 a los hombres y los cuestionarios de fertilidad a todos los pacientes.	<p><b>Fertilidad en la mujer:</b></p> <p>33 estaban en edad fértil y 15 de ellas tenían deseo de embarazo, de las cuales 7 quedaron embarazadas tras la intervención. Solo 2 recurrieron a reproducción asistida. Tendencia a buena fertilidad.</p> <p><b>Disfunción sexual en hombres:</b></p> <p>De 42 hombres que completaron el cuestionario, 12 (29%) presentaban disfunción sexual moderada a grave.</p> <p><b>Fertilidad en hombres:</b></p> <p>12 hombres tenían el deseo de concebir y finalmente 9 de ellos (75%) fueron finalmente padres.</p>	
Francia					



## 6. DISCUSION

### Objetivo 1

**Analizar la calidad de vida en la esfera social y sexual de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.**

La resección intestinal a consecuencia de una evolución negativa de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), conduce a un empeoramiento significativo de la calidad de vida de aquellas personas que la padecen e influye negativamente en diversas esferas de la vida.

Considerando los objetivos planteados en el presente trabajo, se decidió relacionar la función social con la esfera sexual como primer objetivo secundario, ya que la sexualidad está incluida como una forma de comunicación social. La manera en la que nos relacionamos en cuanto a los deseos y límites sexuales, teniendo en cuenta la continua evolución de la aceptación y comprensión de la imagen corporal tiene un impacto y una afectación social importante.

Tras el análisis de los artículos obtenidos la mayoría de los autores afirman que la calidad de vida social y sexual son dos de los dominios que pueden verse afectados con mayor facilidad entre la población sometida a resección quirúrgica por EII. La gran parte de los autores utilizan el cuestionario IBDQ para obtener datos sobre la calidad de vida social de los pacientes, excepto Rud et al, que emplea los cuestionarios Stoma-QoL y EQ-5D, este último utilizado además por Van der Valk et al. Otros cuestionarios menos utilizados para valorar la calidad de vida social han sido el cuestionario CGQL, empleado en el estudio de Exarchos et al y el cuestionario SF-36, utilizado por Kozłowska et al. Por otro lado, para valorar la calidad de vida sexual en los hombres se utilizó el cuestionario IIEF-5, en cambio para valorar la calidad de vida sexual en las mujeres se empleó el cuestionario PISQ-12 (Sunde et al) y el cuestionario FSFI (Harnoy et al). Además para valorar la sexualidad en ambos sexos Brown et al utilizó el formulario MOS-SFS y Tilio et al el IBDQ. También, el estudio de Harnoy et al utilizó el cuestionario de fertilidad tanto para hombres como mujeres con el objetivo de evaluar la capacidad para concebir.

Se ha visto que la mayor parte de los pacientes con EII que se someten a resección intestinal, son intervenidos en un primer momento para la confección de una ileostomía y posteriormente son reintervenidos para reestablecer la continuidad intestinal mediante la confección de una bolsa pélvica en J. La ileostomía ha obtenido peores puntuaciones en cuanto a la calidad de vida social. Por otro lado, la mayoría de los autores afirman que la anastomosis permite tener mejor calidad de vida social, excepto Brown et al y Kozłowska et al que obtuvieron puntuaciones ligeramente inferiores en este aspecto. En cuanto a la calidad de vida sexual, la mayoría de los autores refieren que aquellos pacientes con anastomosis tienen problemas de disfunción sexual y fertilidad, sin embargo, algunos autores afirman que la calidad de vida sexual está ligeramente aumentada (Exarchos et al), así como otros estudios en los que se ha visto que llega a obtenerse una calidad de vida buena en ambos sexos (Sunde et al) y buena sexualidad en hombres (Harnoy et al). En ambos procedimientos el rol social y la sexualidad están en mayor o menor medida afectadas. Algunos autores refieren que tras la resección intestinal el 64,5% de

los pacientes vieron mejorada la esfera social tras la confección de anastomosis, sin embargo, tras la confección de la ileostomía Rud et al observaron en sus resultados que el 32% de los pacientes tuvieron una calidad de vida social deficiente. En cuanto a la sexualidad, autores como Tilio et al obtuvieron que hasta un 59,1% tuvieron problemas para realizar actividades placenteras en pacientes con anastomosis. Esto se reafirma en otros estudios como el de Harnoy et al en el que el 50% de las mujeres presentaban disfunción sexual. En relación a los hombres, estos obtuvieron mejores resultados en relación a la sexualidad con tan solo un 25% de hombres con problemas de función eréctil. Las dificultades para concebir no supusieron un problema en los hombres, ya que como bien dice el estudio realizado por Brown et al, solo un 22% tuvieron dificultades. Este mismo estudio muestra una gran diferencia con respecto a las mujeres ya que el 64% tuvo problemas para concebir. Como se puede apreciar, la sexualidad y por consiguiente la calidad de vida social está estrechamente relacionada con el género. En definitiva, como bien afirma Harnoy et al, la disfunción sexual femenina puede estar mayormente afectada en comparación a los hombres debido a la estrecha relación anatómica entre la vagina y la bolsa ileal.

