



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia
Versión para pacientes y cuidadores

2013 - Guía No. GPC-2013-20

Instituto Nacional de Cancerología ESE



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



Por el control del cáncer

© Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.

Versión para pacientes y cuidadores - 2013 Guía No. GPC-2013-20

ISBN: 978-958-8838-37-3

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias, bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud, cuyo propósito fue la elaboración de una Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. La versión para pacientes y cuidadores tiene como objetivo explicar de manera sencilla las recomendaciones de la guía completa de práctica clínica, para el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Financiación

Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias), convocatoria 500/2009, Contrato 257-2010, código de proyecto No. 2101-500-26589.

Independencia editorial: El contenido de la presente versión para pacientes fue desarrollado con total independencia editorial de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este documento debe citarse: Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Versión para pacientes y cuidadores - 2013.

Esta guía ha sido adaptada a partir de la siguiente publicación: Instituto Nacional de Cancerología ESE, “Cáncer de colon y recto”, serie Esperanza de Vida, núm. 4, Bogotá D. C., 2010.

© Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.

Versión para pacientes y cuidadores - 2013 Guía No. GPC-2013-20

ISBN: 978-958-8838-37-3

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias, bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud, cuyo propósito fue la elaboración de una Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. La versión para pacientes y cuidadores tiene como objetivo explicar de manera sencilla las recomendaciones de la guía completa de práctica clínica, para el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Financiación

Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias), convocatoria 500/2009, Contrato 257-2010, código de proyecto No. 2101-500-26589.

Independencia editorial: El contenido de la presente versión para pacientes fue desarrollado con total independencia editorial de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este documento debe citarse: Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Versión para pacientes y cuidadores - 2013.

Esta guía ha sido adaptada a partir de la siguiente publicación: Instituto Nacional de Cancerología ESE, "Cáncer de colon y recto", serie Esperanza de Vida, núm. 4, Bogotá D. C., 2010.

© Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.

Versión para pacientes y cuidadores - 2013 Guía No. GPC-2013-20

ISBN: 978-958-8838-37-3

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias, bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud, cuyo propósito fue la elaboración de una Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. La versión para pacientes y cuidadores tiene como objetivo explicar de manera sencilla las recomendaciones de la guía completa de práctica clínica, para el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Financiación

Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias), convocatoria 500/2009, Contrato 257-2010, código de proyecto No. 2101-500-26589.

Independencia editorial: El contenido de la presente versión para pacientes fue desarrollado con total independencia editorial de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este documento debe citarse: Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Versión para pacientes y cuidadores - 2013.

Esta guía ha sido adaptada a partir de la siguiente publicación: Instituto Nacional de Cancerología ESE, "Cáncer de colon y recto", serie Esperanza de Vida, núm. 4, Bogotá D. C., 2010.

© Ministerio de Salud y Protección Social-Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto.

Versión para pacientes y cuidadores - 2013 Guía No. GPC-2013-20

ISBN: 978-958-8838-37-3

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias, bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud, cuyo propósito fue la elaboración de una Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. La versión para pacientes y cuidadores tiene como objetivo explicar de manera sencilla las recomendaciones de la guía completa de práctica clínica, para el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Financiación

Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (Colciencias), convocatoria 500/2009, Contrato 257-2010, código de proyecto No. 2101-500-26589.

Independencia editorial: El contenido de la presente versión para pacientes fue desarrollado con total independencia editorial de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este documento debe citarse: Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Versión para pacientes y cuidadores - 2013.

Esta guía ha sido adaptada a partir de la siguiente publicación: Instituto Nacional de Cancerología ESE, "Cáncer de colon y recto", serie Esperanza de Vida, núm. 4, Bogotá D. C., 2010.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz

Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

José Luis Ortiz Hoyos

Jefe de la Oficina de Calidad



Carlos Fonseca Zárate

Director General

Paula Marcela Arias Pulgarín

Subdirectora general

Arleys Cuesta Simanca

Secretaria General

Alicia Ríos Hurtado

Directora de Redes de Conocimiento

Carlos Caicedo Escobar

Director de Fomento a la Investigación

Vianney Motavita García

Gestora del Programa de Salud en Ciencia, Tecnología e Innovación



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Director Ejecutivo

Aurelio Mejía Mejía

Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

Subdirectora de Participación y Deliberación

Raquel Sofía Amaya Arias

Subdirección de Difusión y Comunicación



Por el control del cáncer



FEDESALUD

Adaptación y elaboración

Líder del grupo desarrollador

Javier Alejandro Carrera Siachoque

Médico coloproctólogo

Asociación Colombiana de

Coloproctología

Fundación Santa Fe de Bogotá

Hospital Militar Central

Bogotá, Colombia

Coordinadora metodológica

Francy Licet Villamizar Gómez

Magíster en Epidemiología Clínica

Especialista en Epidemiología General

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC) ESE

Profesora asistente, Fundación

Universitaria de Ciencias de la Salud -

Hospital de San José

Bogotá, Colombia

Revisiones sistemáticas

Magda Rocío Gamba Rincón

Nutricionista, magíster en Fisiología

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC) ESE

Profesora asistente, Universidad

Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Claudia Irene Ibáñez Antequera

Médica cirujana

Magíster en Epidemiología Clínica

(candidata)

Grupo de Investigación Clínica, Instituto

Nacional de Cancerología (INC) ESE

Bogotá, Colombia

Enfermería oncológica

Rocío del Socorro Jaimes Villamizar

Enfermera oncológica, especialista en

Auditoría en Salud

Asociación Colombiana de Enfermeras

Oncólogas

Instituto Nacional de Cancerología

(INC) ESE

Bogotá, Colombia

Implementación

Carolina Wiesner Ceballos

Médica, magíster en Salud Pública

Instituto Nacional de Cancerología

(INC) ESE

Bogotá, Colombia

Representante de pacientes y cuidadores

Luis Enrique Rojas Valbuena

Asociación de Usuarios y Familiares de

pacientes del INC ESE (ASUFINC)

Instituto Nacional de Cancerología

(INC) ESE

Bogotá, Colombia

Contenido

11	Introducción
11	¿Qué es el colon y el recto?
12	¿Qué es el cáncer de colon y recto?
12	¿Cómo se desarrolla el cáncer de colon y recto?
13	¿Qué personas se encuentran en riesgo de presentar cáncer de colon y recto?
14	¿Cuáles son las pruebas que existen para detectar el cáncer de colon y recto en las personas en riesgo?
16	¿Qué ocurre cuando la prueba de tamización es positiva?
16	¿Cuáles son los signos y síntomas del cáncer de colon y recto?
16	¿Cómo se diagnostica el cáncer de colon y recto?
17	¿Cuáles son las etapas del cáncer de colon y recto?
20	¿Qué opciones de tratamiento existen para el cáncer de colon y recto?
21	Cirugía
21	<i>Obstrucción intestinal</i>
23	Radioterapia
24	Quimioterapia
25	<i>¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?</i>

27 Aspectos relacionados con la ostomía

- 27 ¿Qué es un estoma?
- 28 ¿Qué es una colostomía?
- 29 ¿Qué es un sistema colector y para qué sirve?
- 30 ¿Qué cuidados se deben tener con el estoma?
- 30 ¿Cómo se debe proteger la piel alrededor del estoma?
- 31 ¿Qué hacer en caso de presentar síntomas molestos con el estoma?
- 32 ¿Qué puede hacer para controlar el olor?
- 32 ¿Cuál debe ser la higiene de la colostomía?
- 32 *Procedimiento*
- 32 *¿Cómo poner la bolsa?*
- 33 *¿Cómo vaciar la bolsa?*
- 33 ¿Cuáles son las complicaciones que se pueden presentar con una colostomía y qué se puede hacer frente a ellas?
- 34 ¿Cuándo debe comunicarse con el médico y/o enfermera?
- 34 Recomendaciones sobre la dieta
- 35 La vida con una colostomía
- 35 *Adaptación a la vida diaria*
- 36 *Ropa y apariencia*
- 36 *Regreso al trabajo*
- 36 *Ejercicios, juegos y deportes*

37 *Baño y natación*

37 *Viajar*

38 *Intimidad y sexualidad*

38 *Embarazo*

38 **Viviendo con cáncer**

38 Después del tratamiento, ¿debo continuar asistiendo a controles médicos?

39 ¿Debo cambiar mi estilo de vida después del tratamiento?

39 ¿Qué debo tener en cuenta en mi alimentación diaria?

39 ¿Cuál es la importancia de realizar ejercicio después del tratamiento?

40 ¿Qué ocurre si el tratamiento ya no funciona?

40 ¿Cómo serán las relaciones con los demás?

40 ¿Cuándo debo comunicar el diagnóstico?

40 ¿Se afectarán las relaciones con las personas que me rodean?

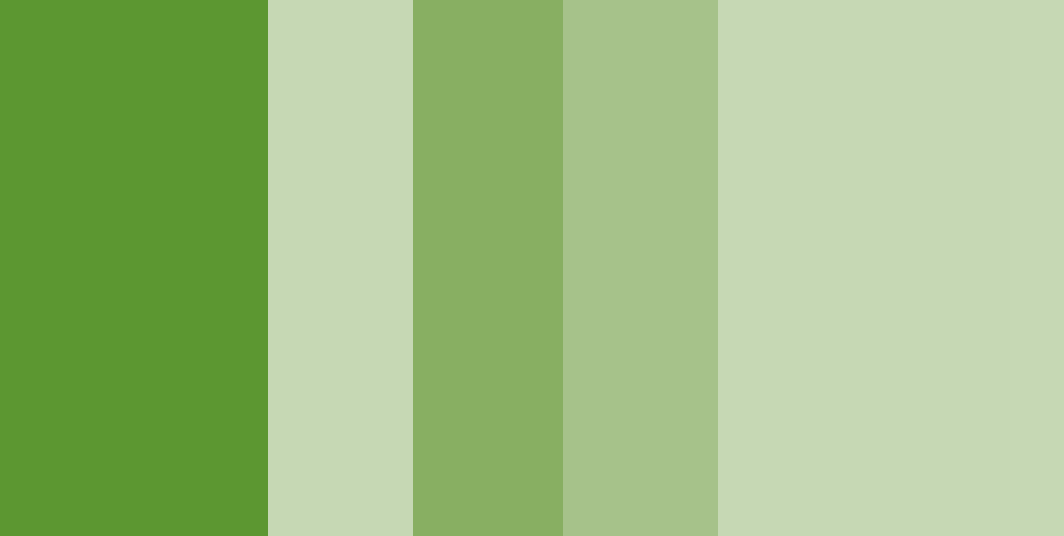
41 ¿Cómo se verá afectada la relación con mi pareja?

41 La necesidad de un nuevo ajuste de pareja

41 ¿En quién puedo buscar apoyo?

45 **Glosario**

48 **Referencias**



Introducción

Cáncer es un nombre que agrupa más de cien enfermedades, en las que las células de una parte del cuerpo comienzan a crecer sin control y de manera desordenada. El crecimiento anormal de células forma una masa o tumor. Los tumores pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos); generalmente se desarrollan de manera lenta y tardan muchos años en producir malestar. Los tumores malignos se limitan inicialmente a su sitio de origen, pero si no se diagnostican y se tratan a tiempo, pueden extenderse a otras partes del cuerpo.

