

31 DE MARZO

DÍA MUNDIAL DEL CÁNCER COLORRECTAL

GUÍA FARMACÉUTICA



REAL E ILUSTRE
COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
DE SEVILLA

1. Definición

Se produce cuando hay un crecimiento descontrolado de las células del revestimiento del intestino grueso, desarrollando la capacidad de invadir órganos diana a distancia.

Se puede originar en diferentes zonas del colon:

- Colon ascendente: 40% de los casos.
- Colon transverso: 20% de los casos.
- Colon descendente: 40% de los casos.
- Recto: hablamos entonces de CÁNCER DE RECTO, pudiendo aparecer en:
 - ampolla rectal (75% de los casos).
 - recto sigmoide (23-24% de los casos).
 - ano (2-1% de los casos).

El CCR se desarrolla habitualmente a lo largo de varios años de evolución a partir de lesiones y pólipos con tendencia neoplásica como consecuencia de la mutación de determinados genes.

Las lesiones son generalmente silentes en los estadios iniciales. Evolucionan a pólipos colónicos, adenomas que progresan desde pequeñas lesiones milimétricas a lesiones de mayor tamaño con displasia (adenoma) y tumor infiltrante (carcinoma) .

2. Prevalencia:

- Tercer cáncer más prevalente a nivel mundial.
- Datos de España en 2020:
 - 220.000 casos de cáncer de colon: 56% en hombres y 44% en mujeres.
 - 110.000 casos cáncer de recto: 58% en hombres y 42% en mujeres.
- Datos de España en 2021:
 - 11.000 personas fallecidas por cáncer de colon.
 - 4.000 personas fallecidas por cáncer de recto.
- En hombres es el tercero en frecuencia tras próstata y pulmón.
- En mujeres es el segundo en frecuencia después de mama.
- Supervivencia a 5 años:
 - 65% dependiendo del estadio del tumor en el momento del diagnóstico.
 - 91% en casos de tumores localizados.
 - 73% en casos donde hay ganglios linfáticos regionales afectados.
 - 15% en casos de metástasis.
- Según los datos epidemiológicos hay un aumento evidente de la incidencia a partir de los 50 años de edad.

3. Etiología:

Existen una serie de factores de riesgo identificados para el desarrollo del CCR:

- Predisposición hereditaria:
 - Existe mutación genética en algunos genes que predisponen al desarrollo de poliposis y múltiples tumores en diferentes localizaciones.
 - Suponen el 4% de los casos de CCR.
 - Aparecen durante la infancia y suelen evolucionar hacia la malignidad antes de los 45 años.
- Historial personal:
 - Se produce un incremento del 1,5-3% del riesgo de padecer un 2º CCR durante los 5 primeros años tras la cirugía del primero.
- Historial familiar:
 - Con familiar de primer orden afectado hay un incremento del doble respecto a la población en general.
 - El riesgo empeora en caso de que sean más de dos los familiares afectados.
 - El pronóstico empeora cuando el paciente diagnosticado es mayor de 50 años.

- Condiciones de salud del paciente:
 - La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es un factor de riesgo bien identificado de desarrollo de CCR, ya que dependiendo de la extensión de la misma, aumentan entre 3-15 veces el riesgo de padecerlo.
 - Otros problemas de salud asociados a mayor riesgo de CCR son:
 - acromegalia.
 - inmunosupresión a largo plazo tras trasplante renal.
 - deprivación androgénica.
 - colecistectomía.
- Factores ambientales:
 - consumo de alcohol.
 - hábito tabáquico.
 - sedentarismo.
 - dieta baja en fibra o rica en carnes rojas y grasas de origen animal.
 - obesidad.
- Factores de ámbito socioeconómico: Están asociados a una menor probabilidad de supervivencia, circunstancias tales como:
 - pobreza.
 - bajo nivel educativo.
 - carencia de redes de apoyo social.