La ileostomía supone socialmente un gran impacto debido a las preocupaciones relacionadas sobre la incontinencia de las heces. Al no tener un control voluntario del esfínter, el llenado de la bolsa es rápido e inevitable y por ende, como se ha podido observar en el estudio de Rud et al, la bolsa de ostomía se vacía en un alto porcentaje de los pacientes entre 5-8 veces/día. Como consecuencia, la inquietud por saber dónde están los baños más cercanos en un espacio público resulta inquietante como bien puede apreciarse en los resultados del cuestionario Stoma-QoL (Rud et al) o directamente evitan ir a lugares sin baño (Tilio et al). Según la escala Stoma-QoL, el contacto físico con amigos y los planes nocturnos fuera de casa son evitados por la mayoría de los pacientes portadores de ostomía y se correlaciona con la escala EQ-5D, que afirma que la mayor vulnerabilidad se ve reflejada en la realización de las actividades habituales (Rud et al). Por otro lado, cuando los pacientes son intervenidos para la realización de la anastomosis, bien sea por la sensación de normalidad a la hora de defecar o por el hecho de no verse un orificio antinatural en el abdomen, la capacidad para llevar una vida social prácticamente activa, favorece la autoestima y el bienestar emocional (Tilio et al). Esto no quiere decir que no se presenten dificultades para realizar actividades habituales, ya que de igual manera que aquellos pacientes con ileostomía, la preocupación por saber donde se ubica el baño más cercano o evitar acudir a lugares sin baño seguía estando presente de acuerdo con las conclusiones presentadas en el estudio de Tilio et al. Sin embargo, en este mismo estudio se puede observar que hasta un 74,20% de las personas no tuvieron que cancelar o posponer citas por compromisos sociales. Después de examinar algunos de los artículos utilizados en el TFG, se han encontrado evaluaciones contradictorias sobre el papel social. Mientras que el cuestionario IBDQ y el SF-36 indican que el aspecto social ha experimentado una mejora significativa después de la realización de anastomosis según Katarzyna et al, otro estudio realizado por Tilio et al, lo considera el tercer dominio con una puntuación más baja por debajo de los síntomas intestinales y el estado emocional.

Aunque la mayoría de los autores afirman que calidad de vida social mejora tras la anastomosis, Brown et al plantea resultados inferiores con lo que respecta a la calidad de vida sexual, al igual que Harnoy et al que refiere una significativa afectación en la sexualidad de las mujeres. La literatura examinada, relaciona principalmente la calidad de vida sexual con la anastomosis íleo-anal. Podemos pensar entonces, que al considerar que la función social afecta en mayor medida a pacientes con ileostomía, la sexualidad tendrá un impacto mayor de igual forma. Sin embargo, los pacientes con anastomosis se enfrentan a desafíos adicionales en este aspecto debido al riesgo que supone la intervención por la cercanía a estructuras pélvicas como nervios y vasos, excepto exarchos et al y Sunde et al que informaron una ligera mejora en la calidad de vida sexual de los pacientes.

Un porcentaje alto de pacientes con ileostomía (58%) refirieron sentirse poco atractivos sexualmente tras la intervención, sin embargo no fue el aspecto que más afectara a este grupo de pacientes (Rud et al). Por otro lado, la mayoría de los autores informaron de que aquellos pacientes con anastomosis reportaron problemas de disfunción sexual, fertilidad y función de la bolsa ileal en mayor medida. La disfunción sexual es un problema significativamente prevalente en ambos sexos pero con ciertas diferencias en cuanto a incidencia y causas. En el caso de las mujeres, la disfunción sexual es un tema importante a tener en cuenta ya que los datos del cuestionario FSFI obtenidos por Harnoy et al señalan que el 50% de las mujeres padecen este problema. La fertilidad por otra parte, mostró mejores resultados, con tendencia favorable a la concepción natural sin necesidad de emplear métodos de reproducción asistida de una proporción significativa de las mujeres que deseaban concebir. En el análisis de Harnoy et al, pudo verse que de las 15 mujeres que tenían deseo de ser madres, 7 (46,67%) consiguieron finalmente concebir de manera natural. Sin embargo, en este mismo estudio se considera importante destacar que algunas mujeres tras la cirugía sí que tuvieron dificultades para concebir. Así pues, 13,33% de las mujeres recurrieron a procreación asistida y el 33,33% quisieron cesárea de manera voluntaria. Por otro lado, Harnoy et al, obtuvieron en sus resultados que la disfunción sexual de los hombres se vio afectada en un porcentaje menor respecto a las mujeres (28,57 y 50% respectivamente) y es alentador saber que de 12 hombres que decidieron concebir por método natural, 9 (75%) consiguieron ser finalmente padres. Esta información se reafirma en el estudio de Brown et al, que informó que la calidad de vida sexual de las mujeres en comparación con los hombres tras la realización de la anastomosis era peor tras la cirugía. Además estos mismos autores afirman que la diferencia entre sexos para concebir era igualmente significativa, de tal manera que el 64% de las mujeres tuvieron dificultades para concebir de manera natural, frente al 22% de los hombres. El mal funcionamiento de la bolsa como se puede observar en los análisis de Sunde et al, también fueron determinante en la calidad de vida favoreciendo el deterioro de la función sexual, por lo que un tratamiento adecuado es clave para afrontar la situación. Tras la cirugía, la inactividad sexual tanto en hombres como en mujeres por el miedo a las fugas fue considerable, además en mujeres, la dispareunia se ha podido ver en varios artículos como una barrera para lograr tener relaciones sexuales placenteras (Harnoy et al) (Sunde et al).

