



Trabajo Fin de Grado

***Proyecto educativo para pacientes
portadores de colostomía y sus familiares.***

Alumno: Aida Palacios Molano

Director: Isabel Díaz Suarez

Madrid, 30 de octubre de 2024

Índice

1. Resumen:	5
2. Abstract	6
3. Presentación.....	7
4. Estado de la cuestión.....	8
4.1 Introducción	9
4.2 Cáncer colorrectal.....	9
4.3 Epidemiología.....	10
4.4 Diagnóstico	11
4.5 Tratamiento.....	13
4.5.1 Radioterapia.....	14
4.5.2 Quimioterapia.....	14
4.5.3 Quirúrgico	14
4.6 Colostomía.....	14
4.6.1 Principales cuidados	16
4.6.2 Posibles alteraciones	17
4.7 Enfermera estomaterapeuta	17
5. Justificación	20
6. Objetivos.....	21
6.1 Objetivo general.....	21
6.2 Objetivos específicos	21
6.3 Objetivos según las áreas de desarrollo	21
7. Intervención educativa	23
7.1 Población.....	23
7.2 Captación	23
7.3 Contenido de la intervención educativa.....	24
8. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	26
1 ^a SESIÓN.....	27
2 ^a SESIÓN.....	29
3 ^a SESIÓN.....	31
4 ^a SESIÓN.....	33
5 ^a SESIÓN.....	35
6 ^a SESIÓN.....	37
9. Evaluación.....	39
9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.....	39
9.2 Evaluación de resultados.....	39

10. Bibliografía	41
11. ANEXOS	48
Anexo I: Clasificación AJCC	49
Anexo II: Marcaje	51
Anexo III: folleto informativo.....	52
Anexo IV: Cartel informativo	53
Anexo V: Documentación con recomendaciones dietéticas	54
Anexo VI: Formulario para la figura del observador	55

1. Resumen:

Introducción: Las cifras de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal aumentan cada año, esto provoca el incremento de pacientes con colostomía. Esta se crea quirúrgicamente permitiendo el paso de un fragmento de colon al exterior del abdomen, este procedimiento puede ser temporal y permanente. En general tras unos días ingresado en el hospital el paciente vuelve a domicilio y debe realizarse él los cuidados del estoma. El tiempo de ingreso suele ser insuficiente para que el paciente adquiera unos conocimientos justos y aceptables que le ayuden a tener un adecuado manejo de su estoma. Por esta situación la educación para la salud inmediata es imprescindible para los pacientes, siendo en este contexto la enfermera estomaterapeuta una figura clave para promover y apoyar el manejo y el idóneo autocuidado.

Objetivos: mejorar el manejo de la colostomía por parte de los pacientes y sus familiares y/o cuidadores a partir de conceptos básicos, entrenamiento de habilidades y la preparación psicológica para el cambio de vida, de nutrición y de salud sexual.

Metodología: un proyecto educativo basado en seis sesiones destinadas a pacientes y sus familiares y/o cuidadores, estas serán proporcionadas en el hospital por diferentes profesionales sanitarios como enfermeros estomaterapeutas, fisioterapeutas, psicólogos y sexólogos.

Implicaciones para la práctica enfermera: los cuidados y su manejo es algo fundamental para los pacientes ostomizados por ello se ha desarrollado el papel de enfermera estomaterapeuta. Esta debe ayudar a los pacientes y resolver las dudas que les puedan surgir a lo largo de este proceso.

Palabras clave: cáncer colorrectal, ostomía, colostomía, cuidados y enfermera estomaterapeuta.

2. Abstract

Introduction: The numbers of people diagnosed with colorectal cancer are increasing every year, this causes the increase of patients with colostomy. This is created surgically allowing the passage of a fragment of the colon to the outside of the abdomen, this procedure can be temporary or permanent. In general, after a few days in the hospital, the patient returns home and must take care of the stoma himself. The time of admission is usually insufficient for the patient to acquire a fair and acceptable knowledge that will help him to have an adequate management of his stoma. For this reason, immediate health education is essential for patients, and in this context the stoma nurse is a key figure to promote and support the management and proper self-care.

Objectives: to improve the management of colostomy by patients and their relatives and/or caregivers from basic concepts, skills training and psychological preparation for life change, nutrition and sexual health.

Methodology: an educational project based on six sessions for patients and their relatives and/or caregivers, these will be provided at the hospital by different health professionals such as stomatherapy nurses, physiotherapists, psychologists and sexologists.

Implications for nursing practice: care and management is fundamental for ostomized patients, which is why the role of the stomatherapy nurse has been developed. The nurse should help patients and resolve any doubts that may arise during this process.

Key words: colorectal cancer, ostomy, colostomy, care and stomatherapy nurse.

3. Presentación

La colostomía es un procedimiento quirúrgico que facilita la salida de una fracción del colon o recto hacia el exterior del abdomen, esto puede provocar multitud de consecuencias físicas, psicológicas y sociales, una causa de su realización es el cáncer colorrectal. Este cáncer se encuentra entre los tres cánceres con más prevalencia y el número de casos va aumentando cada año. Los cuidados necesarios y las posibles alteraciones fruto de la colostomía deben ser conocidas por el paciente y sus familiares para evitar el sufrimiento del paciente. Estos cuidados en la mayoría de los hospitales los proporciona el papel de la enfermera estomaterapeuta, una figura experta en ostomías, en su consulta pre y postcirugía.

Elegí este tema de estudio debido a que durante mis rotatorios de prácticas he podido coincidir con numerosos pacientes portadores de colostomía y con unos pocos que acababan de realizarle el procedimiento. Todos coincidían que lo peor era la adaptación a su nueva vida, el desconocimiento del manejo de la bolsa y la imagen corporal alterada. Durante estos cuatro años he ido pensando que esto era una necesidad para ellos y que a muchos no se les facilitaba correctamente con las consecuencias que esto puede llevar, por ello decidí enfocar mi proyecto en elaborar un plan para concienciar, educar y enseñar a los pacientes y sus familiares y/o educadores.

También quería nombrar el papel de la enfermera estomaterapeuta, un concepto muy desconocido para la población, son expertas en ostomías y colaboran con los pacientes en su mejora y aprendizaje. En esta última rotación tuve la oportunidad de poder ir a la consulta de esta y poder hablar con ella y consultarla todas mis dudas para poder elaborar correctamente el trabajo.

Agradecimientos:

A mis padres, por apoyarme durante estos años y animarme siempre a mejorar.

A mi hermana, Lidia, por ser un apoyo incondicional para mí y no dejar que me rinda nunca.

A mi tutora, Isabel, por la paciencia y la disposición plena.

4. Estado de la cuestión.

Este trabajo está basado en los cuidados necesarios de una colostomía, el impacto psicológico que esto provoca a los pacientes, las modificaciones en su vida sexual y las secuelas que puede producir. Para abordar correctamente el tema se realiza un acercamiento a temas como la definición síntomas, epidemiología, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal, esta enfermedad es la primera causa de la realización de colostomía.

Se ha empleado distintas bases de datos de referencia para la búsqueda bibliográfica como son Dialnet, Pudmed, la biblioteca de la Universidad de San Juan de Dios, BVS-la Biblioteca Virtual de Salud España, Elsevier y SciELO. En estos se ha localizado distintos artículos, libros y revistas que han argumentado el estado de la cuestión. Para una búsqueda más concreta se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “NOT”.

Los términos MeSH y DeCS empleados en este trabajo son:

Término libre	DeCS	MeSH
Cáncer colorrectal	Cáncer Colorrectal	Colorectal Neoplasmst
Enfermería	Enfermería	Nursing
Enfermo	Paciente	Patients
Ostomía	Estomía	Ostomy
Colostomía	Colostomía	Colostomy
Autocuidados	Autocuidados	Self care

Tabla 1. Términos MeSH y DeCs.

Elaboración propia.

Las búsquedas bibliográficas utilizadas se han limitado hasta el año 2016, sin embargo, se ha consultado un libro anterior debido a la importancia de su contenido para el trabajo. Estas búsquedas se han ceñido al castellano e inglés.

4.1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como “*un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas».* Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.” (Cáncer, 2022).

En 2020 se estimó que una de cada seis personas fallecerá de cáncer al año en el mundo (González-Abreu et al., 2020). Aumentaran los casos a 11,5 millones en 2030 y 29,5 millones en el 2040 de fallecidos por cáncer mundial. Esto implica la actividad y puesta en común de toda la sociedad, previniendo desde edades tempranas. La Sociedad Española de Oncología Médica registro que en España habían fallecido un total de 277.394 personas en el 2021 (Bernabeu et al., 2021). Esta enfermedad se ha convertido en un problema por su alta incidencia, prevalencia y mortalidad, llegando a causar el 27% de las muertes anuales en España (Díaz-Rubio, 2019).

4.2 Cáncer colorrectal

De forma concreta y por el propio objetivo del presente trabajo se va a proceder a explicar de forma concreta el cáncer colorrectal (CCR), este tipo de cáncer “*es un tumor de carácter maligno que afecta al colon y al recto, últimas partes del intestino grueso, a partir de lesiones conocidas como pólipos. Algunos pólipos (adenomatosos) son lesiones premalignas que pueden transformarse con los años a cáncer*” (Nafría, 2022, p.4).

Gran parte de los casos comienzan con pólipos o crecimientos no malignos, estos pueden desarrollarse a lesiones premalignas e incluso cáncer (Mathews et al., 2021). Es más frecuente en personas con antecedentes familiares de diagnóstico de cáncer de colon o recto y Colitis Ulcerosa (Shrestha, 2023). El 70% se forman en el colon sigmoide y en el recto. Puede crecer de tres maneras el tumor maligno:

Crecimiento local: se provoca al aumentar e invadir las capas que forman la pared del tubo digestivo. Cuando el tumor perfora las capas puede llegar a invadir cualquier órgano.

Diseminación linfática: la diseminación se hace por la red de vasos linfáticos. Afectando a los más cercanos antes y después a los más separados.

Diseminación hematógena: la diseminación se produce por el torrente sanguíneo, afectando principalmente al pulmón, hígado, hueso y cerebro (Calvo et al., 2021).

El cáncer colorrectal en la mayoría de los casos no manifiesta síntomas hasta fases avanzadas de la enfermedad, y los síntomas clínicos que provoca el tumor dependen de la zona afectada. Podemos diferenciar estos síntomas según se localicen en el colon derecho, izquierdo o recto como podemos observar en la tabla 1. Aunque hay síntomas más genéricos como la caquexia, palidez provocada por la anemia, adenopatía, hepatomegalia y fiebre (Lozano et al., 2021).

