

Caso Clínico: Abordaje de Ostomias

Rosa Elvira Minchala Urgilés¹, María de los Ángeles Estrella González².

1. Servicio de Cirugía. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.
2. Universidad Católica de Cuenca. Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Rosa Elvira Minchala Urgilés.
Correo electrónico: rosaeminchalauhotmail.com
Dirección: Av. José Carrasco Arteaga entre Popayán y Pacto Andino. Cuenca, Azuay – Ecuador
Código Postal: EC010201
Teléfono: [593] 074068611

Fecha de Recepción: 03/03/2017
Fecha de Aceptación: 31/05/2017
Fecha de Publicación: 28/07/2017

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Minchala R, Estrella M. Caso Clínico. Abordaje de Ostomias. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 181-185. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2107.9.2.cc.29>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2017 Minchala et al.; Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCION: Las ostomías tienen diferente localización según el procedimiento quirúrgico. En este caso la colostomía es intervención quirúrgica para comunicar el intestino grueso con la pared abdominal. La ileostomía comunica al intestino delgado hacia la pared abdominal, están indicadas en diversos procedimientos y situaciones patológicas del intestino.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 70 años de edad, presento alza térmica, astenia, dolor abdominal y pélvico, melenas, ruidos hidroaéreos disminuidos, depresible, doloroso a la palpación, timpánico a la percusión, con bolsa de colostomía en flanco izquierdo y de ileostomía en hipocondrio derecho, fístula colocutánea en zona suprapúbica de aproximadamente 2 cm de diámetro, extremidades de tono y fuerza muscular disminuida, marcha inestable, deambula con ayuda. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, trastorno depresivo y esquizofrenia, vólvulo intestinal y deshidratación.

EVOLUCIÓN: Paciente con antecedente de vólvulo, se realiza laparotomía exploratoria, sigmoidectomía, lavado de cavidad abdominal y colostomía. Un año después, se realiza cierre de colostomía, adherenciólisis, apendicectomía, resección intestinal con anastomosis latero lateral ileocecal, reconstrucción del tránsito mediante anastomosis colorectal termino-terminal; luego de dos meses reingresa por dehiscencia de anastomosis colorectal, se realiza colostomía e ileostomía de descarga, es hospitalizado por un mes; reingresa dos semanas después con evidencia de fístula colocutánea, dado de alta luego de 31 días de hospitalización, con cierre espontáneo de fístula y en regular estado general es trasladado a asilo de ancianos.

CONCLUSIÓN: Se trata de un caso de colostomía más ileostomía y fístula abdominal, paciente con complicaciones y reingresos frecuentes. El abordaje de enfermería en el manejo de ostomías es fortalecer los cuidados y conseguir en el paciente el autocuidado y la reinserción a su vida cotidiana.

DESCRITORES DeCS: OSTOMIAS, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS, ATENCIÓN A LA SALUD.

ABSTRACT

CASE REPORT: ADVERTISEMENT OF OSTOMIAS

BACKGROUND: The colostomy is a surgical procedure to communicate the large intestine with the abdominal wall. The ileostomy communicates to the small intestine towards the abdominal wall; they are indicated in diverse procedures and pathological situations of the intestine.

CASE REPORT: A 70-year-old male patient with fever, asthenia, abdominal and pelvic pain, melena, decreased bowel sounds, painful palpation, tympanic noise at percussion, left flank colostomy and ileostomy in right hypochondrium, colcutaneous a fistula in suprapubic area of approximately 2 cm diameter, limbs of tone and decrease muscle strength, unsteady gait, wandering with help, depressive. Pathological antecedents: arterial hypertension, depressive disorder and schizophrania, intestinal volvulus and dehydration.

EVOLUTION: Patient with history of volvulus, exploratory laparotomy, sigmoidectomy, lavage of the abdominal cavity and colostomy. One year later the colostomy was closed, adherencioly-sis, appendectomy, intestinal resection with lateral ileocecal lateral anastomosis and reconstruction of the transit through a termo-terminal colorectal anastomosis; After two months of re-entry due to dehiscence of colorectal anastomosis, colostomy and ileostomy discharge, he was hospitalized for a month; The re-entry two weeks later with evidence of postoperative fistula, discharged after 31 days of hospitalization, with spontaneous closure of the fistula and in general regular state is transferred to the nursing home.