Los resultados tras la resección quirúrgica del colon muestran variabilidad. El estudio de Sunde et al concluyó que la calidad de vida sexual se mantenía igual o incluso mejoraba en algunos casos. Por otro lado, investigaciones como las de Harnoy et al y Brown et al sugieren que la calidad de vida sexual a largo plazo disminuía en comparación con el estado previo a la cirugía.

En definitiva, la función sexual y la fertilidad junto con la calidad de vida social son dos aspectos importantes interconectados que deben gestionarse teniendo en consideración el género y las necesidades individuales de cada paciente. El aspecto social no hace tanta distinción por género, sino por técnica, en cambio la calidad de vida sexual depende como hemos visto anteriormente principalmente del género y la técnica. Los problemas relacionados con la sexualidad, tienen un impacto en la calidad de vida social lo que implica muchas veces problemas de autoestima, seguridad, confianza y comunicación que dificulta los encuentros íntimos.

## **Objetivo 2**

### **Analizar la calidad de vida en la esfera física y psicológica de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.**

El segundo objetivo secundario planteado en el presente trabajo relaciona los síntomas físicos con la calidad de vida emocional. La mayoría de los autores sostienen que tras la resección quirúrgica el impacto físico en lo que se refiere a dolor, fatiga, movilidad y síntomas intestinales está estrechamente relacionado con el bienestar psicológico.

La mayoría de los investigadores emplean el cuestionario IBDQ como herramienta principal para abordar los objetivos planteados, seguido por el cuestionario EQ-5D. Además, se consideran relevantes los cuestionarios BIQ, Stoma-QoI, MDI y HADS.

En ciertos casos como muestra el estudio de Brown et al, las limitaciones físicas pueden contribuir a la frustración y a la decepción y favorecer la baja autoestima provocando dificultades persistentes, por lo que debe considerarse la integración de una atención continuada para detectar los cambios y favorecer una adaptación adecuada.

El impacto físico y la salud mental tras la intervención evidencian algunas diferencias entre la ileostomía y la anastomosis. Tras la ileostomía, los síntomas intestinales implican un vaciado de bolsa frecuente, además del dolor y malestar evidente en aproximadamente el 30% de los pacientes y problemas de movilidad reducida hasta en un 19%, que por consiguiente les impide tener una calidad de vida emocional satisfactoria (Rud et al) (Van der Valk et al). Además, la fatiga y el cansancio frecuente por la falta de sueño afectan en gran medida a la calidad de vida del individuo impidiéndole tener un bienestar psicológico adecuado. Rud et al en su estudio, describió que el 68% de los pacientes tras la ileostomía se mostraban cansados, el 43% carecía de energía y hasta un 59% necesitaban descansar durante el día. De todos modos, estudios como el de Bianchil et al han analizado las diferencias entre pacientes con estoma temporal y permanente. Los datos de este estudio informan que pacientes con ileostomía permanente, no

presentan resultados inferiores en cuanto a síntomas físicos ni hospitalizaciones respecto aquellos con ileostomía temporal, sin embargo, la calidad de vida emocional es peor con síntomas de ansiedad y depresión a largo plazo. En general, todos los autores coinciden en que el bienestar psicológico y emocional se ve deteriorado tras la confección de una ileostomía. Por otro lado, la fatiga y el insomnio, están muy presentes en pacientes que son posteriormente intervenidos de anastomosis. En cuanto a la frecuencia de deposiciones y sangrado hay discrepancias entre algunos artículos, donde unos reportan peores resultados que otros, pudiendo verse influenciado por el tipo de muestra y características del estudio. La mayoría de los estudios muestran tras los resultados obtenidos en el cuestionario IBDQ una mejora en los síntomas intestinales. En el análisis realizado por Tilio et al, se observa que los síntomas intestinales representan el segundo aspecto con mayor mejora después de la anastomosis, con un 42% de los pacientes reportando satisfacción con el procedimiento. Estos datos se reafirman con el estudio de Brown et al en el que un 79% de los pacientes refirieron mejora en la frecuencia de las deposiciones. Sin embargo, estudios como el de Van der Valk et al y Exarchos et al, reportaron peor calidad de vida en relación a los síntomas intestinales. La mayoría de los autores mostraron una calidad de vida emocional satisfactoria en todos los pacientes intervenidos de anastomosis. De hecho, en el estudio de Tilio et al se informó un porcentaje significativo de hasta un 41,9% de pacientes que expresaron una satisfacción extrema con la intervención. Por el contrario hubo solo un estudio que destacaba que un 81% de los pacientes, especialmente mujeres, experimentaron problemas relacionados con la ansiedad y la depresión después de la cirugía de anastomosis, principalmente asociado a un impacto negativo en la imagen corporal (Brown et al). No obstante y a pesar de las limitaciones, todos los estudios coinciden en que la calidad de vida tras el restablecimiento del tránsito intestinal mediante la anastomosis ileoanal es buena y la gran mayoría de los pacientes recomendaría esta intervención.