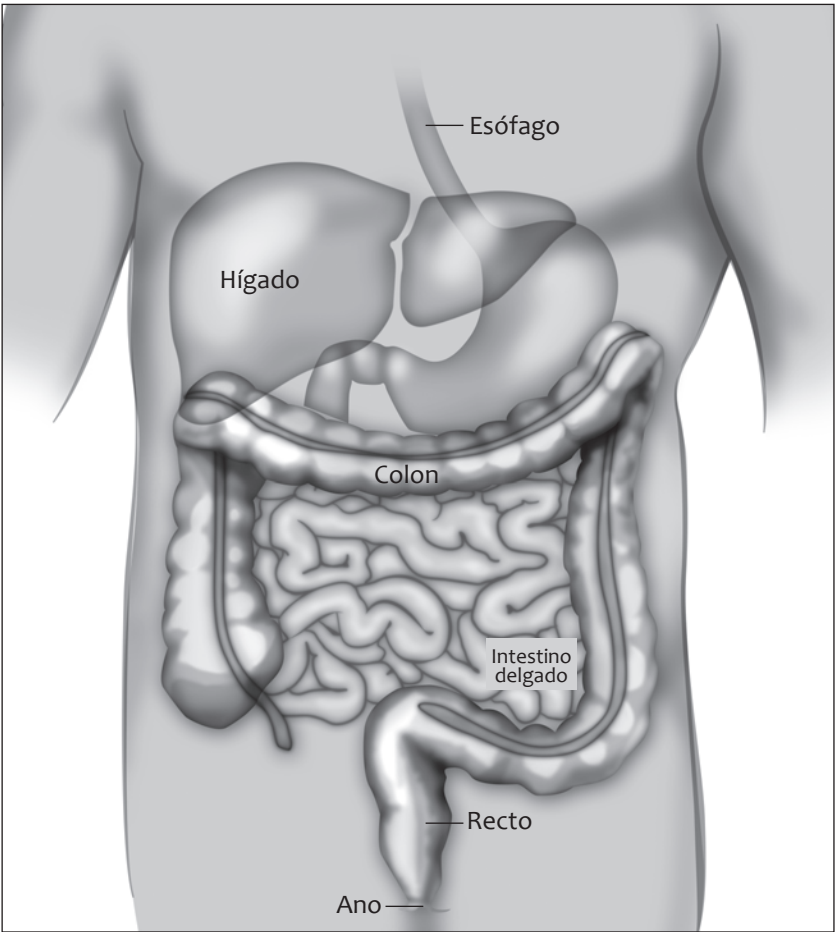
Dentro de los diferentes tipos de cáncer, el de colon y recto (CCR) es el tercer cáncer más común en hombres y el segundo más común en mujeres a escala mundial. En Colombia, para el 2008, 4.107 personas entre hombres y mujeres desarrollaron cáncer de colon y recto, y se consideró como la sexta causa de muerte por cáncer en ambos sexos (1).

¿Qué son el colon y el recto?

El colon y el recto son partes del sistema digestivo o gastrointestinal. Con forman el intestino grueso, y constituyen los segmentos finales del tubo digestivo. El colon corresponde a los primeros 80 a 100 cm del intestino grueso, y el recto, a los últimos 12 a 15 cm (2).

Luego de que los alimentos y bebidas llegan al estómago y se descomponen allí, pasan al intestino delgado para ser digeridos y absorbidos; el alimento digerido continúa hacia el intestino grueso. El colon absorbe agua y nutrientes de los alimentos para transformar los residuos en desechos sólidos (excremento o heces fecales). Los desechos (excrementos) son trasladados del colon hacia el recto, que funciona como un lugar de almacenamiento, hasta que salen del cuerpo a través de la abertura que conforma el ano (2,3) (figura 1).

Figura 1. Anatomía del colon y del recto



¿Qué es el cáncer de colon y recto?

El cáncer que se desarrolla en el colon o en el recto, también conocido como cáncer “de colon y recto”, es una enfermedad en la cual crecen células malignas en los tejidos del colon o del recto, de forma desordenada, hasta formar una masa o tumor (4) .

¿Cómo se desarrolla el cáncer de colon y recto?

El cáncer de colon y recto puede iniciar en cualquier área del intestino grueso. La mayoría de estos cánceres comienzan en las células de la mucosa del colon o del

recto, y se desarrollan más comúnmente a partir de pólipos. Los pólipos son un crecimiento de tejido no canceroso que se desarrolla dentro del intestino, habitualmente en el recto y en la porción más baja del colon (2,4).

Los pólipos son más comunes en personas mayores de 50 años. Hay diferentes tipos de pólipos y algunos de estos se consideran de mayor riesgo para el desarrollo de cáncer de colon y recto (especialmente los pólipos de tipo adenomatoso). A mayor número y tamaño de pólipos adenomatosos, mayor probabilidad de que se conviertan en cáncer.

Generalmente, las personas con pólipos no presentan síntomas durante muchos años, y en especial durante las etapas iniciales. Aunque si se presentan molestias como inflamación abdominal o cambios en los hábitos intestinales, por ejemplo estreñimiento o diarrea, la persona debe consultar a su médico. Al encontrar, extraer y analizar los pólipos, puede reducirse el riesgo de cáncer de colon y recto (4).

El cáncer de colon y recto crece de manera lenta y puede llegar a obstruir el intestino. También, puede extenderse por fuera del intestino a otras partes del cuerpo, lo que se conoce como metástasis; el hígado es el órgano que con mayor frecuencia se ve afectado por la metástasis de este tipo de cáncer (2,4).

¿Qué personas se encuentran en riesgo de presentar cáncer de colon y recto?

Personas con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidad que otras de padecer cáncer de colon y recto. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la probabilidad de que una enfermedad se presente. Los estudios han encontrado que las personas que se ubican en cualquiera de los siguientes grupos de población presentan un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de colon y recto (3,4):

- Edad mayor de 50 años: más del 90% de las personas con este tipo de cáncer han sido diagnosticadas después de los 50 años de edad.
- Haber tenido pólipos: algunos tipos de pólipos aumentan el riesgo de cáncer, especialmente si son grandes o en mayor número.
- Haber tenido cáncer de colon y recto: si ha padecido cáncer de colon o recto (aunque se le haya extirpado por completo), tiene más probabilidades de padecer nuevos cánceres en otras áreas del colon y del recto. Las probabilidades de que esto suceda son significativamente mayores si usted padeció por primera vez este tipo de cáncer siendo joven.
- Antecedentes familiares de cáncer de colon y recto: una persona que tenga algún familiar cercano (padres, hermanos o hijos) que haya padecido cáncer de colon y recto, tiene mayor probabilidad de presentar este tipo de cáncer, especialmente si el familiar tuvo el cáncer a una edad temprana. Si muchos familiares cercanos han tenido antecedentes de cáncer de colon y recto, el riesgo es aún mayor.
- Alteraciones genéticas: los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer de colon y recto. La alteración de un gen llamado HNPCC es responsable

del cáncer de colon hereditario no polipósico, que es el tipo de cáncer de colon y recto más común relacionado con la herencia. La edad promedio de las personas a quienes se les diagnostica este tipo de cáncer es de 44 años.

La alteración de un gen llamado APC es responsable de la poliposis adenomatosa familiar (PAF), que es una enfermedad rara, hereditaria, en la que se forman cientos de pólipos en el colon y el recto. Generalmente, termina en cáncer de colon y recto a los 40 años de edad. La frecuencia de este tipo de cáncer es de menos del 1% de todos los casos de cáncer de colon y recto.

Los familiares de personas que presentan cáncer de colon y recto hereditario no polipósico o poliposis adenomatosa familiar, pueden hacerse pruebas genéticas para buscar mutaciones genéticas específicas. Los médicos pueden sugerir formas para tratar de reducir el riesgo de cáncer de colon y recto, o mejorar la detección de esta enfermedad en quienes tienen cambios en sus genes.

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn): las personas que han tenido por muchos años alguna enfermedad que causa la inflamación del colon (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de colon y recto.
- Antecedentes de otros tipos de cáncer: las mujeres con antecedentes de cáncer de ovario, de útero (endometrio) o de seno tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de colon y recto.
- Dieta: diversos estudios indican que las dietas ricas en grasa de origen animal, en proteína (carnes rojas y embutidos) y bajas en fibra (frutas y vegetales), pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto.
- Fumar: las personas que fuman pueden tener un mayor riesgo de presentar pólipos y cáncer de colon y recto.

¿Cuáles son las pruebas que existen para detectar el cáncer de colon y recto en las personas en riesgo?

Actualmente existen pruebas o exámenes efectivos para encontrar lesiones precancerosas o cáncer de colon y recto antes de que este cause síntomas. Estas se denominan pruebas de tamización y se realizan en personas que no presentan síntomas o que tienen factores de riesgo personales o familiares asociados con el desarrollo de este tipo de cáncer, con el fin de descubrir la enfermedad de forma temprana y favorecer la eficacia del tratamiento.

Recomendaciones

- Si usted es mayor de 50 años y está en el grupo de riesgo promedio (sin antecedentes familiares o personales de cáncer de colon y recto), se recomienda que solicite a su médico tratante el examen de “sangre oculta en materia fecal inmunoquímica” cada dos años o una colonoscopia cada diez años, si este último examen se encuentra disponible.

- Si usted tiene antecedentes de pólipos adenomatosos del colon, se recomienda que solicite a su médico tratante una colonoscopia cuya frecuencia será determinada por su médico, dependiendo de las características de los pólipos extirpados.
- Si usted tiene antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario, se recomienda que solicite a su médico tratante una colonoscopia cuando usted cumpla 40 años de edad o diez años antes de la edad a la que le fue diagnosticado el cáncer de colon y recto a su familiar en primer grado (padres, hermanos, hijos) o segundo (abuelos, tíos, sobrinos) afectado. La colonoscopia debe realizarse cada cinco años.
- Si usted hace parte de poblaciones con alteraciones genéticas:
 - En personas con antecedentes familiares (padres, hermanos, hijos) de poliposis adenomatosa familiar (PAF) clásica confirmada por un examen de genética, o en familias con ciertas características clínicas y genéticas, se recomienda que el médico tratante solicite una colonoscopia anual a partir de los 12 a 15 años, hasta los 30 a 35 años de edad. Luego de esta edad, las colonoscopias se deben hacer cada cinco años.
 - Si hay diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar atenuada se recomienda que el médico tratante solicite una colonoscopia anual desde los 15 años de edad hasta la realización del tratamiento definitivo de la enfermedad.
 - En la población con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipoide hereditario (CCNPH) se recomienda que el médico tratante solicite una colonoscopia cada dos años, desde los 20 a 25 años de edad, o cinco a diez años antes de la edad del caso más joven diagnosticado en la familia.
- Si usted tiene antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, se recomienda que solicite a su médico tratante una colonoscopia de acuerdo con su riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto. Este riesgo se determina en la última colonoscopia completa que le hayan realizado.

Recuerde

Si usted pertenece a uno de los grupos en riesgo mencionados anteriormente, consulte a su médico sobre la edad para iniciar la detección del cáncer de colon y recto con la prueba de tamización adecuada y la frecuencia con la que se debe hacer esta prueba

¿Qué ocurre cuando la prueba de tamización es positiva?

Si la prueba de tamización es positiva, esto no necesariamente significa que usted tenga cáncer de colon y recto. Para diagnosticar el cáncer de colon y recto en una persona se deben hacer pruebas confirmatorias de la enfermedad (véase '¿Cómo se diagnostica el cáncer de colon y recto?').

Si la prueba de tamización es negativa, esto no necesariamente significa que usted no tenga la enfermedad, pues las pruebas no son 100% efectivas para detectar el cáncer. Por ello, es importante realizar las pruebas de tamización con la frecuencia recomendada o realizar de nuevo la prueba cuando se sospecha que esta no se pudo realizar de la manera más adecuada para detectar la enfermedad.

¿Cuáles son los signos y síntomas del cáncer de colon y recto?

El cáncer de colon y recto se desarrolla lentamente y tarda mucho tiempo antes de extenderse lo suficiente como para causar síntomas. Estos dependen del tipo de tumor, así como de su localización y extensión (3-5). Dentro de los signos y síntomas se encuentran:

- Cambio en los hábitos de defecación (diarrea o estreñimiento).
- Sensación de que el intestino no se vacía por completo.
- Presencia de sangre en la materia fecal (de color rojo brillante o muy oscuro).
- Heces más delgadas que de costumbre.
- Dolores abdominales frecuentes por gas o cólicos.
- Tener la sensación de estar lleno constantemente o hinchazón del vientre.
- Masa en el abdomen que se puede tocar.
- Pérdida de peso sin razón conocida.
- Cansancio constante.
- Náuseas y vómitos.
- Anemia inexplicable.