CONCLUSION: It is a case of colostomy plus ileostomy and abdominal fistula in patient with frequent complications and re-entries. The approach of nursing in the management of ostomies is to strengthen the care, to obtain and teach in the patient the self-care and the reintegration into their daily life.

KEYWORDS: OSTOMY, SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE; HEALTH CARE.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años el número de pacientes con ostomía han aumentado considerablemente [1].

Motivando al personal de enfermería al manejo de los pacientes cuidados físicos y preparar a los pacientes psicológicamente, con el objetivo de brindar atención oportuna y eficiente.

Los pacientes con ostomías requiere no solo un conocimiento del que hacer rutinario, sino de una organización de actividades basadas en patrones funcionales que permite un análisis integral minucioso del paciente.

La ostomía consiste en una intervención quirúrgica de una víscera hueca al exterior y se localizan en la pared abdominal [2].

Según el órgano implicado se puede encontrar diferentes estomas: colostomías, ileostomías y urostomías, que pueden ser temporales o definitivas según el tiempo de permanencia, el paciente debe portar su bolsa para recolectar los residuos.

Las indicaciones para una ostomía son: cáncer, enfermedad diverticular, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, enteritis por radiación, fistulas rectouretral, trauma, obstrucción, perforación, motilidad y desordenes funcionales incluido megacolon, infecciones, fasciitis necrotizante, enterocolitis, atresias intestinal, ano imperforado [3].

Las ostomías repercuten en los pacientes y sus familiares, por los inconvenientes físicos, laborales, sociales, económicos y psicológicos que conllevan a mala integración social. Es un proceso que el paciente acepta y afronta su nuevo estado de salud [4].

Las tasas de complicación de las ostomías son muy altas, el 96 % durante las tres primeras semanas [5].

Las complicaciones se clasifican en precoces y tardías y se conocen: daño en la piel periestomal, infección o abscesos, retracción/hundimiento, dehiscencia mucocutánea, necrosis, problemas hidroelectrolíticos [6].

El objetivo del estudio es realizar un abordaje de las colostomías, la influencia psicosocial y los cuidados de enfermería desde el análisis de la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC), Nursing Outcomes Classification (NOC) y brindar una pauta para un cuidado enfermero de calidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 70 años de edad, sexo masculino, soltero, procedente y residente en Cuenca-Ecuador, con instrucción secundaria, jubilado de ocupación chofer.

Con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, trastorno depresivo y esquizofrenia, deshidratación e hipoalbuminemia, falla renal aguda.

En antecedentes quirúrgicos: paciente con vólvulo por lo que se realiza laparotomía exploratoria más sigmoidectomía, apendicectomía y colostomía.

Motivo de consulta: Refiere familiar que 8 horas antes del ingreso presenta sin causa aparente alza térmica, dolor abdominal y pélvico de 4/10, ruidos hidroaéreos disminuidos, rectorragia, melenas, fuer-

za muscular de miembros inferiores 3/5.

Examen físico: Apariencia general regular, signos vitales estables, S02 89 %, consciente, orientado en persona, desorientado en tiempo y espacio, actividad psicomotora disminuida, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación, timpánico a la percusión, se evidencia bolsa de colostomía en flanco izquierdo y de ileostomía en hipocondrio derecho, fistula colcutánea en zona suprapúbica agujero de aproximadamente 2 cm de diámetro con bordes eritematosos con exteriorización de líquido serohemático de mal olor en poca cantidad doloroso a la palpación, dermatitis periestomal; miembros inferiores con edema frío que deja fovea, reflejos y sensibilidad conservada, tono y fuerza muscular disminuida 3/5, marcha inestable, deambula con ayuda.

Los datos de valoración en los patrones de estudio, según Marjory Gordon son:

Percepción de salud: regular, con pronóstico incierto y con déficit y dificultades para el autocuidado.

Metabólico nutricional: Refiere una considerable pérdida de peso en el último año, de 75 kg (kilogramos) a 52 kg, índice de masa corporal 25.9 al inicio de realizado la colostomía y de 18.4 kg al momento del alta. El paciente se alimenta de dieta restrictiva por inapetencia, por ingesta insuficiente, presenta problemas para masticar (prótesis dentaria floja), deshidratación.

Eliminación: Presenta incontinencia urinaria en el pañal y polaquiuria, defeca en la bolsa de colostomía, cantidad normal y consistencia pastosa, ruidos intestinales disminuidos, fístula colorectal.