Se puede decir por tanto que el tipo de cirugía influye a la hora de manifestarse unos síntomas u otros. En conclusión, la gran parte de los autores señalan que tras analizar el IBDQ aquellos pacientes con anastomosis presentan mejor calidad de vida emocional y pueden llegar a tener un buen control intestinal si se hace un seguimiento individualizado y adecuado a largo plazo. Por consiguiente, los síntomas sistémicos disminuirían y el bienestar psicológico mejoraría. Por otro lado, pacientes con ileostomía tanto a nivel físico como emocional no se obtuvieron los mejores resultados, pero como se ha podido observar en el estudio de Bianchil et al y según el cuestionario HADS, los pacientes con estomas temporales tuvieron menos problemas psicológicos que aquellos pacientes con estomas permanentes, principalmente motivados por la idea de adquirir de nuevo una relativa normalidad. También, según los datos observados tras el estudio de Van Der Valk et al y tras analizar el cuestionario EQ-5D para pacientes ostomizados, la movilidad en un 30% y el dolor en un 50% son dos limitaciones que afectan considerablemente el estado físico, por lo que se refuerza la idea de que la ileostomía supone un reto añadido.

### **Objetivo 3**

**Analizar la calidad de vida nutricional de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.**

Tras la cirugía por EII, la nutrición juega un papel importante ya que tras la extirpación del colon las deficiencias nutricionales se ven alteradas y el peso puede verse descompensado (Ianco et al). Además, una dieta adecuada previene en muchos casos la aparición de complicaciones como infecciones o en caso de la anastomosis, reservoritis. En función de la fase de la intervención las recomendaciones nutricionales no son similares, es decir, los pacientes con ileostomía tendrán una calidad de vida nutricional adaptada a sus necesidades al igual que aquellos con anastomosis.

Para recopilar los datos relacionados con el objetivo mencionado, se empleó una encuesta semiestructurada desarrollada por Drozd et al., para responder cuestiones dietéticas relevantes dirigidas a pacientes con ileostomía. Además, se ha utilizado la escala FFQ para evaluar la calidad de vida nutricional de los pacientes sometidos a anastomosis.

En la bibliografía pocos estudios han investigado sobre la influencia y la importancia de la nutrición en la calidad de vida de pacientes portadores de ostomía, por lo que se encuentran discrepancias entre algunos artículos sobre este aspecto (Drozd et al). Sin embargo, en el estudio utilizado en el presente trabajo se ha podido analizar las experiencias compartidas y los datos reportados sobre las limitaciones nutricionales y los alimentos más beneficiosos en pacientes ostomizados. Autores como Drozd et al, informaron que los principales motivos de restricciones dietéticas eran por indicación y pauta médica, por diarreas abundantes o por costumbres individuales. Generalmente los cambios en la dieta solían ser por prescripción médica y por diarreas continuadas, de esta manera, la dinámica nutricional se basaba principalmente en restricciones alimentarias con el objetivo de prevenir un débito abundante. En el artículo de Rud et al, el aumento o por el contrario la disminución del apetito fueron una de las consecuencias que más afectaron a los pacientes con ileostomía. Los ruidos intestinales, los olores, gases y la consistencia líquida o pastosa de las heces también suponían una preocupación a la hora de consumir alimentos (Drozd et al). La mitad de los pacientes que participaron en el estudio, informaron tener miedo a las pérdidas o fugas, además, un 61,9% necesitaron levantarse al baño por la noche para vaciar la bolsa. En el estudio de Rud et al, pudo verse que debido al deficiente descanso nocturno y al constante débito abundante, el cansancio y la fatiga estaban presentes de manera habitual. Esta fatiga como ya se había mencionado anteriormente se comentaba reiteradamente por una gran parte de pacientes con ileostomía. A nivel nutricional, se ha llegado a la conclusión de que altas dosis de vitamina B y D y minerales como el hierro y zinc pueden llegar a reducir la fatiga en este tipo de pacientes y mejorar considerablemente la calidad de vida (Rud et al). La planificación diaria y cuidadosa para controlar el débito intestinal y evitar situaciones incómodas se convierte en una estrategia clave para los pacientes. Esto muestra el impacto que tiene la gestión y el control del débito en la vida diaria y en las decisiones relacionadas con la alimentación. El hecho de que hasta un 45,2% realicen ayunos por citas y compromisos sociales, refleja las limitaciones de los pacientes con ileostomía a la hora de

mantener una vida social activa. Los horarios regulares y la falta de espontaneidad conduce a evitar comidas por completo o a ingerir la comida mucho antes del encuentro social con otras personas (Drozd et al).

Algunos alimentos, como el mate, vegetales de hoja cruda, helados o dulces y bebidas azucaradas o gaseosas favorecen el aumento de débito intestinal lo que puede suponer un problema debido al rápido llenado de la bolsa. Por consiguiente, el riesgo de fugas e irritaciones periestomales es mayor. En cambio, ciertos alimentos aportan mayor consistencia a las heces y ayudan a reducir el débito intestinal como la pasta, los fideos, arroz, patata, carnes y banana. Para las personas que sufren diarreas frecuentes son alimentos muy beneficiosos, ya que a parte de aportar solidez a las heces proporcionan mayor sensación de saciedad. El bloqueo o la obstrucción del estoma puede dificultar el paso de las heces a través de este y suponer un problema común cuando se ingiere alimentos como lácteos, vegetales, grasas, azúcares o alimentos ricos en fibra, por lo que muchas personas procuran evitar consumirlos por posibles complicaciones. Algunos alimentos pueden generar olor, pero por lo general no llega a ser un olor desagradable, sin embargo el pescado si que se asocia con mal olor en personas con estoma (Drozd et al).