4. Sintomatología:

Los síntomas son poco específicos al principio y se manifiestan a medida que el tumor va creciendo. Las manifestaciones clínicas más habituales debidas al tumor primario son:

- Hemorragia rectal: Sangre fresca en las heces o pérdidas a través del ano.
- Cambios de hábitos intestinales, tanto estreñimiento como diarreas inusuales.
- Dolor abdominal.
- Anemia ferropénica.
- Obstrucción intestinal con cuadro agudo con intenso dolor e hinchazón abdominal, estreñimiento y vómitos.
- Cambios en el apetito.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Debilidad general.

5. Detección precoz:

El diagnóstico precoz del CCR permite reducir tanto su incidencia como la mortalidad asociada a este tumor, dado que la supervivencia cuando se diagnostica en estadios iniciales es superior al 90%. El CCR constituye uno de los tumores más susceptibles de prevención a través del **cribado poblacional**, con una población objetivo de entre 50 y 69 años, tanto por la disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido (calificadas como productos sanitarios de diagnóstico in vitro) como por la propia historia natural de este tipo de cáncer, caracterizada por un largo periodo preclínico de progresión silente.

Los programas de cribado van dirigidos exclusivamente a personas sin síntomas y sin antecedentes personales o familiares que predisponen a padecer este tipo de cáncer.

Estos cribados, de acuerdo a la Fundación Española del Aparato Digestivo, pueden consistir en una **prueba de detección de sangre oculta en heces** (cada dos años), en una **sigmoidoscopia** o en una **colonoscopia**.

Test de sangre oculta en heces:

El cribado a través de la detección de sangre oculta en heces se considera, desde el punto de vista de la salud pública, una prueba óptima por su sencillez y su relación coste-efectividad. El paciente puede tomar la muestra de heces en su domicilio y llevarla a su Centro de Salud para ser analizada por el laboratorio, con el objetivo de descartar la posible presencia de pequeños restos de sangre. Un resultado **negativo** indicaría una probabilidad muy baja de padecer CCR, mientras que el resultado **positivo** indica la presencia de sangre, pero no su causa, puesto que además del CCR puede producirse por otros motivos como un pólipo de gran tamaño, hemorroides, úlceras, enfermedad inflamatoria intestinal o lesiones de otro tipo. Por ello, un resultado positivo implica la necesidad de realizar una colonoscopia que permita encontrar la causa del sangrado. Se trata de la prueba más habitual en cribado poblacional para esta enfermedad.

Actualmente, existen distintos tipos de test que permiten detectar hemoglobina en las heces, siendo los más usados el test químico con guayacol y el inmunoquímico.

- **Test químico de guayacol:** Se basa en la actividad pseudoperoxidasa del grupo hemo, que induce la oxidación del guayacol al añadirse peróxido de hidrógeno. Tiene el inconveniente de que determinados alimentos como los cítricos y medicamentos como los AINES pueden interferir en el resultado de la prueba.
- **Test inmunoquímico:** Utiliza anticuerpos específicos frente a la hemoglobina, y los resultados pueden obtenerse de forma automatizada. Esta prueba es más sensible y no se ve afectada por la toma de alimentos o medicamentos. Constituye por tanto, un punto de corte para la realización de pruebas adicionales, como la colonoscopia.

6. Recomendaciones nutricionales y estilo de vida.

En la prevención y durante el tratamiento de un cáncer es imprescindible mantener un estado nutricional tan óptimo como se pueda. La forma de conseguirlo es seguir una dieta suficiente y equilibrada que incluya alimentos de los diferentes grupos y utilizar diferentes modos de prepararlos y cocinarlos para hacer la alimentación lo más variada y atractiva posible, ya que “el comer es un placer” al que no se debe renunciar porque además contribuye a mantener una buena salud mental.

Hay que olvidar las etiquetas de alimentos buenos y malos. Tampoco existe ningún alimento con propiedades mágicas o milagrosas. Sí existen, sin embargo, dietas saludables y apropiadas a la patología y dietas no saludables y desaconsejadas.

Por otro lado, es necesario mantener un estilo de vida saludable en la prevención del cáncer de colon. Se debe mantener un IMC saludable y controlar los factores de riesgo relacionados con el síndrome metabólico (obesidad abdominal, hiperinsulinemia). La obesidad no solo aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer de colon, sino también de fallecimiento por el mismo.