Si usted tiene cualquiera de estos síntomas, consulte a su médico. Los síntomas también pueden estar relacionados con alteraciones diferentes al cáncer; sin embargo, la única manera de conocer la causa es acudiendo a consulta con el médico.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de colon y recto?

Si usted presenta una prueba de tamización positiva o algunos de los síntomas anteriormente descritos, el médico especialista deberá realizar un examen físico e indagará sobre sus antecedentes médicos, personales y familiares. A usted se le realizarán pruebas que permitirán descartar o confirmar la presencia de cáncer de colon y recto.

El diagnóstico del cáncer de colon y recto se realiza mediante la toma de una biopsia, que consiste en tomar una muestra de una parte del tejido del intestino que se sospecha está afectado por el cáncer. La biopsia debe ser analizada por un especialista en patología, quien determina si el tejido encontrado es cancerígeno o no.

Los principales exámenes utilizados para diagnosticar cáncer de colon y recto son (4):

- **Colonoscopia:** el médico utilizará un tubo largo, delgado, flexible y con una luz para buscar pólipos o cáncer en el recto o en todo el colon. Durante el examen, el médico puede encontrar y extirpar la mayoría de los pólipos y algunos cánceres, dependiendo de la etapa o estadio en que este se encuentre. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada durante la colonoscopia, se tomará una biopsia para obtener una prueba histológica del diagnóstico, a menos que esté contraindicado (por ejemplo, pacientes con trastornos de coagulación sanguínea).
Teniendo en cuenta que en este examen se observará la totalidad del colon y del recto, usted recibirá un medicamento sedante, con el fin de evitar al máximo las molestias que pueda ocasionar la realización del procedimiento; por esto, es importante que usted asista con un acompañante mayor de edad el día del examen. La colonoscopia también se utiliza como una prueba de seguimiento en personas que ya han sido tratadas de cáncer o como complemento en caso de haber detectado algo inusual en otro examen.
- **Sigmoidoscopia flexible:** el médico pondrá en el recto un tubo delgado, flexible e iluminado para examinar el recto y la parte baja del colon; este examen permite identificar la presencia de alteraciones, como pólipos o masas. En caso de encontrar pólipos, el médico podrá sugerir la extirpación inmediata, y en caso de encontrar una masa, será necesario tomar una biopsia para un estudio más detallado.
- **Colon por enema:** en este examen se obtienen varias imágenes de rayos X del colon y el recto. Para la realización, es necesario tener una preparación previa al procedimiento, que consiste en beber un líquido especial que ayuda a limpiar el intestino para obtener imágenes más claras. Al iniciar la toma del examen, es necesario poner un enema con un líquido llamado bario, seguido de un enema que contiene aire. El bario y el aire forman un revestimiento alrededor del colon y el recto, lo que le permite al médico ver sus contornos en una radiografía.
- **Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual:** este procedimiento consiste en la realización de una tomografía axial computarizada (TAC) del intestino grueso, con la que se obtienen imágenes en dos y tres dimensiones. El médico le pondrá un tubo flexible en el recto para introducir aire suavemente en el colon; a veces se infla un balón de retención para ayudar a mantener el tubo en la posición correcta. El propósito del aire es distender el colon un poco para mejorar la visualización de pólipos y otras lesiones, que pueden ocultarse en cualquier doblez o pliegue del intestino. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada en la colonografía por TAC, se le realizará una colonoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico, a menos que esté contraindicado.

¿Cuáles son las etapas del cáncer de colon y recto?

Si las pruebas confirman el diagnóstico de cáncer de colon y recto, su médico deberá establecer el estadio o etapa en la que se encuentra su enfermedad y determinar si el cáncer se ha propagado o extendido a otros órganos. Este proceso se denomina “estadificación” y ayuda a su médico a planificar el tratamiento más adecuado para usted.

Pregunte a su médico...

- ¿Cuál o cuáles son las pruebas diagnósticas más indicadas para mi caso? ¿Por qué?
- ¿Dónde me realizarán estas pruebas?
- ¿Cómo debo prepararme para la prueba que me van a realizar? ¿Debo tener una dieta especial?
- ¿Estaré despierto o sedado durante la prueba? ¿Será doloroso?
- ¿Existe algún riesgo al realizar estas pruebas?
- ¿Cómo se tomará la biopsia?
- ¿En cuánto tiempo podré conocer los resultados? ¿Quién me informará los resultados?
- Si el resultado es cáncer, ¿quién me indicará qué pasos debo seguir?
- Si tengo cáncer, ¿existen grupos o redes de apoyo para pacientes como yo?

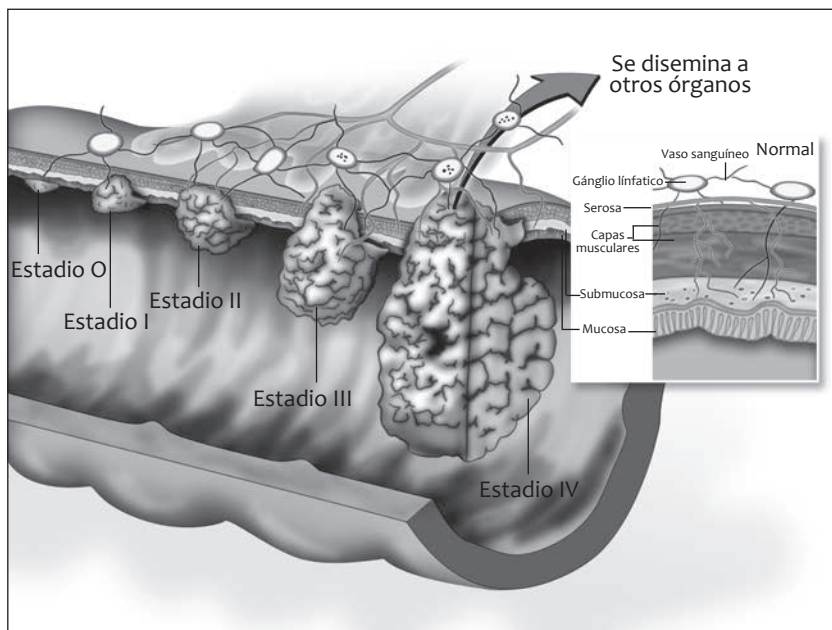
Recuerde

Más de un examen puede ser necesario para confirmar o excluir un diagnóstico de cáncer de colon y recto.

El cáncer de colon y recto se clasifica en las siguientes etapas o estadios (3):

- Estadio 0: el cáncer se encuentra solo en el revestimiento más interno del colon o del recto. El cáncer de colon y recto en etapa 0 también se conoce como carcinoma *in situ*.
- Estadio I: el tumor ha crecido dentro de la pared interior del colon o recto. El tumor no ha atravesado la pared al crecer.
- Estadio II: el tumor se extiende con más profundidad dentro o a través de la pared del colon o recto. Es posible que haya invadido tejido cercano, pero las células cancerosas no se han diseminado a los ganglios linfáticos.
- Estadio III: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos, pero no a otras partes del cuerpo.
- Estadio IV: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como al hígado o a los pulmones.
- Cáncer recurrente: este es el cáncer que ha sido tratado y que ha regresado después de un periodo en el que no podía ser detectado. La enfermedad puede regresar al colon o al recto, o a otra parte del cuerpo (figura 2).

Figura 2. Etapas del cáncer de colon y recto



La biopsia que se toma durante la prueba diagnóstica ayuda a establecer en qué etapa se encuentra el cáncer; sin embargo, es posible que se requieran pruebas adicionales para determinarlo con mayor exactitud. Las pruebas adicionales a las que puede ser sometido si el cáncer se limita solamente al colon son: tomografía axial computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis. Si el cáncer compromete el recto podrá ser necesaria la realización de resonancia magnética de pelvis y ultrasonografía endorrectal.

Pregunte a su médico...

- ¿El cáncer se encuentra por fuera de mi colon? ¿Dónde?
- ¿Necesito alguna prueba adicional para saber si el cáncer ha invadido otras partes de mi cuerpo?
- ¿Cuál es la etapa clínica (grado) de mi cáncer?
- ¿Qué tan agresivo es el tumor en mi caso?

¿Qué opciones de tratamiento existen para el cáncer de colon y recto?

Antes de iniciar el tratamiento, es muy importante que usted tenga una conversación sincera y abierta con el equipo médico de atención. Ellos deberán responder todas sus preguntas.

Pregunte a su médico...

- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento? ¿Cuál se recomienda para mi caso? ¿Por qué?
- ¿Recibiré más de un tipo de tratamiento?
- ¿Cuáles son los beneficios que se esperan de cada tipo de tratamiento? ¿Cómo me ayudará este tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios posibles de cada tratamiento? ¿Cómo se pueden controlar esos efectos secundarios?
- ¿Cómo me puedo preparar para el tratamiento?
- ¿En qué forma afectará el tratamiento mis actividades diarias? ¿Qué cambios debo esperar?
- ¿Es posible que tenga problemas urinarios? ¿El tratamiento afectará mi vida sexual?
- ¿Cuánto tiempo tardará el tratamiento en hacer efecto?
- ¿Tengo posibilidad de curarme completamente?
- ¿Qué sucedería si decido no hacerme el tratamiento que me ofrecen?
- ¿Tengo que pagar por el tratamiento o por algunos de los servicios de salud? ¿Mi asegurador cubre el tratamiento médico? ¿Quién puede brindarme información sobre los costos de mi tratamiento?

Dentro de las opciones de tratamiento para cáncer de colon y recto que le pueden ofrecer se encuentran:

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.

Dependiendo de la ubicación y estado o etapa en la que se encuentre su cáncer, y de sus condiciones individuales, como edad, estado nutricional y el padecimiento

de otras enfermedades, le pueden ofrecer un esquema de tratamiento que combine dos de ellos, por ejemplo: quimiorradioterapia concomitante o cirugía más radioterapia, así como, también, puede ser llevado solo a cirugía.

Cirugía

La mayoría de pacientes con cáncer de colon y recto serán sometidos a cirugía para retirar el tumor. Su médico debe discutir con usted la decisión sobre si la cirugía que se le hará será abierta o laparoscópica. En particular, se deben considerar los riesgos y beneficios de las dos cirugías para decidir cuál procedimiento resulta mejor para su caso.

- Colonoscopia: un pólipo pequeño en el colon o recto superior puede ser extirpado con un colonoscopio. Algunos tumores pequeños en el recto inferior pueden ser extirpados a través del ano, sin uso del colonoscopio (3).
- Laparoscopia: el cáncer de colon que apenas empieza puede extirparse con la ayuda de un tubo delgado luminoso llamado laparoscopio. Tres o cuatro pequeñas incisiones son realizadas en el abdomen. El cirujano ve dentro del abdomen con el laparoscopio. El tumor y parte del colon sano son retirados, también los ganglios linfáticos cercanos pueden sacarse. El cirujano revisa el resto del intestino y el hígado para asegurarse de que no se haya diseminado el cáncer (3).
- Cirugía abierta: el cirujano hace una herida grande en el abdomen para sacar el tumor y parte del colon o recto sanos. Algunos ganglios linfáticos cercanos también son retirados. El cirujano revisa el resto del intestino y el hígado para ver si el cáncer se ha diseminado (3).

Cuando se extrae una parte del colon o recto, el cirujano puede volver a conectar las partes sanas. Sin embargo, algunas veces no es posible hacerlo. En estos casos, el cirujano crea una nueva vía para que la materia fecal salga del cuerpo, y realiza una abertura denominada estoma en la pared del abdomen; esta abertura conecta el extremo superior del intestino y cierra el otro extremo. Dicho procedimiento se llama colostomía (3).

Para la mayoría de las personas, el estoma es temporal. Es necesario solo mientras sana el colon o el recto después de la cirugía. Cuando ya ha sanado, el cirujano vuelve a conectar las partes del intestino y cierra el estoma. Algunas personas, especialmente quienes tienen un tumor en la parte inferior del recto, necesitan un estoma permanente (3).