Afortunadamente, el 96,8% de las personas incluidas en el estudio de calidad de vida nutricional tras ileostomía recibieron consejería y soporte nutricional previo al alta. No obstante, el porcentaje de personas que recibieron asesoramiento nutricional disminuyó a 76,2% pasado un tiempo tras la intervención. Las causas pueden deberse a la falta de interés de los propios pacientes sobre la importancia de la situación actual, por falta de recursos, seguimiento médico inadecuado o falta de tiempo. Esto es perjudicial ya que la aceptación de la nueva realidad es impactante y muchos pacientes pueden sentirse perdidos o desinformados cuando más apoyo necesitan (Drozd et al).

Como sugiere el estudio realizado por Lanco et al, las pautas dietéticas enfocadas a pacientes con anastomosis están dirigidas a prevenir y evitar en la medida de lo posible la aparición de reservoritis, una inflamación del reservorio considerada la complicación a largo plazo más frecuente, llegando a presentarse en un 60% de la población. El estudio analizado, hace una distinción de las diferencias nutricionales entre pacientes con anastomosis y pacientes sanos y entre aquellos con bolsa normal y con reservoritis. Centrándonos en los pacientes con bolsa ileal sana en relación con los que desarrollaron inflamación, se observó que el primer grupo consumía el doble de porciones de fruta, vegetales y vitamina A y C. Esto sugiere que la reservoritis se asocia con un consumo insuficiente de antioxidantes y vitaminas favoreciendo el estrés oxidativo y a una inflamación intestinal como resultado. Debido a estas carencias nutricionales dos tercios de los pacientes incluyeron en su dieta minerales y vitaminas adicionales y aun así el aporte nutricional siguió siendo insuficiente. Se observó que un porcentaje pequeño de pacientes hicieron uso de los probióticos a pesar de su potencial beneficio para prevenir la inflamación del reservorio. De hecho, el probiótico de elección VSL en casos de EII, solo era utilizado por el 5% de las personas que participaron en el estudio. Este grupo de pacientes, al

igual que aquellos con ileostomía, también evitaban el consumo de lácteos principalmente así como cítricos y picantes.

Resulta intrigante que, a pesar de que los pacientes con bolsa normal y aquellos con reservoritis consuman la misma cantidad de energía, estos últimos tienen un índice de masa corporal significativamente inferior al grupo con anastomosis normal. Esto indica que la inflamación contribuye al mayor consumo de energía, la mala absorción y cambios en la microbiota intestinal que implican una pérdida de peso mayor.

En definitiva, el 59% de los pacientes presentan las mismas restricciones dietéticas que antes de la intervención, sin embargo, el 41% restante sugiere que la dieta interfiere moderadamente incluso mucho en la calidad de vida (Brown et al). La calidad de vida social y nutricional están estrechamente relacionadas tras la resección intestinal. La participación en eventos sociales que impliquen alimentos como cenas o reuniones puede estar limitada, además la planificación y anticipación de los horarios de comidas puede suponer una pérdida de control sobre la vida social de estos pacientes (Ianco et al).

#### **Objetivo 4**

##### **Analizar la calidad de vida laboral de aquellos pacientes con EII sometidos a cirugía de colon como tratamiento de su enfermedad.**

En lo que respecta a la calidad de vida laboral de las personas sometidas a resección intestinal, no se ha obtenido demasiada bibliografía relativamente actual en comparación con aspectos implicados en la calidad de vida descritos anteriormente. Esto puede deberse a diversos factores como la priorización de la esfera física y psicológica ya que tienen mayor importancia para el bienestar general de las personas. Además, la falta de herramientas y recursos para evaluar la afectación de la capacidad y productividad laboral dificulta también la obtención de información relacionada.

Para evaluar la calidad de vida laboral se ha utilizado principalmente el cuestionario de desempeño laboral de la OMS (OMS-HPQ-AP) para valorar algunos aspectos como el horario de trabajo normal, trabajo no realizado por motivos de salud y tiempo libre.

Como se ha podido observar en el estudio de Van der Valk, los pacientes con anastomosis presentan hasta un 50% de hospitalizaciones atribuidas principalmente a complicaciones postoperatorias o revisiones médicas que resultan en una peor calidad de vida laboral. El 33% de los pacientes informaron pérdida de la productividad laboral, ausentándose una media de 12 días al año, sin embargo afortunadamente la gran mayoría informó ser ligeramente más productivos como se menciona en el estudio de Brown et al . Si es verdad que pacientes con estoma y con anastomosis al presentar cansancio y fatiga recurrente, la capacidad para desempeñar el trabajo de manera efectiva puede verse comprometida.



Por otro lado, Bianchil et al informó que aquellos pacientes con estoma tuvieron modestas limitaciones a la hora de realizar la actividad laboral. La habilidad para mantener un empleo fue limitada, especialmente en pacientes con estoma permanente quienes tuvieron una significativa reducción de su capacidad laboral.

La mayoría de los estudios sugieren que las personas desempleadas enfrentan mayores dificultades tras la resección quirúrgica y una calidad de vida más deteriorada en comparación con aquellos que tienen empleo. Esto se debe en parte, según el estudio de Tilio et al, a que una actividad profesional activa contribuye a tener mejor autoestima, al bienestar y sentido de identidad personal.