Se debe evitar y abandonar el consumo de tabaco (fumar parece aumentar el riesgo de CCR y su mortalidad, siendo esta asociación más fuerte en tumores de recto que de colon y moderar el consumo de alcohol (el riesgo parece mayor en pacientes con consumo moderado o abusivo que en aquellos con consumo leve (≤ 1 bebida diaria)).

CARNE ROJA

No hay ninguna evidencia que justifique eliminarla totalmente de la dieta. Aun así, el consumo de carne roja es opcional, puesto que podemos obtener sus nutrientes siguiendo una alimentación suficiente y variada que incluya carnes magras (pollo, pavo, conejo, magro de cerdo), pescado y marisco y/o huevos.

Es más, comer carne durante el tratamiento del cáncer y la recuperación posterior resulta beneficioso y necesario, ya que los alimentos ricos en proteínas de alta calidad son básicos para reparar y regenerar los tejidos y sus requerimientos se encuentran normalmente aumentados en personas en tratamiento de un cáncer, después de una cirugía, etc. La carne, y por extensión la carne roja, es también una excelente fuente de minerales como el cinc y el hierro (imprescindible para el buen transporte de oxígeno celular y el buen mantenimiento de las defensas, que acostumbran a disminuir a causa del tratamiento), y vitaminas del grupo B, entre las cuales están la B6 y la B12 (necesarias para el buen funcionamiento del sistema nervioso, inmunitario y sanguíneo) y la vitamina K.

Se recomienda consumir carne de tres a cuatro veces por semana, y de éstas una o dos raciones (100-125 gramos por ración) pueden ser carne roja (ternera y cordero). Priorizar siempre sus partes más magras evitando los productos procesados, es decir, en forma de salchichas, hamburguesas o embutidos porque tiene un contenido más alto en grasa y sal.

LECHE

Se recomienda el consumo diario de lácteos (dos o tres raciones al día), por los nutrientes que aportan (proteínas, vitaminas y minerales). Además, los lácteos fermentados, como los yogures, contribuyen al buen funcionamiento del tracto intestinal. Se pueden elegir las versiones más bajas en grasa en función de cada necesidad. En recientes estudios se ha observado que ciertos componentes de la leche, como el calcio, la vitamina D y la lactoferrina, podrían tener un efecto anticancerígeno y disminuir el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer como el de intestino. No obstante, se precisan más estudios en humanos para confirmarlo y llegar a un consenso y unas recomendaciones específicas.

AZÚCAR

Comer azúcar o alimentos que contengan este alimento de forma moderada, dentro de una alimentación equilibrada, no tiene efectos perjudiciales para la salud, especialmente si procede de las frutas, las hortalizas o los cereales.

Hay que limitar —pero no eliminar necesariamente— el consumo de alimentos ricos en azúcares añadidos (refrescos azucarados, bollería, golosinas, zumos comerciales...), ya que aportan una gran cantidad de azúcar y, a veces, también más grasa de lo recomendado, por lo que comerlos habitualmente podría provocar un aumento de peso no deseado.

PESCADO

El pescado y el marisco deben formar parte de una dieta equilibrada y variada, ya que son una excelente fuente de proteínas, minerales, vitaminas del grupo B (B6 y B12) y vitaminas A, D y E, y la mejor fuente alimentaria de ácidos grasos omega-3 (antiinflamatorio celular).

El pescado tiene que estar presente de forma habitual en la alimentación de las personas en tratamiento de cáncer por sus múltiples beneficios. Se recomienda a todo el mundo consumir pescado de tres a cuatro veces por semana, siendo recomendable una o dos raciones de pescado azul (sardinas, caballa, boquerones o anchoas, salmón...).

FRUTAS Y VEGETALES

Las frutas y vegetales son una fuente excelente de fibra, vitaminas, minerales y fotoquímicos (químicos de las plantas). Los fotoquímicos se encuentran naturalmente en las plantas y tienen muchos beneficios prometedores para la salud, reduciendo la inflamación. Las frutas y vegetales se deben comer en abundancia y de cualquier forma. Las frutas y vegetales cocinados se pueden tolerar mejor en caso de diarrea.