Colon derecho	Colon izquierdo	Recto
<ul style="list-style-type: none"> •Anemia •Sangre oculta •Solo obstrucción intestinal si afectación de válvula ileocecal 	<ul style="list-style-type: none"> •Rectorragia •Alteración en el ritmo de deposición (estreñimiento o diarrea) •En caso de obstrucción intestinal puede provocar dolor, vómitos y distensión abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> •Tenesmo •Diarrea •Síndrome anorrectal (fisuras anales, hemorroides, abscesos, verrugas o fistulas anales)

Tabla 1. Síntomas más comunes según su localización.
Elaboración propia a partir de (Lozano et al., 2021).

4.3 Epidemiología.

El cáncer colorrectal es el tercero más diagnosticado en hombres, posterior a pulmón y próstata, y el segundo en mujeres, después de mama (Leal-Omar et al., 2019). Se prevé que en 2035 los casos de muerte por cáncer colorrectal incrementaran entre un 60% y un 71.5%, estas cifras pueden variar según el desarrollo de cada país. Esta enfermedad es un identificador del nivel de desarrollo socioeconómico de cada país (Sawicki et al., 2021). Actualmente, se ubica como el segundo cáncer en cuanto a mortalidad, en 2020 se estimó 16.470 fallecidos en España (Nafría, 2022).

Se estima que la edad media en la que se presenta la enfermedad son los 70 años, la gran mayoría de los enfermos se les diagnostica a partir de los 50 años. En los últimos años se ha percibido un aumento en la incidencia en los menores de 50 años (Morón, 2023).

Algunos factores que afectan a la incidencia de la enfermedad son: (Baidoun et al., 2021)

- Edad, población mayor de 50 años.
- Raza, se ha detectado una gran incidencia en la población africana. Esta diferencia en la incidencia es debida al bajo nivel de ingresos, educación y socioeconómico.

- Género, la prevalencia es mayor en varones en comparación con las mujeres.
- Índice de desarrollo humano, se ha observado una variación significativa entre los países con un desarrollo humano alto y los países con un desarrollo bajo, teniendo mayor número de casos los países con un alto desarrollo. Con los años la incidencia ha ido aumentando en los países que un desarrollo medio-bajo.
- Peso, tiene un gran efecto sobre la incidencia. La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer afirma que un IMC de 30 o mayor aumenta el riesgo de padecer cáncer un uno coma dos veces.
- Dieta, está asociado la ingesta de carnes rojas o procesadas con el aumento de casos de la enfermedad. También la ingesta deficiente de lácteos y fibra.
- Tabaco, el consumo de tabaco aumenta un 13-20 la probabilidad de padecerlo.
- Alcohol, el consumo de alcohol se ha asociado con el cáncer colorrectal. Ante mayor ingesta de alcohol provoca mayor probabilidad de enfermar.

Se puede clasificar a los pacientes según el riesgo de padecer la enfermedad como podemos ver en la tabla 1 (Ordovás et al., 2023)

Nivel de riesgo	Grupo de pacientes	Alteraciones
Riesgo bajo	Menores de 50 años	Sin factor de riesgo
Riesgo intermedio	Mayores de 50 años	Sin factor de riesgo
Riesgo alto	-	Factor hereditario

Tabla1. Clasificación según nivel de riesgo.
Elaboración propia a partir de (Ordovás et al., 2023)

4.4 Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer colorrectal actualmente se encuentra protocolizado y existen pruebas específicas que ayudan a obtener un diagnóstico rápido y fiable. En España se comienza realizando pruebas de cribado para detectar la presencia de alguna alteración, todas las comunidades autónomas tienen un programa para su detección precoz.

“La realización de pruebas de detección del cáncer de colon es una de las armas más poderosas para prevenir esta enfermedad. Este cáncer habitualmente crece lentamente con el transcurso de los años. La mayoría comienza como un crecimiento llamado pólipos. La extirpación de un pólipos benigno a tiempo puede evitar su conversión en cáncer.” (Rodríguez, N. et al., 2019, p.288).

Se encuentran dos tipos de cribados para la población. El cribado poblacional que lo

organiza la administración sanitaria y el cribado oportunista se realiza en pacientes que presentan algún signo o síntoma, o no se les ha realizado anteriormente un cribado poblacional. La prevención juega un papel importante en el cáncer colorrectal, como podemos observar en la ilustración 1 se encuentran tres tipos de prevención para la población (Ordovás et al., 2023).

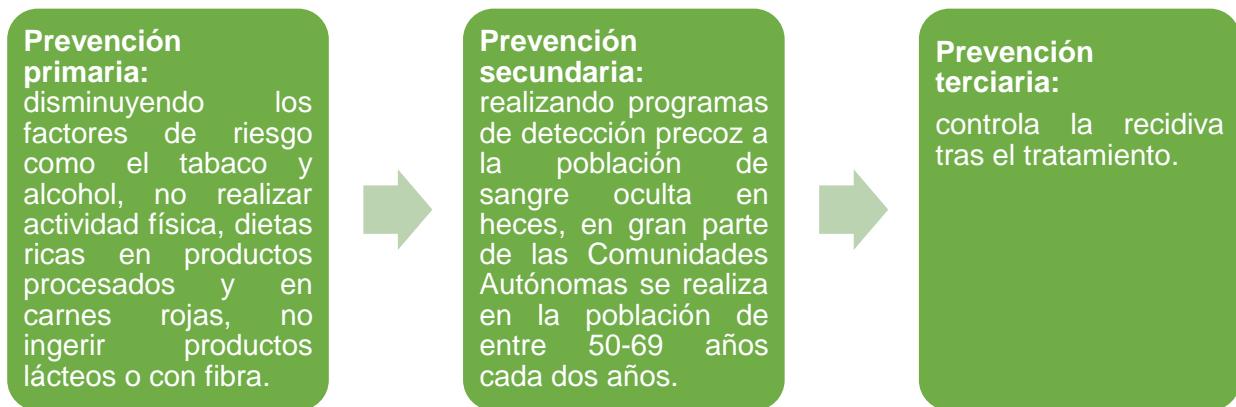


Ilustración 1. Clasificación de tipos de prevención.

Elaboración propia realizada a partir de (Ordovás et al, 2023).

Actualmente en la gran mayoría de los países se recomienda el test de sangre oculta en heces, esta prueba puede realizarse en pacientes con anemia (Meklin et al., 2020). Se puede realizar en el ámbito hospitalario y ambulatorio. Existen ciertos factores que pueden alterar el resultado, se debe tener restricciones tres días antes de realizarse el test tanto en la dieta como en los medicamentos para que el resultado pueda ser correcto y fiable. Esta prueba reduce la mortalidad del cáncer colorrectal entre un 15% y un 33% (Tibán & Vilcacundo, 2023).

La detección precoz de la enfermedad aumenta por 6 la probabilidad de supervivencia y se estima que un 90% de los pacientes con diagnóstico precoz se curan (AlZaabi et al., 2022). En la Comunidad de Madrid se ha realizado un programa para la detección precoz del cáncer colorrectal llamado Prevecolon. Este programa va destinado a la población de entre 50 y 69 años sin síntomas. Se realiza cada dos años una prueba de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo, si esta prueba da positivo se deriva a la persona a realizarse una colonoscopia de cribado y si es negativo se encuentra en la normalidad (Prevecolon: Prevención de cáncer de colon y recto, s.f). En consecuencia a esta prueba se han podido realizar 10.905 colonoscopias en total en estos años para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (Comunidad de Madrid, 2019).

La prueba de elección para el diagnóstico es la endoscopia mediante una

sigmoidoscopia o una colonoscopia, y la realización de biopsia en las lesiones (Cubiella et al., 2018). En caso de que no poder visualizarse de manera óptima con la endoscopia se realizará una tomografía-colonografía computarizada, esta última prueba no ofrece la opción de realizar biopsias. Diagnosticada la enfermedad el paciente debe someterse a unos exámenes para comprobar el estado de la lesión y la aparición de metástasis, estas pruebas son un tacto rectal, un hemograma completo, un examen de función renal y hepática, antígeno carcinoembrionario sérico y una tomografía computarizada de abdomen y tórax (Buccafusca et al., 2019).

El método de clasificación más usado es el sistema TNM realizado por American Joint Commuttee on Cancer. Se analizan tres datos.

- La dimensión del tumor (T) observando que capas han sido afectadas por la lesión. Pueden ser afectado la mucosa interna que es donde se inicia mayoritariamente el cáncer colorrectal, la capa fibrosa, el tejido muscular y la subserosa y serosa del tejido conectivo.
- La extensión a los ganglios linfáticos próximos (N).
- La propagación de metástasis a órganos remotos (M).

En el *Anexo I* se puede observar un método de clasificación más específico que se creó en el 2018 llamado AJCC que analiza la etapa patológica del cáncer obtenido mediante biopsia (Equipo American Cancer Society, 2020).

En cuanto al pronóstico en caso de ser diagnosticado en un estadio temprano tienen una tasa supervivencia del 90% a los cinco años, en cambio, si el diagnóstico se demora la tasa será de un 13%. Este porcentaje tan bajo es debido a las escasas pruebas diagnósticas y a la naturaleza silenciosa que tiene la enfermedad (Mattiuzzi et al., 2019).

4.5 Tratamiento

Pese a que se ha expuesto en epígrafes anteriores gran parte de los esfuerzos van dirigidos al diagnóstico precoz, se han creado programas de detección en los últimos años para favorecer un diagnóstico precoz, no obstante, una cuarta parte de los pacientes se les diagnostica en una etapa avanzada con metástasis provocando un difícil control (Marzo-Catillejo & Vela-Vallespín, 2018). Debido a los progresos en los tratamientos, la supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal ha ido en aumento (Instituto Valenciano de Oncología, 2023). La eliminación completa del tumor y la metástasis por vía quirúrgica es el tratamiento idóneo (Matsuda et al., 2018). El propósito con estos pacientes es disminuir el tamaño del tumor lo máximo posible y reducir su propagación y desarrollo, para ello se utiliza radioterapia y quimioterapia. En ciertos pacientes se usa la radioterapia o la quimioterapia como

tratamiento adyuvante o neoadyuvante a la cirugía para conseguir la disminución del tumor (Xie et al., 2020).

4.5.1 Radioterapia

Normalmente la radioterapia es utilizada cuando el cáncer se localiza en el recto (Sakshaug et al., 2023). Se han observado numerosas ventajas en este tratamiento, inutilizan las células tumorales del tejido afectado y disminuyen la proliferación de estas. La disminución tumoral favorece que el tumor se pueda extirpar y se realicen procedimientos conservadores de esfínter (Rodríguez, LR. et al., 2018).

En pacientes con la enfermedad avanzada o un estadio mayor a T3 se emplea una terapia neoadyuvante, una composición de quimioterapia y radioterapia. Esta terapia es idónea en casos en los que el tumor se localiza en el esfínter anal, esto produce la resección del tumor de manera más segura y así asegurar el esfínter anal y no provocar incontinencia anal (Feeney et al., 2019).