En cuanto a la educación, se ha podido observar que aquellos pacientes con estudios, ya sea secundaria según lo mencionado en el análisis de Exarchos et al, o nivel universitario según el estudio de Katarzyna, contribuyen a tener una comprensión y aceptación más amplia de la enfermedad y las consecuencias que conlleva, lo que se traduce en una mejor calidad de vida.

El género y la edad son dos aspectos que también pueden influir en la mejora o deterioro de la calidad de vida. Por ejemplo, en el estudio de Tilio et al, no se encontraron diferencias de calidad de vida entre los hombres y mujeres intervenidos. Si que es verdad, que la mayoría de los autores sugieren que las mujeres tienden a experimentar una peor calidad de vida sobre todo en lo que respecta a calidad de vida emocional y sexual. Sin embargo, hay excepciones como el estudio de Exarchos et al, que encontró que las mujeres tuvieron mejor calidad de vida que los hombres tras la resección quirúrgica. En relación a la edad, estudio como el de Tilio et al, ha visto que el envejecimiento es un motivo de empeoramiento de calidad de vida debido a la presencia de incontinencia, en cambio, exarchos et al demostró que incluso las personas mayores podían tener mejora en la calidad de vida.

Para finalizar, cabe destacar que la IPAA es el método preferido recomendado por los médicos, ya que los pacientes suelen estar más satisfechos y experimentan una mejor calidad de vida en comparación con aquellos que tienen un estoma. Sin embargo, en el estudio de Tilio et al, algunos pacientes mostraron discrepancias, como la sugerencia de que la anastomosis podría haberse realizado en el momento adecuado y oportuno. Aunque la mayor parte de los pacientes experimentaron una mejora en la calidad de vida tras la cirugía, una parte de ellos preferían tomar medicación para tratar los síntomas en lugar de someterse a una operación.

## 7. CONCLUSIONES

Respecto al primer objetivo, podemos concluir que la resección intestinal por motivo de la enfermedad inflamatoria intestinal supone un empeoramiento significativo en la calidad de vida, afectando a la esfera social y sexual. La sexualidad y la función social están estrechamente relacionadas, pudiendo afectar de este modo a la percepción del bienestar y la satisfacción del paciente.

En cuanto a la esfera social, aquellos pacientes con ileostomía presentan principalmente preocupaciones asociadas a la incontinencia de las heces, lo que puede llegar a interferir en gran medida en la participación en actividades sociales, así como la interacción con familiares y amigos. Por otro lado tras la confección de la anastomosis, la sensación de normalidad a la hora de defecar, permite llevar una vida social más activa, a pesar de persistir preocupaciones sobre la ubicación cercana de los baños y la evitación de acudir a lugares sin acceso a servicios. En relación a la calidad de vida sexual, tanto hombres como mujeres presentan disfunciones sexuales y dificultades para concebir, siendo las mujeres las que presentan desafíos adicionales, como la dispareunia y la preocupación por la fertilidad.

En cuanto al segundo objetivo podemos concluir que los síntomas físicos como el dolor, la fatiga, la movilidad reducida y los problemas intestinales están intrínsecamente relacionados con el bienestar psicológico tras la cirugía. La diferencia en los síntomas físicos y el bienestar psicológico entre los pacientes con ileostomía y anastomosis es notable. Mientras que pacientes con ileostomía presentan mayores limitaciones en cuanto a síntomas intestinales, dolor, fatiga y movilidad reducida, afectando negativamente el bienestar emocional, los pacientes con anastomosis reportan una calidad de vida emocional más satisfactoria implicando desafíos principalmente relacionados con la fatiga y el insomnio.

En relación al tercer objetivo, podemos concluir que tras la resección intestinal, las deficiencias nutricionales y las variaciones en el peso son frecuentes y pueden tener un impacto notable en el bienestar físico y emocional. La dieta postoperatoria implica restricciones alimentarias que van desde evitar alimentos que aumentan el débito intestinal hasta la implementación de suplementos para abordar las deficiencias nutricionales. La mayoría de los pacientes reciben consejos nutricionales, pero este apoyo suele disminuir con el tiempo, por lo que un apoyo continuo y personalizado puede contribuir a la adaptación de la nueva realidad.

Por último, la bibliografía sobre la calidad de vida laboral es limitada, posiblemente debido a la priorización de aspectos físicos y psicológicos. Empleando el cuestionario de desempeño laboral de la OMS, se concluye que pacientes con anastomosis se enfrentan a más hospitalizaciones y pérdida de productividad laboral debido a las complicaciones de la propia cirugía y al cansancio y fatiga recurrentes. Aun así, la mayoría de los pacientes coinciden en una mejora en la productividad tras la intervención quirúrgica. Abordar de manera integral los aspectos médicos y laborales es crucial para mejorar el bienestar e incrementar la calidad de vida general.

Teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible adaptados por la ONU en 2015, podemos decir que el presente trabajo coincide con los objetivos 3: “salud y bienestar” y 8: “Trabajo decente y crecimiento económico”. El objetivo 3 busca garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas y por otro lado el objetivo 8 busca promover el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.