Algunos ejemplos al respecto son las zanahorias, el brócoli, la lechuga, las judías verdes, la calabaza, o las alcachofas. También son interesantes frutas que tengan un alto contenido en vitamina C (importante antioxidante) como son las naranjas, los kiwis o las fresas.

GRANOS

Los granos y los productos de granos que incluyen el pan, avena, cereales, pasta, harina de maíz, y arroz proporcionan energía, vitaminas, minerales y fibra. Son más recomendables los alimentos ricos en fibra como el pan integral, pasta integral, arroz integral, avena y quinoa. Estos tienen el grano entero y son buenas fuentes de fibra, vitaminas del grupo B, hierro, magnesio, y selenio. Si no puede tolerar la fibra durante el tratamiento, se puede sustituir por granos refinados como el arroz blanco, cereales listos para comer, y pan enriquecido (blanco).

Los pacientes que aumentaron su ingesta de fibra después del diagnóstico tuvieron una mortalidad más baja, y cada aumento de 5 g/día en la ingesta se asoció con un 19 por ciento menos de mortalidad específica por cáncer de colon y una reducción del 14 por ciento en la mortalidad por otras causas. Se demostró un beneficio para la fibra de cereales, pero no para la fibra de frutas.

ACEITE DE OLIVA

Tiene que ser la principal fuente de grasas de la dieta. Se ha de priorizar el consumo de aceite de oliva virgen extra. Es rico en ácidos grasos saludables y antioxidantes.

Una dieta suficiente y equilibrada proporcionará las cantidades adecuadas de vitaminas, minerales y antioxidantes que el cuerpo necesita; no se recomienda tomar ningún suplemento o complemento (vitaminas, minerales, hierbas, aceites esenciales o de cualquier otro tipo) sin consultarlo previamente con el especialista que lleve el tratamiento.

Por otro lado, también se ha constatado que ciertas formas de preparar los alimentos pueden influir en el riesgo de cáncer de colon. Algunas formas de cocinado, como al horno, a la brasa o las frituras, generan sustancias químicas (aminas) que favorecen daños en el ADN, produciendo mutaciones en las células como primer paso de la génesis de tumores.

7. Tratamiento

- **Tratamiento endoscópico:**

En estadios muy precoces algunos CCRs son susceptibles de tratamiento únicamente local. Así, se puede proceder a una polipectomía endoscópica completa si la morfología del pólipo lo permite. Esta es una opción en estadio 0 (carcinoma *in situ*) y en ocasiones en tumores T1.

- **Tratamiento quirúrgico:**

Es el pilar del tratamiento con intención curativa. El tratamiento quirúrgico es de elección en estadios I-III y el tipo de cirugía dependerá de los recursos y experiencia de cada centro. En pacientes con cáncer rectal cT3N0 resecable, estadio II de alto riesgo y en todos los pacientes con estadio III se recomienda quimioterapia y/o radioterapia, dependiendo de los recursos y factores de riesgo.

- **Radioterapia en cáncer rectal:**

La radioterapia prequirúrgica puede reducir el riesgo de recurrencia local, dependiendo del estadio y la calidad de la cirugía. Generalmente se reserva para tumores de riesgo intermedio o alto.

- **Tratamiento farmacológico:**

Los objetivos del tratamiento del CCR pueden variar dependiendo del estadio y de la situación funcional del paciente en el momento del diagnóstico. Actualmente no existe un tratamiento farmacológico estándar establecido en primera o segunda línea. Si la enfermedad ya no se considera curable, el objetivo del tratamiento será mejorar la calidad de vida, evitar las complicaciones asociadas a la progresión del tumor y prolongar la supervivencia.

Podemos clasificar las diferentes alternativas terapéuticas en:

1. Quimioterapia clásica
2. Terapias biológicas
3. Inhibidores de tirosina cinasa

No podemos olvidar, además, el tratamiento para el DOLOR, ya que es un síntoma frecuente en los pacientes oncológicos, especialmente cuando la enfermedad se encuentra en una situación avanzada.

En los enlaces de interés encontrarás recursos sobre estos temas.