Obstrucción intestinal

Algunas veces, el tumor en el colon o recto puede obstruir el intestino y bloquear el paso de las heces, lo cual puede causar dolor abdominal y vómito, esto se conoce como obstrucción intestinal aguda y necesita ser tratada como una emergencia médica, ya que el intestino puede llegar a perforarse. Cuando un paciente acude al servicio de urgencias por esta situación, el equipo médico le solicitará ciertos exámenes para confirmar el diagnóstico de obstrucción, como tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis. Si el diagnóstico de obstrucción intestinal

se confirma, un equipo médico decidirá si la colocación de un *stent* en el colon es adecuada para el paciente, de acuerdo con sus condiciones individuales. Un *stent* es un pequeño tubo metálico expansible que se inserta en el colon para aliviar la obstrucción y permitir nuevamente el paso de las heces (6).

Pregunte a su médico...

- ¿Qué tipo de cirugía es recomendada en mi caso?
- En mi caso, ¿cuáles son las ventajas de esta cirugía? ¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?
- ¿Requiero alguna preparación especial antes de la cirugía?
- ¿Cuánto tiempo va a durar la cirugía?
- ¿Será necesario retirar algunos de mis ganglios linfáticos? ¿Se retirarán otros tejidos? ¿Por qué?
- ¿Necesitaré una colostomía? Si es así, ¿será permanente el estoma? ¿Qué tipo de complicaciones pueden presentarse?
- ¿Qué cuidados especiales debo tener después de la cirugía?
- ¿Cuánto tiempo estaré incapacitado por la cirugía?
- ¿Qué actividades debo evitar después de la cirugía?
- ¿Cuándo puedo regresar a mis actividades normales?

Tenga en cuenta...

- El tiempo de la hospitalización después de la cirugía y los efectos postoperatorios dependerán del tipo de la cirugía y el estado general de salud de la persona antes de la cirugía.
- La mayoría de personas experimentarán dolor después de la cirugía, que generalmente se controla con medicamentos para el dolor.
- En algunas ocasiones, las conexiones que se hacen entre los extremos de los intestinos pueden presentar fugas, lo que puede causar infecciones.
- Ante la presencia de signos de infección: fiebre (temperatura mayor de 38 °C), secreción fétida en la herida y/o en el estoma, dolor abdominal fuerte, debe consultar a su médico inmediatamente.
- En algunos pacientes se desarrolla tejido cicatricial en el abdomen, que puede causar de nuevo una obstrucción del intestino.
- La actividad física ligera y el trabajo se podrán reiniciar gradualmente a medida que se recupere.
- Realice actividades que no produzcan dolor o fatiga.

Radioterapia

La radioterapia es un método por medio del cual los rayos X de alta energía destruyen las células cancerosas en el área afectada. Se pueden utilizar diferentes tipos de radioterapia para tratar el cáncer (3); para el cáncer de colon y recto se utiliza la radiación externa, cuyos rayos provienen de una máquina. Estos rayos X de alta energía pueden depositar su dosis en la zona donde se encuentra el tumor para destruir las células cancerosas; así, con una planificación cuidadosa, se evita afectar los tejidos normales cercanos. No se ponen fuentes de radiación dentro del cuerpo del paciente (4).

La radioterapia puede ser ofrecida con intención curativa o paliativa (para aliviar los síntomas). Y puede ser administrada antes o después de la cirugía, acompañada o no de quimioterapia. La radioterapia antes de cirugía solo se utiliza en pacientes con cáncer limitado al recto.

Los efectos secundarios más frecuentes de la radioterapia son: fatiga, náuseas, diarrea, distensión abdominal, irritación de la piel alrededor del ano, trombosis vascular, y en la piel del abdomen, sensación de quemazón con calor. La piel del área tratada puede parecer como si estuviese quemada por el sol y más tarde bronceada; la integridad de la piel se recupera en un plazo de seis a doce meses (4).

Recomendaciones durante la radioterapia:

- Asegúrese de descansar lo suficiente antes y después de la radioterapia. Planifique el tiempo para descansar.
- Observe la piel tratada, no la frote ni la restriegue. En lo posible, no aplique cintas adhesivas sobre ella.
- Tenga cuidado cuando se duche o se bañe. No borre las marcas de tinta que necesita para el tratamiento.
- Evite el uso de calor y frío en el área del tratamiento.
- Proteja del sol el área del tratamiento.
- Evite el uso de ropa ajustada.
- Informe a su médico acerca de cualquier medicamento que esté tomando.
- Haga ejercicio. Camine por lo menos quince minutos al día.
- Mantenga una dieta balanceada y nutritiva, y si es necesario, solicite orientación con un nutricionista.

Pregunte a su médico...

- ¿La radioterapia en mi caso tiene como propósito la curación?
- ¿En qué consiste el tratamiento, con qué frecuencia se administra y por cuánto tiempo?
- ¿Cuál es la posibilidad de que funcione la radioterapia? ¿Cómo sabré si la radioterapia está funcionando?
- ¿Me van a hacer radioterapia antes o después de cirugía? ¿Por qué?
- Utilizando la radioterapia después de cirugía, ¿cuál es la posibilidad de que se destruyan las células cancerosas que hayan quedado?

(Continúa)

Pregunte a su médico... *(Continuación)*

- ¿Cuál es la posibilidad de que el cáncer se propague o reaparezca si recibo o no la radioterapia?
- ¿Hay otras opciones de tratamiento diferentes a la radioterapia?
- Si decido recibir la radioterapia, ¿qué puedo hacer para prepararme para este tratamiento?
- ¿Cómo afectará la radiación el área que rodea el órgano afectado?
- ¿Qué efectos secundarios se pueden presentar?
- ¿Alguno de estos efectos secundarios alterará mi capacidad para desempeñarme normalmente, es decir, mi capacidad para alimentarme, hacer ejercicio, trabajar?
- ¿Los efectos secundarios cambiarán mi apariencia física?

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas y/o cancerosas. La dosis y el tipo de fármaco varían según los tipos de cáncer y según la respuesta o situación general del paciente (4).

La quimioterapia puede administrarse diariamente o incluso cada semana o cada mes, mediante ciclos que alternan la administración de medicamentos con periodos de descanso. Esto permite al organismo recuperar células sanas de los efectos de la quimioterapia (4).

Existen varias vías de administración de la quimioterapia:

- Oral: en pastillas o cápsulas.
- Inyectada: intravenosa por medio de un catéter central venoso (con algunos medicamentos) o en una vena del brazo.

En cualquiera de los dos casos, la quimioterapia pasa al torrente sanguíneo y circula por todo el organismo. Algunas personas con cáncer de colon y recto en la que este se ha diseminado a otras partes del cuerpo, reciben un tipo de tratamiento adicional que se conoce como terapia biológica. La terapia biológica para cáncer de colon y recto se realiza mediante el uso de anticuerpos monoclonales. Estos anticuerpos se unen a las células cancerosas del colon o del recto e impiden el crecimiento de las células cancerosas y la diseminación del cáncer. Las personas reciben anticuerpos monoclonales por una vena en el consultorio del médico, en el hospital o en la clínica. Algunas personas reciben quimioterapia al mismo tiempo (3).

Pregunte a su médico...

- En mi caso, ¿cuál es el objetivo de la quimioterapia?
- ¿Cuáles medicamentos tomaré o me aplicarán? ¿Cómo funcionan estos medicamentos?
- ¿Cómo recibiré la quimioterapia, con qué frecuencia, por cuánto tiempo y dónde me la administrarán?
- ¿Me van a hacer quimioterapia antes o después de cirugía? ¿Por qué?
- Si me administran quimioterapia después de la cirugía o radiación, ¿se destruirán las células cancerosas que hayan quedado?
- En mi caso, ¿se podría utilizar únicamente la quimioterapia sin necesidad de recurrir a cirugía o radiación?
- ¿Cuál es la posibilidad de que la quimioterapia funcione? ¿Cómo sabré si la quimioterapia está funcionando?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia que recibiré?
- ¿Cuáles efectos secundarios deberé informarle?
- ¿Existe alguna manera de prepararme para el tratamiento y reducir la intensidad de los efectos secundarios?
- ¿Es necesario cambiar mi alimentación durante la quimioterapia? ¿Mis actividades, mi trabajo, mis ejercicios o mi actividad sexual?
- Después de la quimioterapia, ¿estaré curado? ¿Desaparecerán total o parcialmente los signos y síntomas de la enfermedad?

¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

La quimioterapia actúa sobre células que se dividen rápidamente, ya sean sanas o enfermas. La acción de estos medicamentos sobre las células sanas produce los efectos secundarios. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de los medicamentos que se usen, la cantidad que se administre, la combinación de varios medicamentos y la duración del tratamiento. Estos efectos no siempre se producen, algunos son de corta duración y la mayoría de ellos desaparecen al poco tiempo de finalizar el tratamiento, es decir, al completar todos los ciclos de quimioterapia programados.

Tenga en cuenta...

Los efectos secundarios más frecuentes producidos por la quimioterapia son:

- Alopecia (caída del cabello)
- Náuseas y vómito
- Diarrea
- Mucositis (úlceras o llagas en la boca)
- Cansancio o fatiga
- Alteraciones en las células de la sangre (glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas)
- Alteraciones en el sistema nervioso
- Dolor muscular y/o articular
- Cambios en la sexualidad
- Trastornos en el sueño

Existen medicamentos que administrados simultáneamente con la quimioterapia pueden prevenir o reducir algunos de los efectos secundarios, como las náuseas y el vómito. Si estos síntomas son intolerables para usted, no dude en hablar con su médico tratante, quien podrá reorientar la medicación. Así mismo, existen algunas medidas que son aplicables en la vida diaria y le pueden ayudar a disminuir o a controlar estos efectos; pregunte al personal de salud por las medidas que le permitirán sobrellevar mejor su tratamiento.

Recomendaciones durante la quimioterapia:

- Asegúrese de descansar lo suficiente.
- Cuando se levante después de estar acostado, siéntese un minuto antes de ponerse de pie.
- Trate de que la alimentación sea variada, pruebe nuevos alimentos y recetas condimentados a su gusto y tolerancia.
- Consuma alimentos y bebidas en preparaciones que sean de fácil digestión, como verduras cocidas o al vapor, sopas, jugos naturales bajos en azúcar, entre otros.
- Camine 10 a 15 minutos antes de las comidas; esto puede estimular su apetito.
- Ingiera alimentos en pequeñas cantidades, aproximadamente cada dos horas.
- Coma despacio, y cuando haya terminado, permanezca sentado por cerca de 45 minutos.

Recuerde

Infórmele a su médico acerca de cualquier medicamento que esté tomando antes de comenzar la quimioterapia

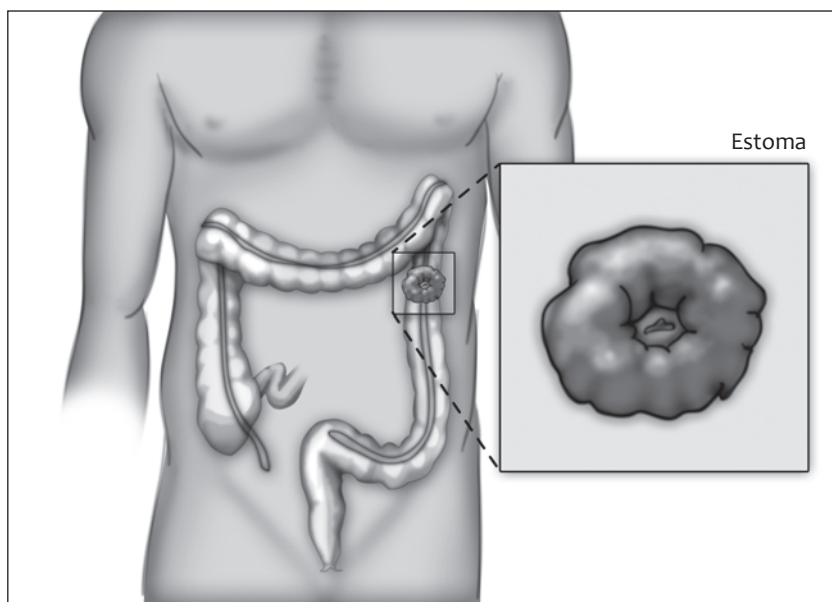
Aspectos relacionados con la ostomía

Toda la información y capacitación que requiera para el autocuidado de la ostomía se la proporcionará su médico y enfermera especialista en terapia enterostomal; es muy importante desarrollar y mantener la capacidad de escuchar activamente, de confianza, respeto y sinceridad, para garantizar una adaptación satisfactoria y ganar autoconfianza. Solo se requiere desarrollar algunas destrezas manuales.