4.5.2 Quimioterapia

La quimioterapia es el tratamiento de elección cuando el tumor se localiza en el colon, este se puede administra anterior o posterior a la cirugía dependiendo del tipo de tumor (Callejo Pérez et al., 2023). Actualmente los tratamientos se dictaminan de manera empírica, debido a la existencia de pocos biomarcadores o pruebas que relacionen los tratamientos con los pacientes, esto provoca que los pacientes sufran los efectos secundarios de la terapia sin obtener ningún beneficio y con la posibilidad de que el tumor siga desarrollándose (Sakshaug et al., 2023).

4.5.3 Quirúrgico

El abordaje quirúrgico varía según la ubicación del tumor, el estadio de la enfermedad, la diferenciación de este, si se encuentra invasión linfovascular o perineural y los márgenes quirúrgicos del tumor (Fernández Santesteban et al., 2020). Actualmente se realiza una resección con anastomosis como procedimiento quirúrgico, esto puede provocar una dehiscencia de la anastomosis como complicación. Para intentar evitar este agravamiento y reducir el riesgo se realizan estomas derivativos, la colostomía e ileostomía son las más realizadas (Segura-González et al., 2023).

4.6 Colostomía

Haciendo referencia al epígrafe anterior, muchos pacientes diagnosticados de cáncer

colorrectal se les realiza una colostomía o ileostomía. Estas pertenecen al grupo de ostomías intestinales. Para una correcta comprensión del trabajo se debe conocer la definición de estoma antes de comenzar a hablar sobre la colostomía.

Un estoma es “*una intervención quirúrgica que se crea en la pared abdominal mediante una abertura (estoma) por donde se da salida a una víscera para expulsar a una bolsa las heces, orina u otras secreciones*” (Mateo, 2019, p.142). Se pueden clasificar según la ubicación anatómica que se encuentren. Se puede diferenciar las ostomías urológicas, de alimentación de drenaje e intestinales, en estas últimas se encuentran la colostomía e ileostomía.

Como ya se ha explicado al comienzo de este mismo epígrafe dentro de los tipos de ostomía, la colostomía es un orificio formado quirúrgicamente localizado en el abdomen que permite la salida de una fracción de colon para la posible eliminación de heces. Este procedimiento puede ser temporal o permanente. La colostomía temporal suele tener una durabilidad de entre tres y seis meses, se realiza para que la porción de colon afectado pueda sanar. En cambio, la permanente se realiza por afectación del recto o extremo inferior del intestino (Berti-Hearn & Elliott, 2019).

“*El cáncer colorrectal es la principal causa de realización de una colostomía de eliminación, entendida como la abertura del intestino al exterior. Pueden ser de diferentes tipos según su localización, anatomía del estoma y duración.*” (Estopañán et al., 2022).

Las colostomías se realizan especialmente en el lado izquierdo del abdomen, en cambio en el lado derecho podemos observar las ileostomías. Dependiendo de la parte de colon afectado podemos diferenciar: (Álvarez, 2022)

- **Colostomía ascendente**, localizado en la zona derecha del abdomen. Las heces son líquidas con enzimas digestivas.
- **Colostomía descendente**, ubicada en la zona inferior izquierda del abdomen. Las heces tienen más consistencia y el paciente suele tener control sobre su expulsión.
- **Colostomía sigmoidea**, es la más común. Se localiza bajo el colon descendente. Gran parte del colon es funcionante y permite la eliminación de heces sólidas.
- **Colostomía trasversa**, localizada en la zona superior del abdomen. Puede realizarse en asa, formando dos orificios que eliminan mucosidad y heces, o de doble boca, se fracciona el intestino formando dos estomas independientes. La eliminación de heces se produce antes del colon descendente.

En 1776 Pillore de Rouen elaboró la primera colostomía, pero fue Theodor Billroth quien en 1879 nombró por primera vez los tipos de colostomías según sus funciones y ubicaciones anatómicas. Esta clasificación ayudó a establecer unas bases que impulsó las clasificaciones posteriores (Rojas, 2020).

4.6.1 Principales cuidados

La enfermera será la encargada de los cuidados prequirúrgicos y postquirúrgicos (Mudarra et al., 2021). Esta debe conocer correctamente los cuidados necesarios que se deben realizar en la ostomía. Tras cinco días después de la intervención se debe empezar a realizar educación para la salud con el paciente para que comience con el cuidado, es imprescindible que el paciente pueda verse el estoma para aprender y cuidárselo. Se debe seguir unos pasos para correcto manejo: (Vázquez & Poca, 2015) (Zapatero & Velasco, 2022)

1. Retirada de la bolsa de arriba hacia abajo suavemente y sujetando la piel para evitar tirones y no producir daños. En caso de que las heces de la bolsa fuesen líquidas se deben tirar al inodoro y la bolsa a la papelera, mientras que si son densas se debe tirar todo a la papelera.
2. Se debe limpiar correctamente el estoma y su zona periestomal. En el ámbito hospitalario podrá usarse suero fisiológico o clorhexidina acuosa al 0,5%, el paciente en su casa debe usar agua templada y un jabón neutro. Se limpiará la piel haciendo círculos de dentro hacia fuera. Este debe quedar totalmente seco.
3. Todos los días antes de ponerse el dispositivo debe medirse el diámetro del estoma. Se debe adaptar el adhesivo para evitar irritaciones o complicaciones de este. Si el paciente tuviese muchos pliegues podría colocarse materiales para reforzar el adhesivo y evitar fugas.
4. Adherir el dispositivo a la piel de abajo a arriba, una vez colocado se debe administrar calor con las manos durante unos minutos.

El estoma se debe realizar alejado de la línea del cinturón y de los pliegues de la piel abdominal para prevenir que la bolsa que va unida al estoma se despegue o produzca fugas. Existen numerosos tipos de sistemas, según las necesidades del paciente y del estoma. Podemos clasificarlos en dos tipos, los compuestos por dos piezas con una base pegada a la piel rodeando el estoma y una bolsa que se puede retirar, este tipo requiere habilidad y generalmente no se suele ajustar bien; y formado por una única pieza, la bolsa y la base van unidas, es más sencillo de usar. También pueden varias las bolsas recolectoras encontrando cerradas o con el extremo abierto para poder evacuar el contenido de la bolsa sin necesidad de quitársela (Agastya & Bettina, 2020).

La alta posibilidad de sufrir una complicación por el estoma es de por vida, son más frecuentes los primeros cinco años desde su realización y estas afectan en la calidad de vida del paciente y en el incremento de gastos del sistema sanitario (Murken & Bleier, 2019). Se pueden clasificar en tempranas, aparecen los primeros 30 días, como pueden ser prurito alrededor del estoma, fugas, necrosis de este y abundante eliminación por el estoma que puede provocar una oscilación de electrolitos y líquidos; en complicaciones tardías, después de los 30 primeros días, se puede observar una hernia paraestomal, prolapo o estrechamiento del estoma. La probabilidad de sufrir una de estas complicaciones oscila entre un 10% y un 70% (Babakhanlou et al., 2022).

4.6.2 Posibles alteraciones

Este procedimiento quirúrgico produce un cambio en la imagen corporal del paciente llegando a perjudicar su autoestima. El estoma provoca numerosos retos a nivel físico y también psicológico que alteran la calidad de vida. Puede provocar alteraciones en la educación, el autocuidado, la sexualidad y en el apoyo psicológico del portador de la colostomía y sus familiares (Vitorino et al., 2021).

Con relación a la sexualidad, el paciente puede sufrir alteraciones con la presencia de disfunción, esta puede ser provocada por la enfermedad de subyacente, por el procedimiento quirúrgico o por problemas psicológicos producido por esto. Generalmente, en mujeres se muestra como sequedad vaginal, dolor en las relaciones sexuales e hiposexualidad; en hombres se presenta como disfunción eréctil, aneyaculación o eyaculación retardada (Paszynska et al., 2023). El 70% de los pacientes afirman que tienen relaciones sexuales insatisfactorias (Vonk-Klaassen et al., 2016).

En cuanto a las modificaciones psicológicas que pueden sufrir, muchos pacientes presentan incertidumbre, sensación de estigma, sensación de disminución de confianza y sentimiento de diferencia respecto al resto de personas (Ayaz-Alkaya, 2019). Estos pacientes tienen mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad o estrés (Black & Notter, 2021).

4.7 Enfermera estomaterapeuta

"La Enfermera Estomaterapeuta es una profesional experta en ostomías y en la atención integral a la persona ostomizada. Empieza en el momento que el enfermo es diagnosticado con la posibilidad de que se le practique un estoma, con el objetivo de proporcionar educación sanitaria y soporte emocional al paciente y/o cuidador durante todo el proceso, dar información y formación individualizada para que recobre la autonomía e independencia lo antes posible después de la intervención y pueda volver a vivir con una vida"

personal, familiar, profesional y social normalizada.” (Equipo Hospital Universitario Príncipe de Asturias, s.f).

Varios estudios afirman que los pacientes que han recibido cuidados de enfermeras estomaterapeutas han incrementado un 15% su calidad de vida y confort. También han conseguido disminuir el coste sanitario en un 48% debido a la disminución de visitas y uso del sistema sanitario (Romero, 2022).

Dentro de las múltiples funciones que realizan las enfermeras estomaterapeutas tienen un papel muy importante en el marcaje, es el estudio de la correcta ubicación del estoma para intentar prevenir complicaciones tiempo después (Kaan et al., 2019). El 45.6% de las colostomías no se las realiza marcaje en el preoperatorio, esto aumenta la probabilidad de que el paciente sufra fugas o irritación de la piel. Para una correcta ubicación se debe esquivar los pliegues de la piel, cicatrices, prominencias óseas y flexura de la ingle. Se debe buscar una zona plana del abdomen si es posible y asegurarnos que sea un sitio donde el paciente pueda verla sin dificultad. Para realizar el marcaje como se ve en el *Anexo II* debe estar ubicado en el cuadrante inferior del abdomen, se debe realizar un triángulo cuyos vértices deben ser en la cresta ilíaca, ombligo y en el medio del pubis, el lugar óptimo lo crea el punto de inserción de los tres vértices. Una vez seleccionado el punto se debe evaluar en decúbito supino, sentado y de pie (Andrés et al., 2023).

Algunos de los cuidados prequirúrgicos son: (García & García, 2017) (Adell et al., 2022).