8. Papel del farmacéutico

- **Concienciar** a la población respecto a la importancia de la **prevención del CCR**: La relación de proximidad que existe entre los pacientes y farmacéuticos/as comunitarios coloca a estos profesionales sanitarios en una posición privilegiada para informar sobre los **programas de cribado**.
- Además, conviene destacar el papel del farmacéutico comunitario como agente centinela dado que puede **detectar síntomas** que indiquen el desarrollo del CCR.
- **Comunicación y apoyo al paciente** (aspecto afectivo-emocional): Un diagnóstico de cáncer puede ser abrumador y angustiante. Cuando una persona tiene que hacer frente a esta enfermedad, su vida se pone boca abajo y **tiene que empezar a experimentar un cúmulo de emociones y sentimientos** que hasta entonces no tenía. Pensamientos de tipo negativo, insomnio, bajo estado de ánimo o decaimiento son algunas de las consecuencias derivadas de padecer algún tipo de cáncer, y en estas situaciones **además de la ayuda de profesionales, el apoyo de su entorno más próximo es fundamental**. Para que una persona pueda enfrentarse a las consecuencias derivadas de la enfermedad debe estar fuerte mental y emocionalmente. Los farmacéuticos comunitarios pueden ofrecer apoyo emocional al paciente y a sus familiares, escuchando sus preocupaciones y brindando orientación sobre recursos de apoyo adicionales, como grupos de apoyo. El fuerte del farmacéutico es acompañar en todo el proceso como sanitario de cercanía.

9. Claves para la dispensación

- 1. Proporcionar información adecuada sobre los medicamentos dispensados.**
- 2. Asesoramiento en el manejo de efectos secundarios:** En este cuadro te ofrecemos las alternativas terapéuticas para hacer frente a las reacciones adversas más comunes de los tratamientos quimioterápicos:

RAM de quimioterapia	Medicamento/producto aconsejado	Hábitos recomendados
Náuseas, vómitos	Antagonistas de los receptores 5-HT ₃ de la serotonina (ondansetrón, granisetron y palonosetrón) Metoclopramida	Repartir la comida en pequeñas cantidades, realizando un mayor número de comidas diarias, evitando olores o sabores intensos y las comidas muy calientes o ricas en grasas.
Diarrea	Loperamida	Introducir poco a poco alimentos sólidos fáciles de digerir, como arroz o pescado hervido, evitando las comidas ricas en fibra y los alimentos irritantes.
Estreñimiento	Lactulosa, Macrogol	Ingerir abundantes líquidos, alimentos ricos en fibra y realizar actividad física moderada.

RAM de quimioterapia	Medicamento/producto aconsejado	Hábitos recomendados
----------------------	---------------------------------	----------------------

Alteración del gusto

Adaptar la dieta con alimentos de olores agradables que permitan mantener una alimentación adecuada.

Mucositis (inflamación de la mucosa, con dolor y heridas)

Antisépticos orales tipo clorhexidina, geles con ácido hialurónico.

Mantener una higiene estricta a nivel bucal, usar cepillos con cerdas suaves y evitar alimentos muy fríos o muy calientes.

Mielotoxicidad (anemia, leucopenia, trombocitopenia)

Medidas de prevención de infecciones: vacunación, uso de mascarilla y evitar las aglomeraciones y el contacto con personas con infecciones. Evitar el uso de utensilios cortantes y realizar un cepillado de dientes suave para evitar el sangrado de encías.

Alopecia

Recomendar el uso de pañuelos, pelucas o sombreros, así como la adopción de otras medidas para evitar intensificar la caída.

Alteraciones de la piel (sequedad, prurito, eritema o dermatitis)

Fotoprotectores
Cremas emolientes

Usar cremas emolientes y evitar el contacto con agua muy caliente, con lociones o cosméticos con alcohol y la exposición prolongada al sol.

Por otro lado, es interesante conocer que principios activos como bevacizumab, ramucirumab o aflibercept pueden producir hipertensión arterial, así como que regorafenib puede causar reacciones dermatológicas mano-pie.