¿Qué es un estoma?

Un estoma es la exposición al exterior de una porción del intestino para poder expulsar la materia fecal que, por causa del cáncer, no puede ser eliminada por el orificio natural. El segmento del intestino que se observa es de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo (figura 3).

Figura 3. El estoma



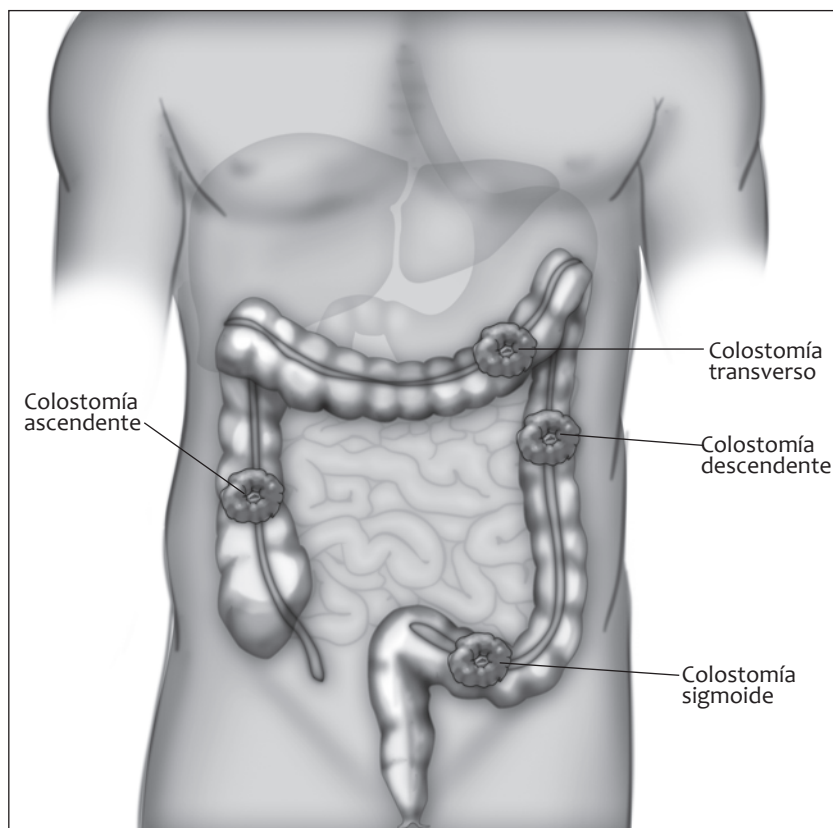
El tejido del estoma no es piel, sino mucosa de intestino. En la cirugía, tras retirar la porción de intestino con cáncer, la parte sana se exterioriza, “dándole vuelta como a una media”; por lo tanto, lo que se ve es la parte interna del intestino (7). El estoma no tiene terminaciones nerviosas, así que no transmite dolor u otras sensaciones, pero es rico en vasos sanguíneos y puede sangrar ligeramente si está irritado o si se frota.

¿Qué es una colostomía?

La colostomía es un estoma del colon. El tipo de colostomía (figura 4) depende de la localización del estoma en el abdomen:

- Ascendente: en la zona derecha.
- Transversa: en la zona superior.
- Descendente: en la zona izquierda y alta.
- Sigmoidea: zona inferior izquierda.

Figura 4. Tipos de colostomía



Después de una colostomía, el intestino funcionará como lo hacía antes, con excepción de:

- El ano ya no es la salida para la materia fecal.
- Después de la cirugía, algunas personas pueden sentir la necesidad frecuente de defecar, experimentando salida de moco, sangre y algo de materia fecal que queda como residuo (8).

Es importante conocer las características del fluido de la colostomía para saber qué dispositivos utilizar y evitar lesiones en la piel debido a fugas; es decir, presencia anormal de heces entre la piel y el adhesivo. En la colostomía ascendente y transversa el fluido es semilíquido, en la colostomía descendente y sigmoidea el fluido es blando. Después de la cirugía, el tránsito y ritmo intestinal se regularizan, lo que permite prever cuando se va a hacer deposición (7).

¿Qué es un sistema colector y para qué sirve?

Un sistema colector se usa para recoger la materia fecal a la salida de la colostomía. Hay disponibles dos tipos de sistemas. Ambos tipos incluyen una parte que se adhiere a la piel, llamada barrera cutánea o galleta, y una bolsa para la recolección (9).

Los dispositivos de una pieza se ponen en la barrera cutánea, y los dispositivos de dos piezas constan de una barrera cutánea y una bolsa que se puede retirar y volver a poner en la barrera.

- Las bolsas de los dispositivos de una y dos piezas se drenan.
- Las bolsas están hechas de materiales a prueba de olores. Son transparentes u opacas, y de diferentes longitudes.
- La barrera está diseñada para proteger la piel de la materia fecal que sale del estoma, a través de una apertura en su parte inferior.
- Después de la cirugía es posible que el estoma esté inflamado durante cinco a ocho semanas. Durante este tiempo, se debe medir el estoma aproximadamente una vez a la semana. Las cajas de las bolsas incluyen una tarjeta de medición, o puede elaborar su propia plantilla, que se ajuste a la forma del estoma. La apertura de la barrera cutánea no debe ser más de 3 mm más grande que el estoma (8).

Un sistema colector debe ser:

- Seguro, con un sello a prueba de derrames, que dure de tres a siete días.
- A prueba de olores.
- Adecuado para proteger la piel que está alrededor del estoma.
- Casi invisible cuando se cubra con la ropa.
- Fácil de poner y quitar.

El dispositivo colector se puede cambiar en las siguientes circunstancias:

- En ciertas horas del día en las que hay menor actividad intestinal.
- Al levantarse.
- Antes de comer o beber. Si lo hace después de comer, es aconsejable que permita que transcurra al menos una hora después de la comida, cuando el movimiento digestivo se reduce.

Inmediatamente después de la cirugía, la materia fecal que sale de la colostomía puede ser muy blanda o líquida. Cuando se vuelva más densa, puede determinar la mejor hora para cambiar el dispositivo.

Tenga en cuenta que el tiempo que un dispositivo permanece adherido en la piel depende de muchos factores:

- Sudar reduce el número de días que puede usar el dispositivo. El calor del cuerpo, junto con la temperatura ambiente, ocasiona que la barrera se afloje de la piel más rápido de lo habitual.
- La piel grasosa y húmeda afecta el uso del dispositivo.
- Los cambios de peso afectan el uso del dispositivo. El peso que aumente o pierda después de la cirugía, puede cambiar la forma del abdomen y la ostomía, lo que hace que necesite un dispositivo diferente.
- Los alimentos que causan heces líquidas pueden reducir la duración del sello.
- Las actividades físicas pueden afectar el tiempo de uso del dispositivo. Por ejemplo, nadar o los deportes de actividad intensa que hagan sudar (8).

¿Qué cuidados se deben tener con el estoma?

- En los días posteriores a la cirugía, lave el estoma con suero fisiológico y séquelo con gasas que no se deshilachen.
- Cuando se caigan los puntos de sutura del estoma, lave con agua y jabón neutro, con toallitas o papel higiénico suave.
- No friccione con fuerza al lavar el estoma, si sangra un poco se puede hacer una ligera presión en la zona con una gasa fría que no deshilache. Se debe utilizar el frío para cortar la hemorragia, pero nunca hielo.
- Seque el estoma con una toalla con toques suaves. Nunca utilice secador con aire caliente, por riesgo de quemadura.
- No utilice sustancias irritantes sobre el estoma, como alcohol o colonia.
- En caso de que su piel sea velluda, corte el pelo con tijera; no utilice cremas depilatorias ni máquina de rasurar.
- Ponga la bolsa recolectora ajustada al estoma, pero sin oprimir.

¿Cómo se debe proteger la piel alrededor del estoma?

La piel que circunda el estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen; sin embargo, la materia fecal que sale de la ostomía puede causar irritación o dolor en esta área.

Las siguientes recomendaciones le ayudarán a mantener su piel sana:

- Use el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel. Una abertura muy pequeña puede cortar o lesionar el estoma, y lo inflama. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal puede entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, reemplace la barrera por una que se adapte a su ostomía.
- Cambie el dispositivo de manera periódica para evitar fugas e irritación en la piel. La rasquiña y el ardor son signos de que es necesario limpiar la piel y cambiar el dispositivo.
- No arranque de la piel cuando retire el dispositivo, evite retirarlo más de una vez al día, salvo que se requiera.
- Esté alerta a la sensibilidad que le puede producir en la piel, semanas, meses o incluso años después de su uso, el material adhesivo de la barrera o la bolsa. Si la piel se irrita solo donde la bolsa de plástico hace contacto con ella, puede cubrir la bolsa con una tela suave.

¿Qué hacer en caso de presentar síntomas molestos con el estoma?

Si llega a presentar (8):

- Manchas de sangre en el estoma: las manchas de sangre no deben alarmarle. Puede que se genere un sangrado leve al limpiar alrededor del estoma cuando esté cambiando la barrera; usualmente el sangrado desaparece de manera rápida.
- Gas (flatulencia): inmediatamente después de la cirugía se pueden experimentar gases todo el tiempo. La mayoría de las cirugías de abdomen presentan este incómodo síntoma. A medida que la inflamación del tejido desaparece, los gases se van reduciendo. Alimentos como legumbres, huevos, piel de manzana, lechuga, coliflor, pepino, brócoli, cerveza, bebidas con gas, melón, cebolla, repollo, coles, fríjoles y champiñones producen gas, así que puede seguir las siguientes recomendaciones para disminuir este síntoma:
 - Comer de manera regular y en pequeñas cantidades de cuatro a cinco veces al día.
 - No es aconsejable saltarse las comidas para evitar gases o la producción de material fecal.
- Si le preocupan los ruidos de los gases al estar ante otras personas, puede decirles, “Disculpe, me está gruñendo el estómago”. Si llega a sentir que está por pasar gas, cruce los brazos sobre su abdomen para que sus antebrazos reposen sobre su estoma. Esto disminuirá los ruidos.
- Olor: alimentos como ajo, huevo, algunas especias, pescado, espárrago, remolacha producen olores. Igualmente, las bacterias que normalmente hay en su intestino, las enfermedades, algunos medicamentos y las vitaminas pueden causar olor.

¿Qué puede hacer para controlar el olor?

- Use una bolsa a prueba de olores
- Verifique que la barrera de la piel se encuentre bien adherida.
- Vacíe la bolsa con frecuencia.
- Ponga líquidos y/o tabletas desodorantes especiales en la bolsa. Por ejemplo, tabletas de clorofila.
- Utilice desodorantes de aire que controlen el olor; puede utilizarlos cuando vacíe la bolsa.

¿Cuál debe ser la higiene de la colostomía?

La higiene de su colostomía forma parte de su aseo personal diario. No trate su colostomía como si fuera una herida (10). Los siguientes son los materiales necesarios para la higiene de su colostomía:

- Bolsa para colostomía.
- Bolsa plástica para desechar el material sucio.
- Papel higiénico suave.
- Toallas suaves.
- Jabón neutro.
- Agua tibia.
- Espejo, si fuera necesario, para verse el estoma.
- Tijeras.

Procedimiento (10)

- Lávese las manos antes de iniciar la higiene de su colostomía.
- Despegue el adhesivo de arriba hacia abajo, sosteniendo la piel alrededor de la colostomía con suavidad, hasta desprender completamente la bolsa. Evite tirones. Retire los restos de heces de su colostomía ayudándose con papel higiénico/toallas.
- Lave suavemente el estoma.
- Seque la piel con suaves toques.
- Aplique protector cutáneo y déjelo secar. Estos protectores forman una película que protegen la piel de las secreciones y evitan la irritación.