- Realizar consultas antes de la cirugía, en estas consultas se debe recolectar los datos de interés del paciente y resolver las dudas que pueda tener este sobre la operación que se le va a realizar. Se debe ofrecer un apoyo y asesoramiento ante la nueva situación del paciente
- Ofrecer estrategias al paciente y sus familiares para enfrentar la nueva situación y los cambios que este conlleva, favoreciendo el diálogo entre ellos para poder comunicarse libremente. La escasez de apoyo familiar, social y profesional puede favorecer los estados depresivos
- Realización del marcaje. El paciente también debe colaborar en la elección del lugar de colocación del estoma. Debe evitar cicatrices, pliegues, prominencias óseas y zonas de piel dañada. La colocación por debajo del cinturón del pantalón no dañará tanto la imagen corporal del paciente.
- Educación sanitaria en enseñanza teórica y práctica a pacientes y sus familiares, se debe promover la motivación, la autoestima y las habilidades. Se necesita un seguimiento exhaustivo del paciente para reducir las complicaciones, reducir fases depresivas y de estrés,

favorecer la rehabilitación y la reinserción laboral.

- Los pacientes portadores no tienen ninguna restricción alimentaria, pero si algunas recomendaciones que facilitaran la adaptación y manejo de la colostomía. Se debe evitar los alimentos que puedan producir gases, que provoquen olor, que puedan disolver las heces y los alimentos que no se digieren de manera completa.
- Seguimiento en caso de embarazo, es poco común debido a la edad media de los pacientes. No existe prohibición, pero se aconseja esperar uno o dos años después de la cirugía. Pueden producirse cambios en el estoma durante el embarazo
- Se debe comprobar que el paciente tiene los valores hematológicos en rango, muchos de estos pacientes sufren de anemia.

Mientras que los cuidados postquirúrgicos son: (García & García, 2017) (López et al., 2013)

- Enseñar a cuidar el estoma con agua tibia y un jabón con pH neutro. En las primeras semanas el estoma reducirá de tamaño, es necesario la medición del estoma para evitar fugas e inflamación de este.
- Educación en el vaciado y cambio de bolsa. El cuidado del estoma y el manejo de la bolsa debe enseñarse en el hospital antes del alta domiciliaria.
- Enseñar el cuidado y manejo del estoma también a su familiar más cercano o cuidador.
- Ofrecer estrategias al paciente y sus familiares para enfrentar la nueva situación y los cambios que este conlleva, favoreciendo el diálogo entre ellos para poder comunicarse libremente. La escasez de apoyo familiar, social y profesional puede favorecer los estados depresivos
- La colostomía puede provocar baja autoestima, intranquilidad, preocupación y malestar emocional al paciente, esto puede afectar de manera negativa en el entorno sexual del paciente. Es importante conocer que este procedimiento puede provocar efectos secundarios en la función sexual. Las relaciones sexuales se pueden ver alteradas debido al daño de los nervios de la pelvis, el estoma puede provocar disfunción eréctil, sequedad vaginal molestias vaginales o pérdida de sensibilidad. La enfermera debe ayudar a disminuir el estrés y los problemas que estas alteraciones pueden provocar en el paciente.
- Promover el autocuidado. Se debe evitar el estreñimiento debido a que puede producir hernia paraestomal.
- Se debe animar al paciente a realizar actividad física cuando se encuentre recuperado de la cirugía. Este debe evitar los deportes de contacto o bruscos y se debe asegurar de que la bolsa está en buenas condiciones antes de realizar alguna actividad.
- Se debe tener una consulta con el paciente no más de una semana después del alta para ver su evolución.

5. Justificación

El cáncer colorrectal se encuentra entre los tres primeros cánceres más diagnosticados en España y el segundo con más mortalidad (Leal-Omar et al., 2019). Se prevé un crecimiento exponencial del 60-71% para el 2035 (Sawicki et al., 2021). Todos estos datos nos muestran la importancia y la complejidad de esta patología. Además, es una enfermedad que ha comenzado a incrementarse en la población menor de 50 años por tanto los cuidados son esenciales (Morón, 2023). Esta enfermedad es la primera causa de la realización de una colostomía (Estopañán et al., 2022).

La colostomía conlleva consecuencias y complicaciones que afectan en la calidad de vida de los pacientes e incluso incrementan los costes sanitarios (Álvarez Sariego, 2022). La prevención de estas debe comenzar en el preoperatorio. Se ha demostrado que una buena educación preoperatoria disminuye los días de hospitalización, tiene mejor efectividad que la postoperatoria y acorta los días necesarios para el correcto manejo del estoma (Ruiz de la Hermosa et al., 2019).

Como conclusión a lo anterior se puede afirmar que la educación juega un papel muy importante en estos pacientes. Con educación se pueden prevenir complicaciones que afecten al día a día de la persona, su imagen corporal, su actividad sexual, sus relaciones sociales y en el ámbito nutricional; provocaría un ahorro en los costes sanitarios debido a que la estancia en el hospital sería menor y la adaptación del paciente a la colostomía será mejor debido a la correcta utilización de esta.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Mejorar los conocimientos, la autonomía y un correcto manejo de la colostomía a los pacientes y sus familiares.

6.2 Objetivos específicos

- Colaborar en el manejo y disminución el impacto psicológico que puede provocar esta intervención en el paciente.
- Fomentar y promover la actividad física facilitando ejercicios y entrenamientos para realizar.
- Educación para la salud en materia de salud sexual para las personas portadoras de colostomía y/o sus parejas.
- Facilitar información nutricional para facilitar el manejo de la colostomía
- Enseñar a cuidadores y familiares todos los cuidados necesarios que necesita una colostomía.

6.3 Objetivos según las áreas de desarrollo

Área cognitiva:

- ❖ Conocer la definición de colostomía.
- ❖ Reconocer los signos de riesgo.
- ❖ Comprender los autocuidados necesarios.
- ❖ Conocer las consecuencias que puede provocar en él.
- ❖ Conocer los beneficios de la actividad física.
- ❖ Realizar el cambio de bolsa correctamente.
- ❖ Comprender las modificaciones alimentarias que debe realizar.
- ❖ Conocer las pautas y recomendaciones para la salud sexual.

Área actitudinal:

- ❖ Comunicar libremente incertidumbres y reflexiones en las sesiones.
- ❖ Participar compartiendo su experiencia.
- ❖ Mostrar interés en las actividades y en las sesiones.
- ❖ Reconocer que errores realizan habitualmente.
- ❖ Identificar y mostrar las emociones que sienten.
- ❖ Mejorar la adaptación a su nueva realidad.

Área de habilidades:

- ❖ Realizar el cambio de bolsa correctamente.
- ❖ Aplicar los autocuidados correspondientes.
- ❖ Desarrollar actividad física diariamente.
- ❖ Manejar su salud sexual.
- ❖ Aplicar las pautas alimentarias recomendadas.

7. Intervención educativa

7.1 Población

Este proyecto educativo va destinado a pacientes portadores de colostomía, sus familiares o cuidadores que hayan sido intervenidos en el Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Universitario Infanta Cristina y Hospital Universitario Infanta Elena.

Estas sesiones van destinadas a pacientes mayores de 50 años con una colostomía menor de tres meses de trascurso desde la operación, pero no será motivo de exclusión si un paciente portador de ella con tiempo mayor de este tiene interés en las sesiones. También se admitirán a todos los familiares o cuidadores que vean útil, provechoso y beneficioso para ellos o para el cuidado del paciente. Incluidos ambos sexos. En caso de que algún paciente menor de 50 años quiera asistir será bien recibido.

7.2 Captación

Se van a seguir las siguientes estrategias de captación:

- **Folleto informativo (Anexo III)**, la distribución de estos y hojas de inscripción se colocarán en la consulta de digestivo de la enfermera o a la entrada de esta para que sean visibles para los pacientes que acudan a ella.
- **Carteles informativos (Anexo IV)** se ubicarán en lugares de fácil visibilidad y bastante transitadas como las entradas y salidas del hospital, salas de esperas de consultas y quirófanos, la cafetería y en los ascensores de los centros.
- **Por correo:** envío de correo a pacientes o familiares con la información y la hoja de inscripción, serán con un previo consentimiento para ello. Se les enviará en formato digital una copia del cronograma de las sesiones y la hoja de inscripción por si les interesa. Se enviará a pacientes recién operados, en espera para realizarles la intervención o personas interesadas.
- **En consulta:** hoja de inscripción en la consulta de la enfermera para confirmar asistencia, una vez realizada la hoja de inscripción se enviará la información a la persona vía correo o whatsapp, según su preferencia. En esa información irá incluida el lugar de realización, la sala donde se desarrollará la sesión y un recordatorio del horario.

Las pautas a seguir para la captación de asistentes será primero conseguir la aprobación de los centros donde se quiere realizar la distribución de los folletos y carteles

informativos, se debe comunicar nuestra intención y los objetivos que queremos conseguir en estas sesiones a las enfermeras estomaterapeutas que pasan consulta en estos hospitales y por último se entregara varios ejemplares de los folletos y de las hojas de inscripción a estas enfermeras para favorecer la distribución y un mayor alcance.

7.3 Contenido de la intervención educativa.

Este programa educativo se realizará en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, localizado en el municipio de Fuenlabrada y junto a la parada de metro de la L12 Hospital de Fuenlabrada. Se quedará en la entrada del hospital diez minutos antes de la hora de inicio de la sesión para acudir juntos a la sala polivalente localizada en la planta baja junto a la cafetería.

Se formarán grupos pequeños de unas 14 personas en las sesiones que son exclusivas para los pacientes y grupos de 28 personas en las que puedan acudir los familiares y/o cuidador para facilitar la dinámica, comprensión, participación y las actividades de las sesiones, estas se realizarán de manera presencial. Se utilizarán una combinación varios tipos de metodologías de aprendizaje como el aprendizaje observacional, aprendizaje cognitivo, aprendizaje experiencial y aprendizaje explícito.

Se realizará a lo largo de seis sesiones, los martes y jueves durante tres semanas, de una duración de 90 minutos. Cada sesión se desarrollará en horario de mañana y de tarde para poder favorecer la presencia de los participantes, independientemente del turno se impartirá el mismo contenido por lo que los participantes podrán acudir a cada sesión de mañana o de tarde según su disponibilidad. Se exige la confirmación de asistencia 72 horas antes del día que se va a realizar la sesión. El horario por la mañana será de 11:30 a 13:00 y por la tarde se realizará de 18:00 a 19:30.

Según la sesión a realizar acudirán distintos profesionales para colaborar y ofrecer un mejor servicio a los participantes, acudirán para ofrecer y exponer la sesión enfermeras estomaterapeutas, psicólogos y fisioterapeutas digestivos.

Los contenidos a tratar en las diferentes sesiones se pueden diferencias en cognitivo, aptitudinales y de habilidad como se puede observar en la siguiente tabla.