Para finalizar se considera importante enfatizar que la calidad de vida de estos pacientes requiere la atención y el apoyo necesarios para mejorar su bienestar general. Esto incluye el acceso a servicios de atención médica especializada, programas de rehabilitación, asesoramiento psicológico, orientación nutricional y asistencia laboral para facilitar la orientación al trabajo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Arévalo, J. (s. f.). *GETECCU - Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa*. Recuperado 5 de noviembre de 2023, de <https://geteccu.org/>
- Bautista-Rodríguez, L. M. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(1), Article 1. <https://doi.org/10.22463/17949831.803>
- Bianchi, R., Mamadou-Pathé, B., von Känel, R., Roth, R., Schreiner, P., Rossel, J.-B., Burk, S., Dora, B., Kloth, P., Rickenbacher, A., Turina, M., Greuter, T., Misselwitz, B., Scharl, M., Rogler, G., & Biedermann, L. (2022). Effect of closed and permanent stoma on disease course, psychological well-being and working capacity in Swiss IBD cohort study patients. *PLoS ONE*, 17(9 September). Scopus. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274665>
- Brown, C., Gibson, P. R., Hart, A., Kaplan, G. G., Kachroo, S., Ding, Q., Hautamaki, E., Fan, T., Black, C. M., Hu, X., & Beusterien, K. (2015). Long-term outcomes of colectomy surgery among patients with ulcerative colitis. *SpringerPlus*, 4(1), 573. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1350-7>
- Drozd, V., Veissetes, D., Sancisi, G., & González, A. (2022). Rol de la ileostomía en el comportamiento alimentario y su repercusión en el estilo de vida de los pacientes: Estudio de corte transversal. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 52(1), 78-85. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i1.175>
- Eii. Se puede realizar con garantías una anastomosis ileorrectal en la cirugía de la colitis ulcerosa? - PDF Descargar libre.* (s. f.). Recuperado 22 de noviembre de 2023, de <https://docplayer.es/4661535-Eii-se-puede-realizar-con-garantias-una-anastomosis-ileorrectal-en-la-cirurgia-de-la-colitis-ulcerosa.html>
- Estomas.* (s. f.). [Text]. National Library of Medicine. Recuperado 19 de noviembre de 2023, de <https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html>
- Exarchos, G., Gklavas, A., Metaxa, L., & Papaconstantinou, I. (2018). Quality of life of ulcerative colitis patients treated surgically with proctocolectomy and J-pouch formation: A comparative study before surgery and after closure of the defunctioning ileostomy. *Annals of Gastroenterology*, 31(3), 350-355. <https://doi.org/10.20524/aog.2018.0247>
- Favorin, J., Gassull, M. Á., Obrador, A., & Pecasse, L. (s. f.). *Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal AUTOR*.
- Fonseca Ureña, J. (2017). Colitis ulcerativa. *Revista Médica Sinergia*, 2(10), 3-6.
- González-Álvarez, J. R., Rodríguez-Ramírez, E. A., Iglesias-Álvarez, L. B., González-Álvarez, J. R., Rodríguez-Ramírez, E. A., & Iglesias-Álvarez, L. B. (2022). La enfermedad inflamatoria intestinal, un reto para la gastroenterología pediátrica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 26(5). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1561-31942022000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942022000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIÓN.pdf.* (s. f.). Recuperado 22 de noviembre de 2023, de <https://www.geteii.com/wp-content/uploads/2017/10/GUIA-DE-ENFERMERIA-EII-ULTIMA-REVISIO%CC%81N.pdf>

- Harnoy, Y., Desfourneaux, V., Bouguen, G., Rayar, M., Meunier, B., Siproudhis, L., Boudjema, K., & Sulpice, L. (2016). Sexuality and fertility outcomes after hand sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis. *The Journal of Surgical Research*, 200(1), 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.06.054>
- Ianco, O., Tulchinsky, H., Lusthaus, M., Ofer, A., Santo, E., Vaisman, N., & Dotan, I. (2013). Diet of patients after pouch surgery may affect pouch inflammation. *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 19(38), 6458-6464. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i38.6458>
- Intestino grueso: MedlinePlus enciclopedia médica ilustración.* (s. f.). Recuperado 2 de diciembre de 2023, de [https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/19220.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19220.htm)
- Kozłowska, K. A., Bączyk, G., & Krokowicz, P. (2014). Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically. *Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny*, 9(4), 220-226. <https://doi.org/10.5114/pg.2014.45104>
- La enfermedad inflamatoria intestinal crece un 2,5% cada año en España.* (s. f.). Recuperado 5 de noviembre de 2023, de <https://accuesp.com/la-enfermedad-inflamatoria-intestinal-crece-un-2-5-cada-ano-en-espana>
- Myrelid, P., & Øresland, T. (2015). A reappraisal of the ileo-rectal anastomosis in ulcerative colitis. *Journal of Crohn's & Colitis*, 9(6), 433-438. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv060>
- Prathivadi Bhayankaram, K., Meyer, J., Sebastian, B., Davies, J., & Wheeler, J. (2023). Long-Term Surgical Outcomes and Pathological Analysis of Proctectomy Specimens after Subtotal Colectomy for Ulcerative Colitis: A Retrospective Cohort Study from a Tertiary Centre. *Journal of Clinical Medicine*, 12(17), Article 17. <https://doi.org/10.3390/jcm12175729>
- Preciado Herrera, D., Orozco Restrepo, L. A., & López González, L. A. (2023). Capacidad de afrontamiento en pacientes ostomizados. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 20(2), 6-23.
- Rud, C. L., Baunwall, S. M. D., Bager, P., Dahlerup, J. F., Wilkens, T. L., Tøttrup, A., Lal, S., & Hvas, C. L. (2022). Patient-Reported Outcomes and Health-Related Quality of Life in People Living With Ileostomies: A Population-Based, Cross-Sectional Study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 65(8), 1042-1051. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002100>
- Scoglio, D., Ali, U. A., & Fichera, A. (2014). Surgical treatment of ulcerative colitis: Ileorectal vs ileal pouch-anal anastomosis. *World Journal of Gastroenterology*, 20(37), 13211-13218. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i37.13211>
- Síntomas y causas—Mayo Clinic.* (s. f.). Recuperado 5 de noviembre de 2023, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ulcerative-colitis/symptoms-causes/syc-20353326?p=1>
- Sitio web: <https://redcaspe.org/materiales/>
- Sitio web: <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
- Sitio web: <https://www.riskofbias.info/welcome/home/current-version-of-robins-i>