3. **Seguimiento de la adherencia terapéutica** : Asegurándose de que esté tomando los medicamentos según lo prescrito y proporcionando recordatorios o consejos sobre cómo administrarlos correctamente.
4. **Asesoramiento sobre bolsas y material de colostomía**: Te ofrecemos material adicional sobre el tema.
5. **Orientación sobre estilo de vida y dieta** : Autocuidado, medidas higiénico- sanitarias y recomendaciones nutricionales que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y apoyar su tratamiento.
6. **Asesoramiento sobre cuidados paliativos y atención al final de la vida**: En casos avanzados de CCRI, el farmacéutico puede proporcionar información sobre cuidados paliativos así como ayudar en la gestión del dolor y otros síntomas.

Para más información:

- [Cribado de cáncer de colon en Andalucía](#)
- [Punto farmacológico Cáncer de colon](#) (Consejo General).
- [Tablas resumen tratamiento farmacológico CCR](#)
- [La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor](#)
(www.1aria.com).
- [Post Ostomías Blog Colegio de Farmacéuticos de Sevilla: Todo lo que necesitas saber](#)
- [Información sobre ostomías](#)
- [Recomendaciones nutricionales para pacientes con colostomía](#)
(Sociedad Española Endocrinología y Nutrición)
- [Recomendaciones nutricionales para pacientes con ileostomía](#)
(Sociedad Española Endocrinología y Nutrición)

Bibliografía:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Punto Farmacológico nº 168: Cáncer de colon: terapéutica actual.
- Rueda de Lecea C, Lozano Fernández R, Iglesias Peinado I, Sánchez Gómez-Serranillos M, Gómez-Serranillos Cuadrado. Impacto de la intervención farmacéutica realizada a pacientes oncológicos en farmacia comunitaria. Pharm Care Esp. 2020; 22(2): 75-94
- Álvaro Dubois Silva, Médico Especialista en Medicina Interna. Cáncer de colon 2019. Fisterra. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-colon> consultada febrero 2024.
- Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. Lancet. 2019;394(10207):1467-80. PubMed [PMID: 31631858](#)
- Labianca R, Nordlinger B, Beretta GD, Mosconi S, Mandalà M, Cervantes A, et al; ESMO Guidelines Working Group. Early colon cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013;24 Suppl 6:vi64-72. PubMed [PMID: 24078664](#)
- Mitos y creencias sobre la alimentación durante el tratamiento de cáncer (Institut Català d'Oncologia). Disponible en: <https://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciudadans/documents/arxiu/Mitos-y-creencias-sobre-la-alimentacion-durante-el-tratamiento-del-cancer.pdf> (acceso el 3-3-2024).
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2018. Disponible en: <https://www.aegastro.es/documents/pdf/Diagn%C3%B3stico-y-Prevenci%C3%B3n-del-C%C3%A1ncer-colorrectal.pdf> (acceso el 3-3-2024).

Bibliografía:

- Approach to the care of colorectal cancer survivors. UpToDate. Topic 14230, Version 78.0. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-care-of-colorectal-cancer-survivors?search=prevencion%20cancer%20de%20colon&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=4#H2947555:~:text=Approach%20to-,the,-care%20of%20colorectal (acceso el 3-3-2024).
- Guía de práctica clínica de diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2018. Disponible en: <https://www.aegastro.es/documents/pdf/Diagn%C3%B3stico-y-Prevenci%C3%B3n-del-C%C3%A1ncer-colorrectal.pdf> (acceso el 3-3-2024).
- Guía de cáncer de colon. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/cancer-colon/> (acceso el 3-3-2024).
- Cuidado de las personas con ostomía, incontinencia y herida quirúrgica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1tkJcrRalkEAhhk3CS3RY8hOHTMQejig1/view>
- Osteomecum: guía farmacológica de ostomía. Coloplast. 2017. Disponible en: <https://www.coloplastprofessional.es/herramientas/herramientas-para-profesionales/ostomecum/>
- Guía interactiva para pacientes ostomizados. Convatec. 2018.



**REAL E ILUSTRE
COLEGIO DE FARMACÉUTICOS
DE SEVILLA**