Contenidos cognitivos	Contenidos aptitudinales	Contenidos de habilidad
<ul style="list-style-type: none"> - Qué es una colostomía y los tipos que estas posibles. - Posibles complicaciones del estoma. - Signos de infección del estoma. - Importancia de la nutrición en el paciente colostomizado. - Beneficios de realizar deporte diariamente. - Técnicas para el correcto manejo de la colostomía. - Alteraciones que puede sufrir el cuerpo tras la intervención quirúrgica. - Alteraciones en la salud sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar signos de alerta en el estoma. - Identificar errores en el manejo de la colostomía. - Comunicar las dificultades que tenga. - Comprender y asimilar las alteraciones que va a sufrir en su vida. - Interiorizar la importancia de la actividad física. - Asimilar los cambios nutricionales que se deben realizar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la habilidad en el manejo de la colostomía. - Mejorar el autocuidado. - Desarrollar ejercicios de actividad física diariamente. - Identificar y actuar ante complicaciones o signos de infección. - Cumplir las limitaciones nutricionales que exige una colostomía. - Realización de ejercicios para mejorar la salud sexual.

8. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

El cronograma de las sesiones que se ejecutarán en este proyecto educativo es:

	Contenido	Participantes	Horario y día
1 ^a Sesión	Descripción y definición de la colostomía y sus tipos, signos y complicaciones.	Pacientes, cuidadores, personas interesadas o familiares	Martes 16 de abril: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
2 ^a Sesión	Manejo de colostomía y autocuidado	Pacientes	Jueves 18 de abril: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
3 ^a Sesión	Manejo de colostomía.	Familiares, cuidadores o personas interesadas.	Martes 23 de abril: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
4 ^a Sesión	Ejercicios para realizar actividad física y pautas de nutrición.	Pacientes	Jueves 25 de abril: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
5 ^a Sesión	Salud sexual	Pacientes, cuidadores, personas interesadas o familiares	Martes 30 de abril: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
6 ^a Sesión	Manejo de complicaciones psicológicas, mejorar visión de imagen corporal y reducir las complicaciones sociales.	Pacientes	Jueves 2 de mayo: Mañana: 11:30-13:00 Tarde: 18:00-19:30
Se recomienda a los participantes a acudir con ropa deportiva o cómoda en la segunda, tercera y cuarta sesión para una plena experiencia.			

1ª SESIÓN

<i>Objetivo de la sesión</i>	Ampliar y afianzar conocimientos sobre la colostomía.
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué es la colostomía?- ¿Cuál es la función de esta?- Motivos de su realización.- Tipos de colostomías.- Posibles signos de infección.- Cuidados básicos necesarios.- Posibles efectos secundarios de la cirugía.
<i>Desarrollo de la sesión</i>	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de los profesionales sanitarios y de los participantes, 20 minutos.• Evaluación de los conocimientos de los participantes previos a la sesión, 5 minutos• Explicación teórica de los contenidos de la sesión, 30 minutos• Descanso, 10 minutos• Continuación de la explicación de los contenidos teóricos, 25 minutos.• Evaluación de conocimientos tras sesión, 5 minutos• Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración sobre la sesión, 5 minutos
<i>Técnica</i>	<ul style="list-style-type: none">○ Técnica desarrollo de habilidades y expositiva con apoyo de una presentación para explicar los contenidos teóricos.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Para la evaluación de los conocimientos previos y posterior se realizará un cuestionario individual.
<i>Tiempo</i>	90 minutos.
<i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: Tres enfermeras estomaterapeutas ➤ Materiales: Ordenador, una silla para cada asistente, una pantalla, una presentación con la teoría a desarrollar y material para apoyar la presentación como, por ejemplo, adhesivo, bolsa, sistema de una pieza y cinturón de sujeción.
<i>Asistentes</i>	Pacientes, cuidadores, personas interesadas o familiares.

2ª SESIÓN

Objetivo de sesión	Manejo correcto y autocuidado de la colostomía
Contenido	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué necesitamos para el cuidado del estoma?- ¿Cómo debemos hacerlo?- ¿Qué no echarle nunca?- Correcta colocación del sistema de una pieza o dos piezas.- ¿Qué hacer si no nos pega en la piel y se despega?- Consejos para evitar fugas- Cosas que NO se deben hacer
Desarrollo de la sesión	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de las actividades que se van a realizar a lo largo de la sesión, 5 minutos.• Resolución de posibles dudas y preguntas de la sesión anterior, 5 minutos.• Evaluación de los conocimientos de los asistentes a como se debe curar el estoma, 5 minutos.• Las enfermeras realizaran una explicación de los contenidos y representación de cómo se debe cuidar y cambiar la bolsa de la ostomía, 30 minutos.• Por parejas se deben colocar delante de los espejos y realizar lo aprendido anteriormente, las enfermeras irán observándoles por si ven algún error o si alguno necesitase ayuda, 40 minutos• Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración de la sesión, 5 minutos.
Técnica	<ul style="list-style-type: none">○ Técnica expositiva para desarrollar los conceptos teóricos.○ Investigación en aula, una tormenta de ideas para valorar los conocimientos del cuidado previos al

	<p>taller.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de habilidades, se realizarán ejercicios prácticos.
Tiempo	90 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: Tres enfermeras estomaterapeutas. ➤ Materiales: un espejo para cada dos personas, gasas estériles, suero fisiológico o clorhexidina acuosa al 0.5%, bolsas para desechar residuos y materiales necesarios para el cambio de colostomía (sistema de una pieza, bolsa, adhesivo y cinturón de sujeción)
Asistentes	Pacientes

3^a SESIÓN

<i>Objetivo de sesión</i>	Correcto manejo de la colostomía por familiares y/o cuidadores
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">- ¿Qué necesitamos para el cuidado del estoma?- ¿Cómo se debe hacer?- ¿Qué no se debe echar nunca?- Correcta colocación del sistema de una pieza o dos piezas.- ¿Qué hacer si no nos pega en la piel y se despega?- Consejos para evitar fugas- Cosas que NO se deben hacer
<i>Desarrollo de la sesión</i>	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de los participantes y del objetivo de la sesión, 10 minutos• Explicación teórica y visual de los contenidos de la sesión, 30 minutos.• Los familiares y/o cuidadores limpiarán el estoma y realizarán el cambio de bolsa de la colostomía de su acompañante, las enfermeras resolverán las dudas que vayan surgiendo y rectificarán los errores que observen, 45 minutos.• Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración de la sesión, 5 minutos.
<i>Técnica</i>	<ul style="list-style-type: none">○ Técnica expositiva, se explicará los contenidos teóricos con apoyo de una presentación○ Técnica participativa y de habilidades, se realizarán ejercicios prácticos enfocados en el aprendizaje de los familiares y/o cuidadores.

<i>Tiempo</i>	90 minutos
<i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: Tres enfermeras estomaterapeutas. ➤ Materiales: un espejo para familiar y paciente, gasas estériles, suero fisiológico o clorhexidina acuosa al 0.5%, bolsas para desechar residuos, materiales necesarios para el cambio de colostomía (sistema de una pieza, bolsa, adhesivo y cinturón de sujeción) y un muñeco de práctica clínica con colostomía para que toda persona pueda realizar la actividad.
<i>Asistentes</i>	<p>Pacientes, familiares, cuidadores o personas interesadas.</p> <p>Es recomendado que los familiares o cuidadores acudan con el paciente portador de colostomía para poder realizar correctamente la actividad, en caso de no poder se facilitará alternativas a esos pacientes.</p>

4^a SESIÓN

<i>Objetivo de sesión</i>	Aprender y conocer ejercicios para poder realizar actividad física y pautas de nutrición.
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">- Beneficios de la actividad física diaria.- ¿Se pueden hacer todos los deportes?- Deportes y ejercicios recomendados.- Precauciones que debe seguir al realizarlo.- Recomendaciones dietéticas.- Alimentos que se deben evitar y su explicación.
<i>Desarrollo de la sesión</i>	<ul style="list-style-type: none">• Presentación del contenido que se va a desarrollar en la sesión, 5 minutos• Presentación con recomendaciones y consejos nutricionales, 30 minutos<ul style="list-style-type: none">○ Se facilitará una hoja con estas recomendaciones para los participantes (Anexo V) (Castro et al., 2023) (Cáncer et al., 2018)• ¿Se puede hacer deporte? Evaluación de los conocimientos de los asistentes, 5 minutos• Explicación teórica de los beneficios de realizar actividad física diaria y deportes recomendados para personas con colostomía, 20 minutos.<ul style="list-style-type: none">○ Se facilitará una hoja con recomendaciones para poder realizar ejercicio físico.• Realización de ejercicios, 25 minutos<ul style="list-style-type: none">○ Tumbados y con las rodillas dobladas, levantar la pelvis.○ Levantamiento de piernas sentados en una pelota o silla.○ Tumbados, levantar una pierna al techo y cuando la baje levante la otra.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sentadillas en pelota o silla. ○ Sentados en pelota o silla con las piernas separadas y se juntas lentamente las rodillas inspirando al realizarlo. • Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración de la sesión, 5 minutos.
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica expositiva, para exponer y explicar los contenidos teóricos ○ Investigación de aula, una tormenta de ideas para saber que conocimientos tienen los asistentes sobre la actividad física en pacientes con colostomía ○ Técnica participativa, se realizarán demostraciones prácticas de ejercicios físicos que pueden realizar y posteriormente se dejará tiempo para la realización por parte de los asistentes.
Tiempo	90 minutos.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: una enfermera estomaterapeuta, un fisioterapeuta y un nutricionista. ➤ Materiales: un ordenador, una pantalla, una presentación con el material a desarrollar de dietética y otra de actividad física y una silla o pelota para cada participante.
Asistentes	Esta sesión va destinada a pacientes, pero se permite la asistencia de cualquier persona interesada.