Actividad y ejercicio: Disnea, secreciones bronquiales esporádicas, tono y fuerza muscular disminuida, marcha inestable y con apoyo de familiares, deficiencia motora, problema de coordinación, jubilado.

Sueño-descanso: Paciente con problemas para conciliar el sueño, duerme 4 a 5 horas por intervalos cortos luego de administrar medicación sedante, presenta signos de cansancio.

Cognitivo-perceptivo: Problemas de visión, audición, gusto, dolor que no controla, astenia, dislexia, fobias, intranquilo, confuso, no puede leer ni escribir, con alteraciones de memoria y de comprensión.

Autopercepción-auto: Falta de motivación, nervioso, ansiedad, depresión, problemas de autoestima y de personalidad.

Relaciones: Convive en un asilo, conflicto con cuidadores, apoyo insuficiente de familiares, relaciones sociales conflictivas, recursos económicos inadecuados.

Sexualidad-reproducción: Soltero con problemas de fertilidad, sin revisiones urológicas.

Tolerancia al estrés: Incapaz de afrontar la crisis, con influencia significativa del estrés, alteración de la conducta familiar y dependiente familiar.

Valores y creencias: Actitud ante el sufrimiento y dolor, preocupación por su enfermedad [7].

Abordaje de enfermería según Taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Tabla 1: Deterioro de la Integridad Cutánea

DESCRIPCIÓN	
NOC: 1816 AUTOCUIDADO DE LA OSTOMÍA	
NIC: 0480 CUIDADOS DE LA OSTOMÍA	
ENSEÑAR AL PACIENTE/CUIDADOR SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL EQUIPO DE OSTOMÍA Y CUIDADO	AYUDAR AL PACIENTE A PRACTICAR LOS AUTOCUIDADOS
AYUDAR AL PACIENTE A OBTENER EL EQUIPO NECESARIO	ANIMAR AL PACIENTE A EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS SOBRE EL CAMBIO DE IMAGEN CORPORAL
OBSERVAR LA CURACIÓN DE LA INCISIÓN/ESTOMA Y LA ADAPTACIÓN AL EQUIPO DE OSTOMÍA	PROPORCIONAR APOYO Y ASISTENCIA MIENTRAS EL PACIENTE DESARROLLA SU AUTOCUIDADO
CAMBIAR/VACIAR LA BOLSA DE OSTOMÍA	FOMENTAR LAS VISITAS AL PACIENTE DE GRUPOS DE APOYO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA Y AL ALTA
IRRIGAR LA OSTOMÍA, SI PROCEDE	EXPRESAR CONFIANZA RESPECTO A QUE EL PACIENTE PUEDE CONTINUAR HACIENDO SU VIDA NORMAL

Tabla 2: Ansiedad

DIAGNOSTICO: 0148 ANSIEDAD	
NOC: 1211 NIVEL DE ANSIEDAD	
NIC: 6400 POTENCIACIÓN AUTOESTIMA	NIC: 6820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
PROPORCIONAR EXPERIENCIAS QUE AUMENTEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	PERMANECER CON EL PACIENTE PARA PROMOVER SU SEGURIDAD Y REDUCIR EL MIEDO
MOSTRAR CONFIANZA EN LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA CONTROLAR SU SITUACIÓN	ESCUCHAR CON ATENCIÓN
FOMENTAR EL AUMENTO DE RESPONSABILIDAD EN SÍ MISMO	ANIMAR LA MANIFESTACIÓN DE SENTIMIENTOS, PERCEPCIONES Y MIEDOS
ANIMAR AL PACIENTE A QUE ACEPTE NUEVOS DESAFÍOS	ESTABLECER ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA LA REDUCCIÓN DE TENSIONES
FACILITAR EL AMBIENTE Y ACTIVIDADES QUE AUMENTE LA AUTOESTIMA	OBSERVAR SI HAY SIGNOS VERBALES Y NO VERBALES DE ANSIEDAD