¿Cómo poner la bolsa? (10)

- Mida la colostomía periódicamente, debido a que puede sufrir modificaciones en su tamaño, como reducirse con el paso del tiempo; para ello, lea las instrucciones del fabricante.
- Si la colostomía es redonda podrá utilizar la bolsa precortada, si es irregular deberá utilizar bolsas recortables, dándoles la forma que tiene.
- Para facilitar la colocación de la bolsa, utilice el espejo.
- El ajuste es correcto cuando existen 1 o 2 mm entre la colostomía y el diámetro de la bolsa.

¿Cómo vaciar la bolsa?

Vacíe la bolsa cuando alcance alrededor de una tercera parte de su capacidad, para evitar que se llene mucho y tenga fugas. Siga estos pasos:

- Siéntese en el inodoro tan atrás como pueda o en una silla frente al inodoro.
- Coloque una pequeña tira de papel higiénico en el inodoro para evitar salpicaduras.
- Sujete la parte inferior de la bolsa hacia arriba y ábrala por el extremo.
- Lentamente desenrolle el extremo dentro del inodoro.
- Vacíe suavemente el contenido.
- Limpie las partes externa e interna del extremo de la bolsa con papel higiénico.
- Enrolle el extremo de la bolsa y el clip.
- Lávese las manos y séquelas con una toalla.

¿Cuáles son las complicaciones que se pueden presentar con una colostomía y qué se puede hacer frente a ellas?

Ante la presencia de los siguientes signos y/o síntomas avise a su médico o enfermera especialista en el cuidado de ostomías.

- Alteración de la piel: las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que logre un buen cierre alrededor del estoma.
- Hernia: el problema más común después de cirugía de una colostomía (aparte de la irritación cutánea) es la herniación alrededor de la colostomía. Una hernia es el abultamiento de un recodo de un órgano o tejido a través de los músculos del abdomen.
- Obstrucción: pueden presentarse periodos breves en que no saldrá materia fecal por la colostomía; esto es normal, pero si el estoma no es activo por cuatro o seis horas, y se presentan calambres y/o náuseas, es posible que esté obstruido el intestino.

Si esto sucede:

- Vigile la inflamación del estoma y regule la apertura de la bolsa según sea necesario, hasta que desaparezca la inflamación.
- Tome un baño caliente para relajar los músculos abdominales.
- No tome laxantes.
- Evite la introducción de supositorios de glicerina (9).
- Los alimentos con alto contenido de residuos (alimentos con alto contenido de fibra), como vegetales chinos, piña, nueces, coco y maíz, pueden causar obstrucción. Los cambios internos, como adherencias (tejido de cicatrización que se forma en su abdomen después de la cirugía), también pueden causar obstrucción.
- Diarrea: la diarrea es una advertencia de que algo anda mal. La diarrea se define como deposiciones frecuentes, sueltas o líquidas en mayor cantidad. Esto sucede cuando la comida pasa a través del intestino muy rápidamente y no

hay tiempo para que los líquidos y los electrolitos se absorban. Puede aparecer repentinamente y causar calambres, hace que el cuerpo pierda muchos líquidos y electrolitos.

Causas de diarrea:

- La infección intestinal o la intoxicación por alimentos, que con frecuencia causan fiebre y vómitos.
- Los antibióticos.
- Las obstrucciones parciales también causan descargas de mal olor, calambres, salida forzada de materia fecal líquida.
- Desequilibrio de electrolitos: los electrolitos son sales y minerales de la sangre, como potasio, magnesio y sodio. Su equilibrio es muy importante. Cuando se extirpa el colon (intestino grueso), se corre un mayor riesgo de tener un desequilibrio de electrolitos. La diarrea, el vómito y la sudoración aumenta este riesgo.
- Deshidratación: signos y síntomas de deshidratación, como sed, sequedad de la boca, mareos, sensación de cansancio, menor cantidad de orina o de color amarillo oscuro, sensación de inquietud, nerviosismo.

Si se deshidrata:

- Necesita beber suero de rehidratación oral.
- La pérdida de apetito, mareos y calambres en las piernas son síntomas de pérdida de sodio. El cansancio, la debilidad muscular y la falta de aliento son síntomas de pérdida de potasio.

¿Cuándo debe comunicarse con el médico y/o enfermera?

Debe llamar al médico o enfermera de ostomías, o asistir a urgencias si presenta:

- Calambres que duran de dos a tres horas.
- Náuseas y vómitos continuos.
- Mal olor de la colostomía que dura más de una semana (esto puede ser un signo de infección).
- Herida profunda o lesión de la ostomía.
- Irritación grave de la piel o úlceras.
- Sangrado continuo donde el estoma hace contacto con la piel.
- Cambio inusual en el tamaño y color del estoma.

Recomendaciones sobre la dieta

- La mayoría de las personas con ostomía pueden volver a comer alimentos que normalmente consumían. Si tiene una dieta especial debido a problemas del corazón, diabetes u alguna otra condición de salud, consulte al médico y al nutricionista.

- Consuma alimentos cocinados y evite el consumo de alimentos como ensaladas, verduras crudas y frutas.
- Consuma aquellos alimentos que le prohibieron después de cirugía de manera gradual, al principio pequeñas cantidades y luego aumente lentamente. Si llega a presentar calambres o diarrea, evítelos, pero vuelva a intentar en unas semanas de manera gradual.
- Mastique bien y observe la tolerancia a los alimentos.
- Tome mucho líquido; se recomienda beber de ocho a diez vasos al día.
- Beba más líquido si suda o vive en clima caliente.

Tenga en cuenta...

- La remolacha hace que la materia fecal que sale de la ostomía adquiera un color rojizo que parece sangre, esto no es problema. El jugo de tomate y los colorantes de alimentos pueden cambiar el color usual de la materia fecal que sale por la ostomía.
- Tener una colostomía no implica variar la dieta habitual, aunque hay alimentos que debe ingerir con precaución.
- No es posible prevenir el movimiento del intestino al no comer. Un intestino vacío produce gas y mucosidad. Cualesquiera que sean sus planes diarios, coma regularmente varias veces al día. Su colostomía funcionará mejor.

La vida con una colostomía

Adaptación a la vida diaria

Sus amigos y familiares pueden hacer preguntas sobre la cirugía (11):

- Infórmeles lo que quiere que ellos sepan; dé respuestas claras y breves sobre su cirugía abdominal.
- Si tiene hijos, responda a sus preguntas de manera sencilla y honesta. Una vez responda qué es una colostomía, es posible que hagan preguntas y quieran ver el estoma y el dispositivo.
- Si es soltero, puede seleccionar el momento de explicar la situación a su pareja, hágalo al inicio de la relación. Aclare que la cirugía era necesaria y el cuidado de la colostomía no afectará la vida en pareja. No espere hasta el primer contacto íntimo o sexual para hablar a su pareja sobre su colostomía.
- Si está considerando casarse, hable con su futuro cónyuge sobre la vida con una colostomía y su efecto en las relaciones sexuales, hijos y aceptación de la familia, esto le ayudará a corregir cualquier idea que tenga su pareja.
- Asista a grupos de apoyo, en estos le ayudarán a sentir y compartir su experiencia.

Ropa y apariencia

- No necesita ropa especial, las bolsas de colostomía son bastante planas y es difícil verlas a través de la mayoría de la ropa. La presión de la ropa interior con elástico no daña el estoma ni detendrá la función del intestino (8).
- Si antes de la cirugía padecía problemas intestinales, ahora puede comer normalmente. Tan pronto su apetito regrese a la normalidad, es posible que suba de peso. Esto afecta la selección de la ropa.
- La ropa interior en tejidos de algodón y elásticos proporcionan soporte y seguridad.

Regreso al trabajo

Tan pronto vuelva a fortalecerse, puede retomar sus actividades diarias:

- Cuando regrese al trabajo, hable sobre su colostomía con su empleador o con un amigo. Mantener una actitud abierta al respecto contribuye a la educación de los demás, en cambio, mantener en secreto su estado actual puede causar inconvenientes.
- Las personas con colostomías pueden realizar la mayoría de los trabajos. Sin embargo, levantar objetos pesados puede causar una hernia en el estoma (todo el estoma podría abultarse) o un prolapso (parte del intestino se sale por el estoma). Un golpe repentino en el área del dispositivo puede causar lesiones en el estoma. Aun así, las personas con colostomías levantan objetos pesados en el trabajo, como los bomberos, mecánicos y conductores de camiones. Hay atletas que tienen estomas. Consulte con su médico sobre su tipo de trabajo. Como en toda cirugía mayor, tomará tiempo recobrar las fuerzas después de la cirugía. Puede solicitar una certificación al médico, dirigida a su empleador, si es que existen dudas en relación con su capacidad física.
- Un paciente con colostomía no está limitado para trabajar. Si tiene dificultades, pida ayuda a los profesionales de la salud y/o hable con otras personas que hayan resuelto esta dificultad.

Ejercicios, juegos y deportes

Todas las personas necesitan ejercicio diario para mantenerse saludables. Una colostomía no impide realizar ejercicios y participar en deportes; sin embargo, tenga en cuenta lo siguiente:

- Evite los deportes de contacto que puedan causar lesiones en el estoma como resultado de un golpe, o porque el dispositivo pueda deslizarse. Si los realiza, utilice protección especial para prevenir alguna lesión.
- Levantar pesas puede producir una hernia en el estoma. Consulte a su médico sobre estas actividades deportivas. Muchas personas con ostomía corren, levantan pesas, esquían, nadan y participan en otros deportes.

Baño y natación

- Puede bañarse en tina o en regadera con o sin el dispositivo. La exposición normal al aire o el contacto con jabón y agua no dañan el estoma. El jabón no lo irrita y el agua no se introduce en la bolsa.
- Si practica natación con el dispositivo, tenga en cuenta:
 - Usar cinturón de apoyo para la ostomía.
 - Proteja la barrera poniendo cinta adhesiva a prueba de agua por los bordes.
 - Escoja un vestido de baño que tenga forro y produzca una imagen plana.
 - Use telas de colores oscuros, o con patrones muy elaborados, que ayudan a disimular el dispositivo.
 - Las mujeres pueden usar un vestido con una pequeña falda integrada, y/o pantalones cortos elásticos, hechos especialmente para usarse con los vestidos de baño.
 - Los hombres pueden usar pantaloneta de baño con una mayor longitud en el talle y en las piernas, o usar pantalones cortos de ciclista o prendas de apoyo debajo del traje de baño. Si el estoma está a la altura de la cintura, use camisetitas sin mangas y pantaloncillos cortos para nadar.
 - Antes de nadar, recuerde vaciar primero la bolsa y comer de manera ligera.

Viajar

Todos los medios para viajar son posibles (8). Muchas personas con colostomía viajan de la misma manera que los demás, y esto incluye campamentos, cruceros y viajes aéreos.

Recomendaciones

- Lleve el doble de material que pueda necesitar, es posible que el material no sea fácil de conseguir a donde vaya. Use bolsas de plástico con sello para desechar las bolsas de colostomía.
- Salga de casa preparado. Antes de un viaje largo, averigüe dónde puede obtener suministros. Un grupo de apoyo de ostomías del lugar puede ayudarle a encontrar suministros de colostomías y referencias de profesionales de salud.
- Los cinturones de seguridad no dañan el estoma cuando estos se ajustan de manera cómoda.
- Si viaja en automóvil, mantenga los materiales en la parte más fresca del vehículo. Evite guardarlos en el baúl o en la repisa de la ventana trasera.
- Si viaja en avión, el equipaje que se registra puede perderse o no llegar a tiempo. Utilice estuches que puedan ser empacados dentro del equipaje de mano.
- Evite problemas en la aduana o en la revisión del equipaje, llevando la fórmula médica que indique que usted necesita llevar suministros de colostomía y medicamentos. Se evitará dificultades si tiene esta información traducida al idioma local.
- Antes de viajar al extranjero, consiga una lista de médicos de la región que hablen el idioma con el que pueda comunicarse.
- La diarrea es un malestar intestinal común en los turistas, tengan colostomía o no. La causa más común de diarrea es el agua o la comida contaminada. Puede

ser causada por cambios en el agua, los alimentos o el clima. Evite frutas y vegetales con cáscara; asegúrese de que el agua sea potable; si el agua no es segura, no utilice hielo, use agua embotellada o hervida, incluso para cepillarse sus dientes. No olvide mantenerse hidratado.