5ª SESIÓN	
<i>Objetivo de sesión</i>	Educación para la salud en el ámbito de salud sexual
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciación de los diferentes tipos de alteraciones en la salud sexual. - Conocer las posibles limitaciones que se pueden encontrar. - Recomendaciones para la salud sexual. - Pautas para facilitar y mejorar esta con su pareja o acompañante.
<i>Desarrollo de la sesión</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación a los asistentes de los contenidos a tratar en la sesión y los profesionales que lo van a realizar, 10 minutos • Explicación teórica de los contenidos a tratar con apoyo de una presentación, 40 minutos • Descanso, 10 minutos • Explicación de ejercicios o prácticas para realizar con tu pareja y mejorar la salud sexual, 25 minutos • Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración de la sesión, 5 minutos
<i>Técnica</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica expositiva, presentación teórica del contenido. ○ Técnica de análisis, los pacientes y sus familiares pueden preguntar cualquier duda en todo momento de la sesión.
<i>Tiempo</i>	90 minutos

<i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: dos enfermeras estomaterapeutas y una sexóloga. ➤ Materiales: pantalla, un ordenador, una presentación con el contenido a desarrollar y una silla para cada participante.
<i>Asistentes</i>	Pacientes, familiares y/o cuidadores y personas interesadas

6^a SESIÓN

<i>Objetivo de sesión</i>	Ayudar en la mejora de la visión de la imagen corporal, disminuir las complicaciones sociales y manejar las alteraciones psicológicas.
<i>Contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">- Importancia de la red de apoyo.- Pautas para facilitar la comunicación con el entorno.- Consejos para manejar las complicaciones psicológicas.- Pautas para mejorar la visión de la imagen corporal.
<i>Desarrollo de la sesión</i>	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de los profesionales sanitarios a los asistentes y explicación del desarrollo de la sesión, 10 minutos.• Lluvia de ideas con los asistentes para comprender como se sientes o se han sentido con su imagen corporal y las dificultades que ha vivido hasta el momento, 15 minutos.• Explicación teórica de las complicaciones que han podido sufrir, 20 minutos.• Técnicas para afrontar y mejorar su día a día, 40 minutos.• Entrega y realización de manera individual un cuestionario de valoración de la sesión, 5 minutos
<i>Técnica</i>	<ul style="list-style-type: none">○ Técnica investigación en aula, lluvia de ideas para conocer la opinión de los asistentes.○ Técnica de análisis, todos los asistentes pueden colaborar y hablar para expresar sus sentimientos o dudas.○ Técnica expositiva, explicación teórica con apoyo de una presentación.

<i>Tiempo</i>	90 minutos
<i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Humanos: Una enfermera estomaterapeuta y dos psicólogas. ➤ Materiales: pantalla, un ordenador, una presentación con el material a desarrollar y una silla para cada participante.
<i>Asistentes</i>	Pacientes

9. Evaluación.

La evaluación del proyecto educativo tiene el fin de comprobar el resultado entre lo enseñado por los profesionales sanitarios y lo aprendido por los asistentes a las sesiones. También engloba la valoración sobre el lugar donde se ha desarrollado las sesiones, el tiempo que se ha invertido, las actividades que se han realizado y las habilidades y técnicas que ha usado el profesional.

Este proceso se puede valorar con evaluación de la estructura y el proceso y evaluación de resultados.

9.1 Evaluación de la estructura y el proceso.

Para poder valorar de manera objetiva el número de asistentes, las técnicas educativas utilizadas, la calidad de los educadores y el lugar, la hora y las fechas facilitadas al asistente se utilizará la figura del observador (*Anexo VI*), enfermero que acudirá a las sesiones para reunir información sobre la sesión.

También se facilitará a los participantes un cuestionario pre-taller y pos-taller o se emplearan técnicas de investigación de aula para evaluar los conocimientos teóricos antes de realizar la sesión y verificar los conocimientos que han obtenido al final de la sesión y si estos son correctos.

9.2 Evaluación de resultados.

El principal objetivo de este taller es mejorar los conocimientos, la autonomía y el manejo de la colostomía de los pacientes y familiares y/o cuidadores, el taller será efectivo si los pacientes y sus acompañantes toman conciencia de la importancia de los cuidados y realizan las actividades y los consejos que se proporcionan en las sesiones. Esto puede evaluarse a largo plazo en el seguimiento en consulta, viendo los progresos y las actitudes que presenta el paciente en ese momento.

Los objetivos educativos valorados según el área de conocimiento, habilidad y actitud son los siguientes:

- Objetivos de conocimiento o cognitivos: para valorar estos objetivos se usarán cuestionarios o técnicas de investigación de aula como, lluvia de ideas, pre-taller y pos-taller que se realizaran por los asistentes a la sesión para poder analizar los conocimientos

que han adquirido.

- Objetivos de habilidad: para valorar su efectividad observaremos la evolución del estoma y del manejo para colocarse el sistema de colostomía en las siguientes consultas.
- Objetivos de actitudes: se utilizará la figura del observador para poder comprobar la conducta y la disposición de los participantes.

10. Bibliografía

Adell, R., Gil, B., Rodríguez, I., Borobia, R., & Ruiz, M. T. (2022). Importancia de la enfermera estomaterapeuta en pacientes ostomizados. *Revista Sanitaria De Investigación*, 3(6)

Agastya, M., & Bettina, L. (2020). Colostomy care. *Europe PMC*.

Álvarez Sariego, M. (2022). Calidad de vida en pacientes con ostomías - intervención de enfermería. *NPunto*, 5(137) <https://www.npunto.es/revista/47/calidad-de-vida-en-pacientes-con-ostomias-intervencion-de-enfermeria>

Álvarez, M. (2022). Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería. *NPunto*, 5(47), 52-77.

AlZaabi, A., AlHarrasi, A., AlMusalmi, A., AlMahyijari, N., Al Hinai, K., ALAdawi, H., & Al-Shamsi, H. O. (2022). Early onset colorectal cancer: Challenges across the cancer care continuum. *Annals of Medicine and Surgery*, 82(1)

Andrés, N., Delgado, C., Ariño, M. P., Aznar, S., Núñez, M. ^a. C., & Aparicio, A. M. (2023). Generalidades del preoperatorio de las derivaciones digestivas y urológicas: Marcaje del estoma. *Revista Sanitaria De Investigación*, 4(7)

Ayaz-Alkaya, S. (2019). Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International Wound Journal*, 16(1), 243-249.

Babakhanlou, R., Larkin, K., Hita, A. G., & Yeung, S. (2022). Stoma-related complications and emergencies. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(17)

Baidoun, F., Elshiwly, K., Elkeraie, Y., Merjaneh, Z., Khoudari, G., Sarmini, M. T., Gad, M., Al-Husseini, M., & Saad, A. (2021). Colorectal cancer epidemiology: Recent trends and impact on outcomes. *Current Drug Targets*, 22(9), 998-1009.

Bernabeu, C., Gomis, D., Martínez, E. I., & Bernabeu, J. (2021). Incidencia del cáncer a nivel mundial. revisión sistemática. *Revista Oficial De La Sociedad Española De Enfermería Oncológica*, 23(1), 42-62.

Berti-Hearn, L., & Elliott, B. (2019). Colostomy care: A guide for home care clinicians.

Home Healthcare Now, 37(2), 68-78.

Black, P., & Notter, J. (2021). Psychological issues affecting patients living with a stoma. *British Journal of Nursing*, 30(6)

Buccafusca, G., Proserpio, I., Tralongo, A. C., Giuliano, S. R., & Tralongo, P. (2019). Early colorectal cancer: Diagnosis, treatment and survivorship care. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 136, 20-30.

Callejo Pérez, A., Arbej Sánchez, J., Menao Guillen, S., Isla Casado, D., & Andrés Conejero, R. (2023). Factores de riesgo de deterioro cognitivo asociado a cáncer en pacientes con carcinoma de mama y colon que reciben tratamiento con quimioterapia. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 46(2), 17-30.

Calvo, R., Escudero, M. M., Ibáñez, R., Lahoz, T., Relancio, L., & Aldaz, I. (2021). Actuación enfermera en pacientes con cáncer de colon y recto. *Revista Sanitaria De Investigación*, 2(6)

Cáncer. (2022) Organización Mundial de la Salud. Retrieved Jan 26, 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Cancer, E., Cánovas, G., Delgado, E., & Moreno, A. (2018). *Recomendaciones nutricionales para pacientes con colostomía*. https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/1079/140420_011637_0469696720.pdf

Castro, I., Conejos, C., Martín, S., Ruiz, Y., Moriana, M., Chiva, M., & Sorribes, P. (2023). *Los consejos de tu dietista en el paciente colostomizado*. https://www.nutricionemocional.es/sites/default/files/lcd_paciente_colostomizado.pdf

Comunidad de Madrid. (2019) *Crece el número de madrileños en el programa de detección precoz de cáncer de colon y recto*. Comunidad de Madrid. Retrieved Feb 17, 2024, from <https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/01/19/crece-numero-madrileños-programa-deteccion-precoz-cancer-colon-recto>

Cubiella, J., Marzo-Castillejo, M., Mascort-Roca, J. J., Amador-Romero, F. J., Bellas-Beceiro, B., Clofent-Vilaplana, J., Carballal, S., Ferrández-Santos, J., Gimeno-García, A. Z.,

Jover, R., Mangas-Sanjuán, C., Moreira, L., Pellisé, M., Quintero, E., Rodríguez-Camacho, E., & Vega-Villaamil, P. (2018). Guía de práctica clínica. diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. actualización 2018. *Gastroenterología Y Hepatología*, 41(9), 585-596.

Díaz-Rubio, E. (2019). La carga del cáncer en España: Situación en 2019. *Anales De La Real Academia Nacional De Medicina*, 1(136), 25-33.

Equipo American Cancer Society. (2020) *Colorectal cancer early detection, diagnosis, and staging*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>

Equipo Hospital Universitario Príncipe de Asturias. *Consulta de estomaterapia*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Retrieved Jan 25, 2024, from <https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/profesionales/consulta-estomaterapia>

Estopañán, C., Fernández, J., Portillo, R. d., Castilla, A., Castrillo, M., & García, M. E. (2022). Plan de cuidados de enfermería a paciente portador con colostomía secundaria a cirugía por cáncer colorrectal. *Revista Sanitaria De Investigación*, 3(8)

Feeney, G., Sehgal, R., Sheehan, M., Hogan, A., Regan, M., Joyce, M., & Kerin, M. (2019). Neoadjuvant radiotherapy for rectal cancer management. *World Journal of Gastroenterology*, 25(33), 4850-4869.

Fernández Santiesteban, L. T., Hernández Álvarez, F. E., González Villalonga, J. A., Lima Pérez, M., & González Meisozo, M. (2020). Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer colorrectal avanzado. *Revista Cubana De Cirugía*, 59(2)

González-Abreu, A., Morejón, L., Falcón, C., & Gamboa, Y. (2020). Caracterización epidemiológica del cáncer. *Primer Congreso Virtual De Ciencias Básicas Biomédicas En Granma. Manzanillo*.

Instituto Valenciano de Oncología. (2023). *Los ensayos clínicos, herramienta vital en el cáncer de colon*. IVO Instituto Valenciano de Oncología. Retrieved Feb 20, 2024, from <https://www.ivo.es/actualidad/investigacion/los-ensayos-clinicos-herramienta-vital-en-la-lucha-contra-el-cancer-de-colon/>

Kaan, A. F., Özgür, I., Altunaoy, M., Zübeyr, M., Bayraktar, A., Türker, M., & Keskin, M. (2019). Complicated or not complicated: Stoma site marking before emergency abdominal surgery. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 25(1) https://jag.journalagent.com/travma/pdfs/UTD_25_1_60_65.pdf

Leal-Omar, J., Zarate-Guzmán, J., Peniche-Moguel, P., Gil-Rojas, N., Briones-Fraga, S., Gómez-García, T., Morones-Navarrete, G., & Mena-Contreras, A. A. (2019). Demografía del cáncer colorrectal en los últimos 5 años de un hospital oncológico. *Endoscopia*, 31(1), 363-369.