Tabla 3: Deterioro del Patrón del Sueño

DIAGNOSTICO: 00086 DETERIORO DEL PATRON DEL SUEÑO	
NOC: 0004 SUEÑO	
NIC: 1860 MEJORAR EL SUEÑO	NIC: 8482 MANEJO AMBIENTAL
DETERMINAR EL ESQUEMA DEL SUEÑO/VIGILIA DEL PACIENTE	LIMITAR LAS VISITAS
ENSEÑAR A CONTROLAR LAS PAUTAS DEL SUEÑO	EVITAR LAS INTERRUPCIONES INNECESARIAS Y PERMITIR PERÍODOS DE REPOSO
AJUSTAR EL AMBIENTE DE LA HABITACIÓN PARA FAVORECER EL SUEÑO	DETERMINAR LAS FUENTES DE INCOMODIDAD: POSICIÓN DE LA BOLSA COLECTORA, ROPA DE CAMA Y FACTORES AMBIENTALES
AYUDAR A ELIMINAR LAS SITUACIONES ESTRESANTES ANTES DE IRSE A LA CAMA	AJUSTAR LA TEMPERATURA AMBIENTAL DE LA HABITACIÓN
AYUDAR A LIMITAR EL SUEÑO DURANTE EL DÍA DISPONIENDO DE UNA ACTIVIDAD QUE FAVOREZCA LA VIGILIA	VIGILAR LA PIEL Y PROMINENCIAS CORPORALES, POR SI HUBIERA SIGNOS DE IRRITACIÓN

Tabla 4: Desequilibrio Nutricional por Defecto

DIAGNOSTICO: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	
NOC: 1008 PESO Y MASA CORPORAL	
NIC: 1120 TERAPIA NUTRICIONAL	NIC: 1280 MANEJO DEL PESO
DETERMINAR LAS PREFERENCIAS DE COMIDAS DEL PACIENTE SEGÚN SU CULTURA Y RELIGIÓN	ALENTAR SOBRE LAS CONDICIONES MÉDICAS QUE PUEDEN AFECTAR AL PESO
ELEGIR SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	DETERMINAR LA MOTIVACIÓN DEL PACIENTE POR CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN
ASEGURARSE DE QUE LA DIETA INCLUYE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA PARA EVITAR ESTREÑIMIENTO	ANIMAR AL INDIVIDUO A CONSUMIR CANTIDADES DIARIAS ADECUADAS DE AGUA
PROPORCIONAR LA NUTRICIÓN NECESARIA DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA DIETA PRESCRITA	AYUDAR EN EL DESARROLLO DE PLANES DE COMIDAS BIEN EQUILIBRADAS Y
ENSEÑAR AL PACIENTE Y CUIDADORES LA DIETA PRESCRITA	COHERENTES CON EL NIVEL DE GASTO ENERGÉTICO

Fuente: Cuidados Enfermeros al paciente colostomizado, 2014. [8]

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Colonoscopia: Detectar nivel de ubicación de la fístula.
- Laboratorio: Bilirrubina Total 1.10 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.57 mg/dl, Bilirrubina Indirecta 0.53 mg/dl, Hemoglobina 12.1 mg/dl, Hematocrito 36.5 mg/dl, plaquetas 406 mg/dl, AST 20 U/L, ALT 21 U/L, GGT 149 U/L, amilasa 66 U/L, lipasa 25.1 U/L, leucocitos 30.96 mg/dl, glucosa 108 mg/dl, sodio 135 mEq/l, potasio 4 mEq/l, cloro 99 mEq/l, urea 122 mg/dl, creatinina 1.34 mg/dl.

EVOLUCIÓN

Paciente es dado de alta luego de 31 días de hospitalización, con cierre espontáneo de fístula colocutánea, consciente, vigil, tolerando dieta blanda y en regular estado general, signos vitales estables, es trasladado a un asilo de ancianos.

DISCUSIÓN

En España hay cerca de 100.000 personas ostomizadas y cada año se producen en torno a 15.000 nuevos casos. Sin embargo, el 40 % de los hospitales públicos no cuenta con una consulta de ostomías [1].

En un estudio de caso clínico muestra que el paciente puede tener problemas con el manejo de la ostomía y con aspectos bio-psico-sociales. Para cubrir estas necesidades específicas y lograr una adaptación eficaz, temprana a su nueva realidad se requiere de personal especializado. Al hacer el seguimiento del caso, consiguió mejorar la vida de la paciente tras un cambio de estas características [9].

Un estudio a 31 enfermeras profesionales en el Hospital del IESS en Santo Domingo - Ecuador, quienes señalan que no poseen guías de cuidados para pacientes ostomizados y el tiempo promedio de hospitalización del paciente es de 15 días y que normalmente reingresan pero por problemas con sus estomas [10].