Intimidad y sexualidad

Las relaciones sexuales y la intimidad son aspectos importantes y de plenitud en la vida, por tanto deben continuar tras una cirugía de colostomía, solo necesita un periodo de adaptación. Su actitud es un factor clave en restablecer la expresión íntima y sexual (9)

Recomendaciones

- Hable con su pareja sobre cualquier inquietud sobre su sexualidad, el contacto físico no afecta el estoma ni desprenderá la bolsa. Un estoma en el abdomen es un cambio en su apariencia, puede sentirse ansioso y cohibido. Traten de ser cálidos, tiernos y pacientes mutuamente. La primera relación íntima no puede salir a la perfección después de la cirugía. El hombre puede tener dificultad en obtener y mantener una erección, así como la mujer puede experimentar algo de dolor durante el sexo. Estas dificultades se mejoran con el tiempo. A medida que recupera su interés en el sexo, va recuperando las fuerzas y maneja mejor el dispositivo. Si la bolsa o la cubierta del estoma incomodan durante la actividad sexual, trate posiciones diferentes o use una pequeña almohada para eliminar la presión sobre el estoma.
- Vacíe la bolsa antes de las relaciones sexuales. El hombre puede utilizar una faja alrededor de la parte media del abdomen para fijar la bolsa.
- Vista lencería para sentirse más sensual y camuflar el estoma.
- Ponga música para evitar escuchar sonidos que le puedan avergonzar.
- Si se produce algún accidente, hable de sus sentimientos y emociones (12).

Embarazo

El hecho de tener una colostomía no impide a las mujeres quedar embarazadas. La colostomía no es una razón para evitarlo. Si usted es una mujer saludable, el riesgo durante el parto no es mayor al de otras madres. Si tiene otro problema de salud debe considerarlo y discutirlo con el médico antes de planear el embarazo.

Viviendo con cáncer

Después del tratamiento, ¿debo continuar asistiendo a controles médicos?

Después de completar el tratamiento es muy importante acudir a todos los controles médicos. Durante estas citas le realizarán pruebas sanguíneas y eventuales exámenes radiológicos. Adicionalmente, se controlarán los posibles efectos secundarios de la terapia realizada. Estos controles se efectúan al menos cada tres meses.

¿Debo cambiar mi estilo de vida después del tratamiento?

Es posible que requiera modificar durante un tiempo su actividad diaria, la cual debe ir recuperando en forma progresiva. La idea es que continúe con su estilo de vida habitual.

¿Qué debo tener en cuenta en mi alimentación diaria?

Los alimentos y nutrientes son parte clave de su vida, por ello no debe descuidar su alimentación en ninguna etapa de su enfermedad o del tratamiento.

- Lo primero que debe tener en cuenta es hacer varias comidas en el transcurso del día; en la medida de lo posible, en horarios estables. Procure nunca omitir el desayuno ni permitir que pasen más de cinco horas de ayuno entre una comida y otra.
- No excluya ningún grupo de alimentos de su dieta. Consuma frutas y verduras frescas de colores variados que le aportarán vitaminas y fibra, carbohidratos como arroz, panes integrales, pastas, papas, entre otros, que le brindan energía para realizar sus actividades diarias, y mantenga un consumo de alimentos que le aporten proteína: coma carne con moderación, sustituyéndola en parte por pescado, y alternando aves y huevos. Consuma también leche y lácteos bajos en grasa si los puede tolerar.
- Utilice con moderación aceite de origen vegetal, preferiblemente aceite de girasol o canola para cocinar, y de oliva para agregar a ensaladas como aderezo. Evite consumir alimentos fritos, dorados o apanados.
- Evite el consumo de carnes procesadas, como salchichas, mortadela, jamón y tocino, o de las partes grasosas de otras carnes, como la sobrebarriga y las costillas de la res, las alas y la rabadilla del pollo, y la piel de las aves y los pescados.
- Procure consumir aproximadamente un litro de líquidos diariamente, entre ellos agua y jugos de frutas naturales. También, puede preparar infusiones calientes, como aguas aromáticas. Consuma poca sal y beba café con moderación, ya que ambos favorecen la retención de líquidos.
- Cuando su apetito disminuya, pruebe a consumir comidas pequeñas cada una a dos horas, en lugar de hacer tres comidas grandes. Trate de comer sus alimentos favoritos o probar nuevos alimentos, condimente sus alimentos con especias naturales para darles más sabor.
- Si usted se encuentra en tratamiento con quimioterapia, evite el consumo de multivitamínicos durante este periodo, ya que pueden disminuir el efecto de este tratamiento sobre las células cancerosas.
- Mantenga su peso durante el tratamiento, y evite hacer dietas en las que deba restringir grupos de alimentos.
- Solicite a su médico tratante que le remita al nutricionista dietista para evaluar su estado nutricional y recibir consejería personalizada respecto a sus necesidades de alimentación y nutrición.

¿Cuál es la importancia de realizar ejercicio después del tratamiento?

El cansancio es un síntoma muy común después del tratamiento. Usted puede realizar actividades físicas en la medida en que su condición de salud se lo permita,

sin esforzarse demasiado. De esta forma, logrará sentirse mejor física y emocionalmente debido a que el ejercicio:

- Mejora su condición cardiovascular (corazón y circulación).
- Fortalece sus músculos.
- Reduce el cansancio.
- Reduce la ansiedad y la depresión.
- Le hace sentir generalmente más feliz.
- Le ayuda a sentirse mejor con usted mismo.

Las actividades que usted decida realizar deben ajustarse a su propia situación. Hable con su equipo médico antes de comenzar y pregunte acerca de qué tipo, con qué frecuencia y por cuánto tiempo puede realizar los ejercicios. Trate de buscar alguna persona que lo acompañe a hacer ejercicio para que no lo haga solo. No exceda su capacidad física, tome periodos de descanso y procure dormir mínimo ocho horas diarias.

¿Qué ocurre si el tratamiento ya no funciona?

Si el cáncer reaparece a pesar del tratamiento, es posible que su médico le aconseje otro tipo de esquema terapéutico. Dependiendo de la etapa en la que se encuentre la enfermedad, puede implementarse otro tipo de tratamiento, para curar el cáncer o para reducir su tamaño y lograr que usted se sienta mejor (tratamiento paliativo).

El tratamiento paliativo consiste en ayudar a aliviar los síntomas que se presenten, pero no se espera que cure la enfermedad; su objetivo primordial es mejorar la calidad de vida.

¿Cómo serán las relaciones con los demás?

Cuando le confirman el diagnóstico de cáncer a una persona, es normal que exista una mezcla de sentimientos que incluyen temor, miedo, tristeza y muchos otros. Sin embargo, las personas están en la capacidad de enfrentarse y superar esta difícil situación.

¿Cuándo debo comunicar el diagnóstico?

Es posible que sienta miedo a comunicar el diagnóstico de su enfermedad; sin embargo, es muy útil compartir esta información con sus familiares y amigos, porque esto les permite a ellos expresarle sus sentimientos y convertirse en compañía, soporte y ayuda en las situaciones que usted lo necesite. Usted es la única persona que decide cuándo hablar sobre su situación. Explíquelo en el momento en que esté preparado para hacerlo.

¿Se afectarán las relaciones con las personas que me rodean?

Usted se encontrará con algunas personas que lo apoyarán con sencillez y le darán un soporte satisfactorio, pero otras personas no sabrán cómo dirigirse a usted. Es conveniente compartir cosas simples, como pasear juntos, preparar una comida, hablar por teléfono, estos gestos ayudan a propiciar el contacto y a mantener las relaciones afectivas.

¿Cómo se verá afectada la relación con mi pareja?

Son numerosos los factores relacionados con el cáncer que pueden interferir con la vida sexual de las parejas. Los síntomas y consecuencias de la enfermedad, como la anemia y la pérdida del apetito, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual.

Otras veces, los tratamientos utilizados (medicamentos, radioterapia, cirugías) pueden producir efectos similares y hasta limitar considerablemente las relaciones sexuales. Sin duda, los factores de orden psicológico (creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivaciones y afrontamientos) tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual.

La aparición de la enfermedad es un acontecimiento que puede generar temores, angustias y expectativas que alteran el estado emocional, con la reducción consecuente de las necesidades, motivos e ilusiones de la persona que las sufre. Ciertas secuelas quirúrgicas pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagradado hacia sí mismo y hacia la pareja.

Pero la sexualidad sigue siendo una necesidad de esa persona, y aunque disminuya el interés por el coito, se mantiene presente el deseo de proximidad y contacto físico, que puede adoptar diversas modalidades de presentación. Inicie gradualmente, comparta sus sentimientos y permita que la otra persona también se exprese, esto fortalecerá la comunicación y facilitará iniciar el contacto físico.

La necesidad de un nuevo ajuste de pareja

En esta nueva etapa es necesario un proceso de adaptación en el que se expresen sentimientos como la rabia y el abatimiento, pues al no hacerlo se pueden presentar efectos negativos, debido a que se convierten en una fuente permanente de malentendidos y sufrimientos innecesarios.

Después de los tratamientos, muchos hombres y mujeres se sienten incómodos y poco atractivos. Recuerde todo el conjunto de sus cualidades que no han cambiado con la enfermedad, pues estas continúan siendo un lazo de unión entre usted y su pareja, y constituyen la base del afecto y de la atracción mutua.

¿En quién puedo buscar apoyo?

Hay muchas fuentes de apoyo disponibles para las personas con cáncer y sus cuidadores:

- Su equipo médico: si necesita ayuda práctica o apoyo emocional, los miembros de su equipo médico pueden informarle acerca de servicios e instituciones disponibles que brindan apoyo a las personas con cáncer y sus familiares.
- Familia y amigos: para usted puede ser muy favorable que las personas más cercanas se conviertan en su apoyo y compañía, al proporcionarle ayuda en los momentos en que usted lo requiera. Acepte la ayuda que le ofrecen.
- Personas que han tenido una experiencia similar: muchos hombres y mujeres con cáncer de colon o recto pueden estar pasando por una situación muy parecida a la suya. Es muy útil vincularse con grupos de ayuda mutua, donde pueden

- intercambiar sus experiencias, informaciones, recursos y, sobre todo, pueden expresarse con la seguridad de que serán escuchados con sensibilidad y atención por otros hombres y mujeres. En la tabla 1 se describen algunas organizaciones que apoyan a los pacientes con cáncer de colon y recto.
- Usted mismo: mantenerse positivo, buscar espacios de meditación, relajación y realizar actividades agradables favorecen el bienestar mental, espiritual y físico.