- Sunde, M. L., Øresland, T., & Engebret Færden, A. (2016). Correlation between pouch function and sexual function in patients with IPAA. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 51(3), 295-303. <https://doi.org/10.3109/00365521.2015.1093165>
- Tilio, M. S. G. de, Arias, L. B., Camargo, M. G., Oliveira, P. S. P. de, Panzetti, N. V., Ayrizono, M. de L. S., Leal, R. F., Fagundes, J. J., & Coy, C. S. R. (2013). Quality of life in patients with ileal pouch for ulcerative colitis. *Journal of Coloproctology*, 33(3), 113-117. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2013.06.001>
- Tonelli, F., Di Martino, C., & Giudici, F. (2016). Could Total Colectomy with Ileorectal Anastomosis Be an Alternative to Total Proctocolectomy with Ileal Pouch-Anal Anastomosis in Selected Ulcerative Colitis Patients? *Gastroenterology Research and Practice*, 2016, e5832743. <https://doi.org/10.1155/2016/5832743>
- van der Valk, M. E., Mangen, M.-J. J., Severs, M., van der Have, M., Dijkstra, G., van Bodegraven, A. A., Fidder, H. H., de Jong, D. J., Pierik, M., van der Woude, C. J., Romberg-Camps, M. J. L., Clemens, C. H. M., Jansen, J. M., van de Meeberg, P. C., Mahmmod, N., van der Meulen-de Jong, A. E., Ponsioen, C. Y., Bolwerk, C., Vermeijden, J. R., ... Dutch Initiative on Crohn and Colitis. (2015). Comparison of Costs and Quality of Life in Ulcerative Colitis Patients with an Ileal Pouch-Anal Anastomosis, Ileostomy and Anti-TNF $\alpha$  Therapy. *Journal of Crohn's & Colitis*, 9(11), 1016-1023. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv134>
- Vásquez-Morales, A., & Horta Roa, L. F. (2018). Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 20(1), 33-40.
- Villasís-Keever, M. Á. (2022). La evaluación de la calidad de vida como parte de la atención médica en pacientes pediátricos. *Revista mexicana de pediatría*, 89(3), 93-94. <https://doi.org/10.35366/109304>

## ANEXOS

### ANEXO 1

Tabla 3 Nivel de impacto de las revistas

TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO DE PUBLICACION	DE INDICE IMPACTO	DE
Comparison of Costs and Quality of Life in Ulcerative Colitis Patients with an Ileal Pouch–Anal Anastomosis, Ileostomy and Anti-TNF $\alpha$ Therapy	JOURNAL OF CROHN'S AND COLITIS	2015	SJR Q1	
Quality of life in patients with ileal pouch for ulcerative colitis	JOURNAL OF COLOPROCTOLOGY	2013	SJR Q4	
Quality of life of ulcerative colitis patients treated surgically with proctocolectomy and J-pouch formation: a comparative study before surgery and after closure of the defunctioning ileostomy	ANNALS OF GASTROENTEROLOGY	2018	SJR Q2	
Long-term outcomes of colectomy surgery among patients with ulcerative colitis	SPRINGER PLUS	2015	SJR Q4	
Patient-Reported Outcomes and Health-Related Quality of Life in People Living With Ileostomies: A Population-Based, Cross-Sectional Study	DISEASES OF THE COLON AND RECTUM VOLUME	2022	SJR Q2	
Rol de la ileostomía en el comportamiento alimentario y su repercusión en el estilo de vida de los pacientes: estudio de corte transversal	ACTA GASTROESNTEROLÓGICA LATINOAMERICANA	2022	SJR Q4	
Quality of life in patients with ulcerative colitis treated surgically	PRZEGLAD GASTROENTEROLOGICZNY	2014	SJR Q3	
Correlation between pouch function and sexual function in patients with IPAA	SCANDINAVIAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY	2015	SJR Q2	
Diet of patients after pouch surgery may affect pouch inflammation	WORLD JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY	2013	SJR Q1	

Sexuality and fertility outcomes following hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis	JOURNAL OF SURGICAL RESEARCH	2016	SJR Q1
Effect of closed and permanent stoma on disease course, psychological well-being and working capacity in Swiss IBD cohort study patients	PLOS ONE	2022	SJR Q1