López, E., Petri, M., Vicuña, B., & Velasco, M. d. M. (2013). *Guía de cuidados para persona colostomizada*. Imprenta Zubilaga. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D823221E-7326-4EBC-8098-D85BA3A2EED2/266031/Colostom%C3%ADA.pdf>

Lozano, S., Sisamón, I., García, I., Moros, B., Delgado, B., & Muñoz, C. (2021). Prevención del cáncer colorrectal. *Revista Sanitaria De Investigación*, 2(7)

Marzo-Catillejo, M., & Vela-Vallespín, C. (2018). Sobrediagnóstico en cáncer. *Atención Primaria*, 50(2), 51-56. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718305493>

Mateo, J. E. (2019). Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos*, 30(3), 142-146.

Mathews, A. A., Draganov, P. V., & Yang, D. (2021). Endoscopic management of colorectal polyps: From benign to malignant polyps. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 13(9), 356-370.

Matsuda, T., Yamashita, K., Hasegawa, H., Oshikiri, T., Hosono, M., Higashino, N., Yamamoto, M., Kanaji, S., Nakamura, T., Suzuki, S., Sumi, Y., & Kakeji, Y. (2018). Recent updates in the surgical treatment of colorectal cancer. *Annals of Gastroenterological Surgery*, 2(2), 129-136.

Mattiuzzi, C., Sanchis-Gomar, F., & Lippi, G. (2019). Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Annals of Translational Medicine*, 7(21), 609.

Meklin, J., Syrjänen, K., & Eskelinen, M. (2020). Fecal occult blood tests in colorectal

cancer screening: Systematic review and meta-analysis of traditional and new-generation fecal immunochemical tests. *Anticancer Research*, 40(7), 3591-3604.

Morón, B. I. (2023, Marzo). *Cáncer de colon: Epidemiología*. Asociación española contra el cáncer. Retrieved Jan 11, 2024, from <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/epidemiologia-cancer-colon>

Mudarra, N., Pacheco, E., & Meneses, A. (2021). Prevención del trastorno de la imagen corporal por la intervención enfermera previa a cirugía de cáncer de mama y colon. *Conocimiento Enfermero*, 4(14), 22-40.

Murken, D., & Bleier, J. (2019). Ostomy-related complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 32(3), 176-182.

Nafría, B. (2022). Cáncer colorrectal. *NPunto*, 5(56), 4-29.

Ordovás, J., Moreno, C., Corbatón, L., Ladrero, I., Morella, Á, & Luna, J. (2023). Fisiopatología, diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal en atención primaria. *Revista Sanitaria De Investigación*, 4(12)

Paszynska, W., Zborowska, K., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2023). Quality of sex life in intestinal stoma patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3)

Prevecolon: Prevención de cáncer de colon y recto. Comunidad de Madrid. Retrieved 19 enero 2024, from <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/prevecolon-prevencion-cancer-colon-recto>

Rodríguez, LR., Alfonso, Y. A., Ruiz, M. C. R., Rodríguez, E. M. P., Pérez, L. R., & Marrero, E. F. (2018). Radioterapia adyuvante en el cáncer rectal. *Acta Médica Del Centro*, 12(3), 313-320.

Rodríguez, N., Romero, T., López, M. L., Cobas López, C. A., & Martínez, Y. (2019). Nivel de conocimiento sobre exámenes diagnósticos para la detección precoz del cáncer colorrectal. *Revista De Ciencias Médicas De Pinar Del Río*, 23(2), 286-294.

Rojas, L. (2020). Perspectiva histórica de la oncología gastrointestinal. *Perspectiva Del*

Diagnóstico Y Tratamiento Del Cáncer, 42(4), 675-682.

Romero, G. (2022) *El CGE recuerda la importancia de la enfermera estomaterapeuta para los pacientes ostomizados*. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería en España. Retrieved Jan 25, 2024, from <https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-de-prensa/noticias/item/99051-el-cge-recuerda-la-importancia-de-la-enfermera-estomaterapeuta-para-los-pacientes-ostomizados>

Ruiz de la Hermosa, A., Rodríguez, Y., Martínez, E., Gómez, R., Allo, G., García, F. J., & Seoane, J. B. (2019). Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. *Revista De Gastroenterología Del Perú*, 39(3), 215-221.

Sakshaug, B. C., Folkesson, E., Haukaas, T. H., Visnes, T., & Flobak, Å. (2023). Systematic review: Predictive value of organoids in colorectal cancer. *Scientific Reports*, 13(1)

Sawicki, T., Ruszkowska, M., Danielewicz, A., Niedzwiedzka, E., Arlukowicz, T., & Przybylowicz, K. E. (2021). A review of colorectal cancer in terms of epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. *Cancers*, 13(9), 2025.

Segura-González, J. M. C., Tiscareño-Lozano, I. I., García-Galicia, A., Hernández-Muñoz, S. I., Vera-Sánchez, M. G., Maza-Cruz, A. N., Montiel-Jarquín, Á J., & Jiménez-Luna, I. (2023). Comparación de colostomía frente a ileostomía de protección en cirugía de cáncer rectal. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 61(2), 133-139.

Shrestha, U. K. (2023). *Modern approach in the management of malignant colorectal polyp*. IntechOpen.

Tibán, P. A., & Vilcacundo, M. F. (2023). Importancia del test de sangre oculta en heces y su detección temprana en cribado de cáncer colorrectal. *Revista Científica Arbitraria Multidisciplinaria Pentaciencias*, 5(4), 649-660.

Vázquez, M. d. C., & Poca, T. (2015). *Manual de cuidados en ostomías*. ()Difusión Avances Enfermería (DAE). <https://www.enfermeriaaps.com/portal/manual-de-cuidados-en-ostomias>

Vitorino, I., Katherinne, I., Agnaldo, J., Pereira, I., Oliveira, A. E., & Guimarães, M. J. (2021). Factors associated to quality of life in people with intestinal stomas. *Revista Da Escola*

De Enfermagem Da USP, 55(2)

Vonk-Klaassen, S. M., Vocht, H. M., Ouden, M. E. M., Hans, E., & Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: A systematic review. *Quality of Life Research*, 25, 125-133.

Xie, Y., Chen, Y., & Fang, J. (2020). Comprehensive review of targeted therapy for colorectal cancer. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 5(22)

Zapatero, M. E., & Velasco, J. M. (2022). *Manual de buenas prácticas de humanización de las consultas de ostomía*. <https://www.ocez.net/archivos/revista/1957-220518-mbp-ostomia.pdf>

11. ANEXOS

Anexo I: Clasificación AJCC

ETAPAS	AGRUPACIÓN	DESCRIPCIÓN
0	N0/M0	Etapa más temprana. Carcinoma in situ o carcinoma intramucoso. Solo se localiza en la capa interna
I	T1 o T2/ N0/ M0	El cáncer ha avanzado hacia la submucosa (T1) o la capa muscular delgada (T2). No afectación a los ganglios (N0) ni a órganos remotos (M0).
IIA	T3/ N0/ M0	Ha avanzado hasta la capa más externa, sin atravesarla (T3). No afectación a los ganglios (N0) ni a órganos remotos (M0).
IIB	T4a/ N0/ M0	El cáncer avanza por la pared del colon y recto (T4a). No afectación a los ganglios (N0) ni a órganos remotos (M0).
CII	T4b/ N0/ M0	Ha avanzado por la pared del colon y recto y puede afectar a órganos contiguos (T4b). No afectación a órganos remotos (M0) ni ganglios cercanos (N0).
IIIA	T1 o T2/ N1 o N1c/ M0	La lesión ha avanzado por la submucosa (T1) y la muscular propia (T2). Se ha extendido a los ganglios cercanos (N1). No afectación a órganos cercanos (N0)
	T1/ N2a/ M0	Se disemina hacia la submucosa (T1). Se expande a ganglios linfáticos cercanos (N2a) pero no a órganos remotos (M0)
IIIB	T3 o T4a/ N1 o N1c/ M0	La lesión ha avanzado por las capas más externas del color o recto (T3) o peritoneo visceral (T4a), no afecta a órganos cercanos. Se ha expandido a 1 y 3 ganglios (N1a o N1b) o a un área de grasa cercana pero no a los ganglios en sí (N1c). No extensión a órganos remotos (M0)
	T2 o T3/ N2a/ M0	Ha llegado a la musculatura propia (T2) o a la capa externa del colon o recto (T3). Afecta entre 4 y 6 ganglios cercanos (N2a). No extensión a órganos remotos.
	T1 o T2/ N2b/ M0	La lesión pasa de la mucosa a la submucosa (T1) y puede haber afectado a la musculatura (T2). Hay afectación de 7 o más ganglios linfáticos (N2b). No

		extensión a órganos remotos.
IIIC	T4a/ N2a/ M0	El cáncer ha avanzado por la pared afectando al peritoneo visceral (T4a). Afecta entre 4 y 6 ganglios linfáticos cercanos (N2a). No extensión a órganos remotos (M0)
	T3 o T4a/ N2b/M0	Ha llegado hasta la capa más externa del colon y recto (T3) o entre el peritoneo visceral (T4a). Afectación de 7 o más ganglios linfáticos (N2b). No extensión a órganos remotos (M0)
	T4b/ N1 o N2/ M0	La lesión ha crecido por el colon o recto y esta adherido o ha avanzado hacia tejidos u órganos cercanos (T4b). Afecta al menos a un ganglio cercano o área de grasa cercana a estos (N1 o N2). No extensión a órganos remotos (M0)
IVA	Cualquier T Cualquier n M1a	La lesión puede haber avanzado o no entre la pared del colon o recto (cualquier T). La afectación a los ganglios es desconocida (cualquier N). Se ha extendido a un órgano remoto o a grupo de ganglios linfáticos, pero no a partes distantes del peritoneo (M1b).
IVB	Cualquier T Cualquier n M1b	La lesión puede haber avanzado o no entre la pared del colon o recto (cualquier T). La afectación a los ganglios es desconocida (cualquier N). Se ha extendido a más de un órgano o grupo de ganglios linfáticos, pero no a partes distantes del peritoneo (M1B)
VCI	Cualquier Y Cualquier n M1c	La lesión puede haber avanzado o no entre la pared del colon o recto (cualquier T). La afectación a los ganglios es desconocida (cualquier N). Se ha extendido a partes distantes del peritoneo y puede o no haberse extendido a órganos remotos y ganglios linfáticos.