Tabla 1. Organizaciones y fundaciones que trabajan por el control del cáncer en Colombia

	ORGANIZACIÓN	SERVICIOS	UBICACIÓN
1	Asociación Colombiana de Enfermos de Cáncer	Oferta de medicamentos a bajo costo y oportuna disponibilidad. Oferta de alojamiento a pacientes con cáncer y un acompañante en el Hogar de Paso.	Carrera 7 No. 54-91 Barrio Chapinero, Bogotá Teléfonos: (571) 211 23 50 - 212 37 23 Ext. 101
2	Asociación Colombiana de Ostimizados	Asesoría para pacientes y familiares, antes y después de la cirugía. Asesoría y visitas en casa a los pacientes. Asesoría telefónica para pacientes, familiares y demás personas que deseen conocer sobre la Asociación y sus actividades. Asesorías y talleres (con programación previa) para personal de la salud.	Calle 67 A Bis No. 66-16 Barrio José Joaquín Vargas, Bogotá Teléfonos: 315 321 82 77 (571) 892 47 41
3	Sinergias Integradas para el Mejoramiento Oncológico (SIMMON)	Capacitación y asesoramiento en gestión estratégica para el desarrollo y operación sostenible de su organización. Asesoramiento en la metodología de presentación de proyectos para consecución de recursos financieros y humanos. Formación y fortalecimiento en <i>advocacy</i> (cabildeo) para incidir en políticas públicas en salud. Coordinación de los espacios de participación ciudadana para hacer presencia frente a los tomadores de decisiones en salud. Actualización científica en cáncer por medio de especialistas en la materia. Asesoramiento gratuito para sus afiliados, en derechos, nutrición, apoyo psicológico y cuidados de enfermería. Talleres de capacitación y fortalecimiento en manejo de medios, presentaciones efectivas, construcción de equipos, manejo de conflictos y de voluntariado. Difusión de su organización a escala nacional.	Carrera 46 No. 103 B-14 Bogotá Teléfonos: (571) 600 00 12 600 49 51 600 49 48

Continúa

Continuación

4	Asociación de Usuarios y Familiares de Pacientes del Instituto Nacional de Cancerología (ASUFINC)	Banco de medicamentos. Seguimiento en medicamentos y procedimientos especiales. Procedimientos legales ante entidades de salud y ante los órganos de control y vigilancia en salud.	Calle 1 No. 9-85, primer piso Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá Teléfonos: (571) 334 02 59 334 11 11 Ext. 7005 Fax: (571) 334 02 59
5	Asociación Medellín de Lucha contra el Cáncer (Medicancer)	Consultas especializadas y de apoyo. Procedimientos de ginecología, dermatología, cuidado paliativo y dolor. Venta de medicamentos oncológicos. Actividades de promoción, prevención y detección oportuna.	Carrera 51 D No. 67-60 Medellín (Antioquia) Telefono: (574) 263 44 11 Fax: (574) 263 34 79 medicancer@une.net.co www.medicancer.org
6	Asociación Voluntaria de Alivio al Cáncer (AVAC)	Servicio de albergue, atención, alimentación. Dirección espiritual.	Carrera 28 No. 33-36 Bucaramanga (Santander) Telefono: (577) 632 59 93 Fax: (577) 632 59 93 avac@intercable.net.co
7	Cuerpo de Voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología	Servicio de alojamiento y alimentación a pacientes con cáncer y a sus familiares en albergues. Apoyo moral y psicológico.	Carrera 8 No. 2-81 Bogotá Teléfonos: (571) 333 27 37 333 77 09 Fax: (571) 3332737 aluisito2@hotmail.com http://alberguecancer.spaces.live.com
8	Asociación de Amigos Contra el Cáncer (Proseguir)	Servicio médico integral. Apoyo psicológico. Apoyo jurídico. Apoyo espiritual. Hogar de paso. Actividades recreativas. Apoyo legal.	Avenida calle 32 No. 15-31 Bogotá Teléfono: (571) 2320785 Fax: (571) 2855492 pros@proseguir.org www.proseguir.org

Continúa

Continuación

9	Fundación Esperanza de Vida	Asesoría científica: brinda información sobre la enfermedad. Soporte emocional: brinda apoyo emocional, escuchando y comprendiendo al paciente y a su familia durante el proceso de la enfermedad. Asesoría legal: consejo legal y asesoría frente al trámite administrativo de cada caso en particular. Recreación: ofrece espacios de esparcimiento y de integración entre sus pacientes, que facilitan el compartir la experiencia y aprender de otros. Acompañamiento del duelo: el servicio está dirigido a la familia durante el primer mes desde la pérdida de su familiar.	Calle 50 No. 27A-51 apto. 402 Bucaramanga Teléfono: (577) 657 81 11 funesperanzaviva@yahoo.es
10	Fundación Fondo de Droga para el Cáncer (Funcancer)	Comercialización de medicamentos oncológicos y de alto costo. Clínica del dolor. Programa de subsidios en medicación oncológica. Programa ‘Red de apoyo’ para pacientes y familiares en conocimiento y manejo de la enfermedad. Programa de capacitación en temas y manualidades determinados por los pacientes. Programa de orientación a pacientes y familias sobre acceso al Sistema General de Seguridad Social. Apoyo al registro de cáncer de la Universidad del Valle. Programas lúdicos y recreativos, dirigidos a niños y adultos. Orientación y asesoría legal para reclamar medicamentos y exigir el manejo integral de la enfermedad.	Carrera 36B No. 5-55 Cali (Valle del Cauca) Teléfonos: (572) 558 26 93 funcancer@hotmail.com
11	Fundación San Ezequiel Moreno	Apoyo moral y espiritual a los enfermos de cáncer. Ayuda económica a los enfermos de cáncer más pobres.	Carrera 22 No. 63A-52 Bogotá Teléfono: (571) 235 77 11 direccionnacional@gmail.com

Glosario

Anastomosis. Es una conexión quirúrgica entre dos estructuras.

Anticuerpos monoclonales. Tipo de proteína producida en un laboratorio que se puede unir a sustancias del cuerpo, incluso a las células tumorales

Benigno. No canceroso; no invade tejidos vecinos ni se disemina a otras partes del cuerpo.

Biopsia. Es la extracción de una pequeña porción de tejido para examinarla por el patólogo y así definir un diagnóstico.

Calidad de vida. Es la capacidad que tiene el paciente para realizar sus actividades cotidianas con normalidad, lo que incluye el aseo, la comida, relacionarse con familiares y amigos.

Célula. Es la unidad más pequeña de la materia viva, representa la forma de vida más simple de nuestro organismo.

Colectomía. Resección de colon; resección de parte del intestino grueso.

Colon. Es la última porción del aparato digestivo.

Colostomía. Una colostomía es una incisión (corte) en el colon (intestino grueso) para crear una abertura artificial o “estoma” a la parte exterior del abdomen.

Diarrea. Evacuación intestinal de heces con mayor frecuencia y de consistencia más líquida respecto al hábito de evacuación usual.

Ecografía. Una técnica de producir imágenes en la que se hacen rebotar ondas de sonido (ultrasonido) en los tejidos del cuerpo y el eco se convierte en una imagen (sonograma).

Enema. Procedimiento en el que se introducen líquidos en el recto y en el colon a través del ano con fines terapéuticos.

Esfínter. Estructura, usualmente un músculo en forma circular o de anillo, que permite el paso de una sustancia de un órgano a otro por medio de un tubo u orificio, a la vez que impide su regreso. Existen más de 40 esfínteres diferentes en el cuerpo humano; algunos de estos son de tamaño microscópico.

Estadio. Extensión del cáncer en el cuerpo.

Estoma. Abertura creada en una cirugía para unir una parte de una cavidad corporal con el exterior del cuerpo.

Estreñimiento. Evacuación de heces excesivamente secas, escasas o infrecuentes respecto al hábito de evacuación usual.

Factor de riesgo. Un hábito, un rasgo, una condición que aumenta la posibilidad de una persona de contraer una enfermedad.

Ganglio linfático. Una masa redondeada de tejido linfático que está rodeada por una cápsula de tejido conectivo. Su función es filtrar el fluido o líquido linfático (la linfa).

Gen. La unidad funcional y física de la herencia que se pasa de padres a hijos. Los genes son partes de ADN, y la mayoría contienen la información para producir una proteína específica.

Glándulas suprarrenales. Son un par de glándulas pequeñas, localizadas encima de cada riñón. Producen varios tipos de hormonas, como las sexuales (testosterona).

Histológico. Relacionado con el estudio de los tejidos que conforman un organismo.

HNPCC. Es un trastorno hereditario en el cual los individuos afectados tienen una mayor probabilidad de la normal para desarrollar un cáncer de colon y recto antes de los 50 años.

Hormonas. Compuestos químicos producidos por las glándulas del cuerpo y que circulan en el torrente sanguíneo. Las hormonas controlan las acciones de ciertas células u órganos.

Ileostomía. En una ileostomía se extirpa o se desconecta el intestino grueso (colon), y algunas veces, una parte de la última sección del intestino delgado (íleon).

Impotencia sexual. Incapacidad de tener una erección adecuada para el coito.

Incisión. Una cortada hecha en el cuerpo durante la cirugía.

Incontinencia. Es la pérdida involuntaria de orina o de materia fecal.

Laparoscopia. Es una técnica quirúrgica que permite la visión de la cavidad abdominopélvica con la ayuda de un tubo óptico.

Linfa. Es un líquido corporal que recorre los vasos linfáticos y que está compuesto por escasas proteínas y abundantes lípidos, y contiene únicamente glóbulos blancos (necesarios para el mecanismo de defensa).

Maligno. Canceroso; un crecimiento con una tendencia a invadir y destruir tejido cercano y a diseminarse a otras partes del cuerpo.

Metástasis. La diseminación del cáncer del órgano de origen a otra parte del cuerpo.

Mucosa. Membrana que recubre la parte interna de diferentes cavidades del cuerpo, como la nariz, la boca y el intestino.

Pólipos. De colon, es una tumoración o protuberancia circunscrita visible microscópicamente que se proyecta en la superficie de una mucosa.

Quimioterapia. Es el uso de fármacos para destruir y prevenir el crecimiento, multiplicación y diseminación de las células malignas y/o cancerosas.

Radioterapia. Es el tratamiento con rayos de alta energía parecidos a los rayos X.

Recto. Es el último tramo del tubo digestivo, situado inmediatamente después del colon sigmoide.

Recurrencia. Es cuando las células cancerosas reaparecen después de haberse tratado y erradicado el cáncer.

Resección. Cirugía para extirpar todo, o parte de un órgano u otra estructura.

Sangre oculta en materia fecal. Es uno de los estudios no invasivos para la detección temprana del cáncer de colon y recto, y consiste en la detección de sangre en las heces.

Terapia biológica. Las terapias biológicas utilizan el sistema inmunitario del cuerpo, ya sea directa o indirectamente, para combatir el cáncer o para disminuir los efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos del cáncer.

Terapia local. Tratamiento que afecta las células en el tumor primario y el área cercana a él.

Terapia sistémica. Tratamiento que usa sustancias que viajan por el torrente de la sangre y que llegan a las células de todo el cuerpo.

Trombosis. Trastorno vascular que se presenta cuando se desarrolla un trombo o una masa de sangre coagulada que bloquea de forma total o parcial el interior de un vaso sanguíneo.

Tumor. Una masa anormal de tejido que resulta de una división excesiva de células. Pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Referencias

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127:2893-917.
2. New Zealand Guidelines Group. Bowel Cancer. Information for people at increased risk of bowel cancer. New Zealand; 2005.
3. National Institute of Cancer. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de colon y recto [internet]. 2012 [citado: 13 de julio de 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/colonyrecto> 2012
4. Instituto Nacional de Cancerología ESE (INC-ESE). Cáncer de colon y recto. Serie Esperanza de Vida, No. 4. Bogotá: INC-ESE; 2010.
5. Cancer Society of New Zealand Inc. Understanding cancer. Bowel Cancer/Mate Whêkau pukupuku. A guide for people with bowel cancer. New Zealand: RN-ZFB; 2005.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Understanding NICE guidance. Information for people who use NHS services. Colorectal cancer. London: NICE; 2011.
7. Carballo AI. Guía rápida de colostomía. Fundación te cuidamos orientación y asistencia sanitaria [internet]. 2008 [citado: 14 de junio de 2012]. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>
8. American Cancer Society. Colostomía: una guía [internet]. 2011 [citado: 24 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/colostomia-una-guia-types-of-colostomies>
9. Registered Nurses Association of Ontario. Ostomy Care and Management. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario; 2009.
10. Gómez MC, Montealegre C, Galindo ME. El paciente con colostomía. Cuidados y recomendaciones. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2000.
11. Taylor C, Morgan L. Quality of life following reversal of temporary stoma after rectal cancer treatment. [Review]. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15:59-66.
12. International Ostomy Association. Sex and the single ostomate [internet]. 2012 [citado: 6 de julio de 2012]. Disponible en: www.ostomyinternational.org/Facts/Sex%20and%20the%20Single%20ostomate.pdf