Clasificación AJCC. Realización propia a partir de (Equipo American Cancer Society 2020)

Anexo II: Marcaje

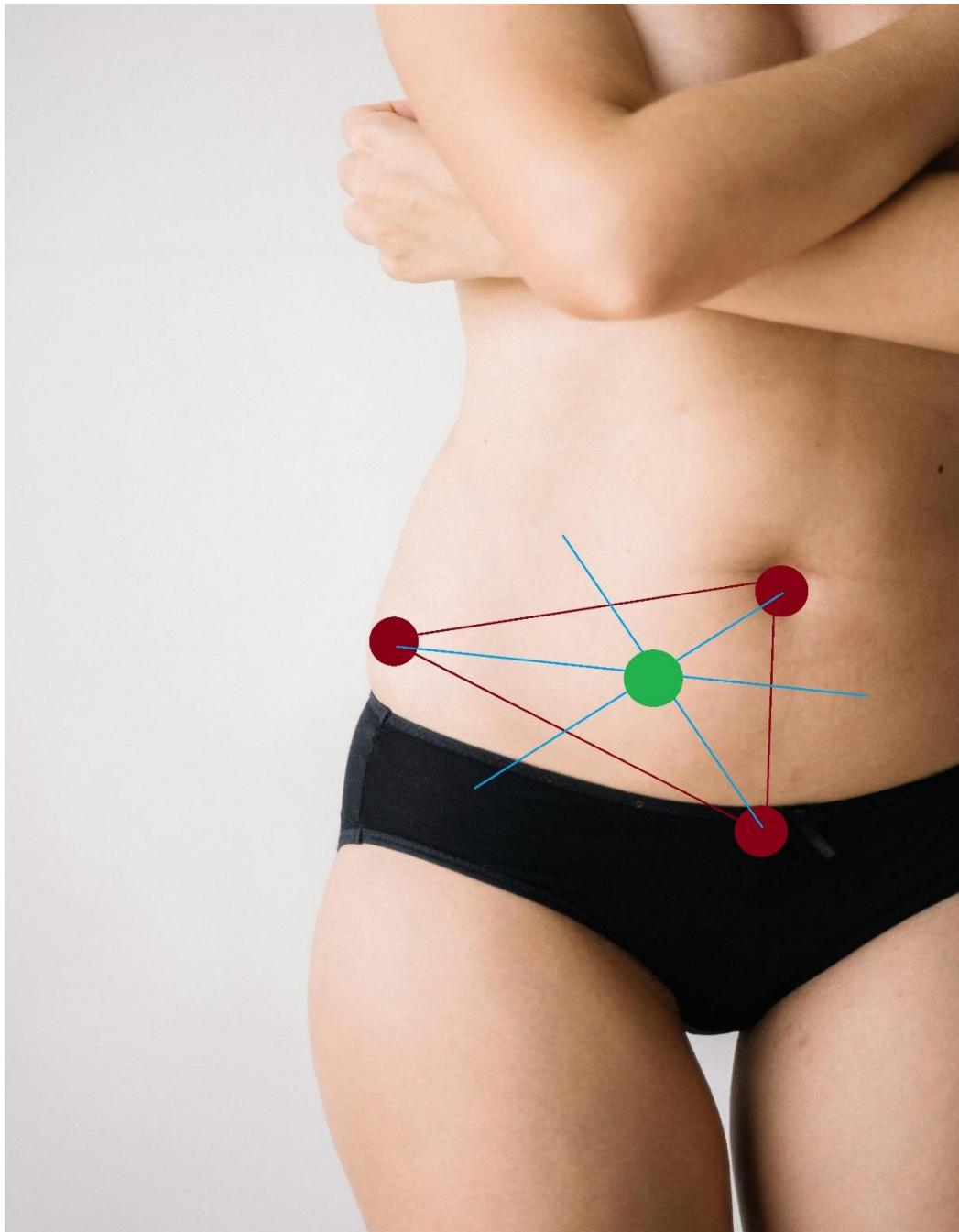


Imagen 1. Marcaje
Elaboración propia a partir de (Andrés et al., 2023)

Anexo III: folleto informativo

Localización

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Quedaremos en la entrada del hospital diez minutos antes de la hora de inicio de la sesión para acudir juntos a la sala polivalente localizada en la planta baja junto a la cafetería.

¿Cuándo?

Se realizará del 16 de abril al 2 de mayo.
Dos sesiones por semana con duración de una hora y media.
Todos los martes y jueves con turno de tarde y mañana.

Objetivo

Aumentar el conocimiento de la población, la habilidad de los pacientes y sus familiares y/o cuidadores para el autocuidado del estoma y mejorar la calidad de vida de estos.

¿Cuándo?

Se realizará del 16 de abril al 2 de mayo.
Dos sesiones por semana con duración de una hora y media.
Todos los martes y jueves con turno de tarde y mañana.

Inscripción

Para inscribirte mándanos un mail o contacta con nosotros por whatsapp.

- enfestomaterapeuta@gmail.com
- 76543210

¡Escríbenos para informarte sin compromiso.

CURSO COLOSTOMÍA

Destinado a todas las personas con ganas de aprender

Cuídate, cuídale

!TE ESPERAMOS!

Folleto informativo. Elaboración propia.

Anexo IV: Cartel informativo

CURSO COLOSTOMÍA

Destinado a todas las personas con ganas de aprender

Cuídate, cuídale ¿Estás interesado? ¡APUNTATE!

OBJETIVO

Aumentar el conocimiento, la habilidad de los pacientes y sus familiares para el autocuidado del estoma y mejorar la calidad de vida de estos.

¿CUÁNDO?

Se realizará del 16 de abril al 2 de mayo.
Dos sesiones por semana con duración de una hora y media.
Todos los partes y jueves con turnos de mañana y tarde.

LOCALIZACIÓN

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Quedaremos en la entrada del hospital diez minutos antes de la hora de inicio de la sesión para acudir juntos a la sala polivalente localizada en la planta baja junto a la cafetería.

INSCRIPCIÓN

Para inscribirte mandanos un mail o contacta con nosotros por whatsapp

- enfestomaterapeuta@gmail.com
- 76543210

¡Escríbenos para informarte sin compromiso!

¡TE ESPERAMOS!

Carteles informativos. Elaboración propia.

Anexo V: Documentación con recomendaciones dietéticas

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

DURANTE LOS 2-3 MESES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO:




Se recomienda restringir ciertos alimentos para una mayor adaptación y no se produzcan complicaciones en la ostomía. Esta dieta debe ser baja en grasa, sin lactosa y baja en fibra.

Grupos de alimentos	Aconsejados	Limitados	Desaconsejados
Lácteos	<ul style="list-style-type: none"> - Leche sin lactosa - Bebida de soja - Bebida de almendras muy diluida - Yogur natural desnatado - Queso tierno 	<ul style="list-style-type: none"> - Queso fresco - Requesón 	<ul style="list-style-type: none"> - Leche - Nata - Yogures con frutas - Quesos muy grasos - Postres lácteos: natillas, cuajadas, etc.
Carnes	<ul style="list-style-type: none"> - Carnes magras: ternera y buen muy tiernas, potro y conejo - Aves: pollo y pavo sin piel - Flambres: pavo, jamón cocido 	<ul style="list-style-type: none"> - Carne de cerdo - Carne de cordero - Jamón serrano desgrasado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Carnes muy fibrosas y/o duras - Embutidos - Flambres grasos - Patés
Pescados	<ul style="list-style-type: none"> - Pescado blanco: merluza, gallo, lenguado, dorada, mero, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pescado azul - Marisco en general 	
Huevos	<ul style="list-style-type: none"> - Huevo cocido o en tortilla 	<ul style="list-style-type: none"> - Huevo frito 	
Cereales	<ul style="list-style-type: none"> - Pasta no integral - Arroz blanco - Tapioca - Sémola de trigo - Pan blanco - Biscottes 	<ul style="list-style-type: none"> - Cereales de desayuno sin azúcar (excepto integrales) - Galletas tipo "María" 	<ul style="list-style-type: none"> - Cereales, galletas integrales - pasta integral - Arroz integral - Pan integral - Biscottes integrales
DESPUÉS DE LOS 2-3 MESES:			
Legumbres	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna 		
Tubérculos	<ul style="list-style-type: none"> - Patata - Boniato 		
Verduras y hortalizas	<ul style="list-style-type: none"> - Zanahoria, calabaza 		
Frutas	<ul style="list-style-type: none"> - Fruta al horno o hervida - Membrillo - Plátano maduro - Manzana (sin piel) 		
Alimentos grasos	<ul style="list-style-type: none"> - Aceite de oliva crudo - Aceite de girasol 		
Dulces y bollería	<ul style="list-style-type: none"> - Mantequilla - Margarina 		
Condimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Miel - Azúcar 		
Bebidas	<ul style="list-style-type: none"> - Vinagre 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Otros aceites - Mantecas - Mayonesas y salsas comerciales - Frutos secos 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Chocolate, cacao - Mermeladas con pepitas - Bollería industrial 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Picantes 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Pasados los tres meses las recomendaciones deben cambiar: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe volver ha introducir en la dieta alimentos. Se debe ir de uno en uno y en pequeñas cantidades para comprobar tolerancia. 2. Probar lácteos. Recuerde que se debe tomar pequeñas cantidades para observar la tolerancia. 3. Introducir carnes rojas y pescados azules. 4. Para comenzar con la fruta y verdura se recomienda comenzar con zumos naturales o frutas sin piel, pures o piezas de pequeño tamaño. 5. Consumir fibra. En caso de estreñimiento puede ser necesario aumentar la cantidad. 6. Se debe seguir evitando los alimentos grasos. <p>Se debe tener en cuenta que hay alimentos que incremental el olor de las heces (ajo, legumbres, coles, repollo, cebolla, huevos, pescado azul, espárragos), que aumentan los gases (bebidas carbonatadas, legumbres, coles, pepino, cebolla, chicles) y que disminuyen el olor de las heces (yogurt, requesón, mantequilla, perejil y cuajada).</p>		

Cartel de elaboración propia.

Tabla Procedente de (Castro et al., 2023)

Anexo VI: Formulario para la figura del observador

Curso colostomía

Formulario para llenar por la figura del observador,

palacios.aida18@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)



 No compartido

Día de la sesión

Tu respuesta

Número de asistentes

Tu respuesta

¿Considera que el lugar donde se esta realizando es adecuado?

- Si
- No

¿Realizaría alguna modificación e el horario?

- Si
- No
- En caso de contestar "Si" facilita tu recomendación:

¿Qué técnicas educativas se han utilizado?

Tu respuesta

¿Cómo considera la calidad de los educadores que han realizado la sesión de hoy?

- Muy buena
- Buena
- Mejorable
- Regular
- Mala
- Muy mala

¿Cree que los asistentes han mostrado interés por la sesión?

- Si
- No

¿Ha observado a los asistentes aburridos o dispersos?

- Si
- No

¿Alguna recomendación?

Tu respuesta

Formulario para la figura del observador.

Elaboración propia.