Ferreira Umpiérrez menciona: es fundamental entender los hábitos del paciente, sus percepciones y actitudes en relación a los demás, sentimientos y emociones demostrados en las más diversas situaciones. Por lo tanto, tener en cuenta sus valores y sentimientos, así como la integración de la familia forma parte de los aspectos básicos del abordaje de este tipo de paciente [11].

Hay deficiencia en cuidados de enfermería para pacientes ostomizados tanto estandarizados como individualizados. La vulnerabilidad de los pacientes abarca una necesidad de cuidados especiales que deben ser impartidos por expertos, para mejorar la calidad de vida integral.

Para la elaboración de planes de cuidados es necesario utilizar los diagnósticos de enfermería establecidos por la NANDA con sus respectivos resultados (NOC) e intervenciones (NIC), garantizando la calidad del cuidado e incrementando la acreditación profesional, además de fomentar e impulsar la investigación y la docencia. Con los planes de cuidados diferencian a las enfermeras de otros profesionales, en la autonomía, calidad de los servicios, comunicación y coordinación con los demás miembros del equipo multidisciplinar.

CONCLUSIÓN

La salud en los últimos años ha tenido un gran cambio gracias a los estudios desarrollados y a la importancia del vínculo enfermera-paciente en el cuidado de los pacientes pre, trans y post quirúrgicos, mejorando la calidad y calidez de atención.

Las ostomías son la comunicación de una víscera hueca al exterior, realizadas mediante una intervención quirúrgica, para la alimentación, para la respiración y para la evacuación de heces a nivel del sistema digestivo o de orina a nivel de vejiga.

La orientación del equipo multidisciplinar es indispensable en el desarrollo del autocuidado, favoreciendo la independencia y la adaptación total del paciente con su ostomía a las actividades diarias.

El personal profesional de salud responsable del cuidado debe tener un conocimiento especial sobre ostomas para manejo y educación al paciente -familia y al mismo tiempo adaptarlo al entorno social. Los planes de cuidados estandarizados, es necesario individualizarlos con cada paciente reforzando y adaptando a su nueva rutina de cuidados personales.



RECOMENDACIONES

Al personal de enfermería que se actualicen en el manejo de pacientes con estos procedimientos y fomentar la autoeducación para el bienestar del paciente proporcionándoles los mejores cuidados y enseñándoles a preservar y cuidar las ostomías.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

RM: Revisión bibliográfica, recopilación de información; ME: Análisis del artículo, revisión bibliográfica. Las autoras revisaron y aprobaron la revisión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Rosa Elvira Minchala Urgilés. Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia en Salud y en Investigación en Salud. Enfermera Supervisora del área de Cirugía. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0934-9116>
- María de los Ángeles Estrella González. Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia en Salud. Coordinadora del Internado de Enfermería, Universidad Católica. Cuenca, Azuay – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7170-7888>

ABREVIATURAS

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association; NIC: Nursing Interventions Classification; NOC: Nursing Outcomes Classification; NPT: Nutrición Parenteral Total; Kg: Kilogramos; Cl: Cloro; K: Potasio; mg/dl: Miligramos por Decilitro; mm: milímetros. Na: Sodio; UH: Unidades Hounsfield; mEq/l: miliequivalentes por litro.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Departamento de Investigación para la publicación del caso.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las autoras solicitaron el consentimiento por escrito al paciente para la publicación del caso.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado


CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Minchala R, Estrella M. Caso Clínico. Abordaje de Ostomias. Rev Med HJCA 2017; 9(2): 181 - 185. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2107.9.2.cc.29>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/review/1032841>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero G. El Consejo General de Enfermería reclama la implantación de la enfermera estomaterapeuta en todo el SNS. Organización Colegial de Enfermería, 2016. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/8087>
2. Givel J, Mortensen N, Roche B; Anorectal and Colonic Diseases; A Practical Guide to Their Management, Third Edition, 2010. DOI:10.1007/978-3-540-69419-9, Disponible en: www.springer.com/la/book/9783540694182
3. Beck DE, Nasser Y, Hull TL, Roberts PL, Saclarides TJ, Senagore AJ; The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery, 2014; p1. DOI:10.1007/978-1-4614-8450-9, Disponible en: www.springer.com/la/book/9781461484493
4. Corella JM, Mas Vila T, Tarragón MA, Mas Corella JM. Enfermería y Estomatología. España 2001.
5. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A, Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Dis 2007; 9:834-8. DOI:10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x
6. Velasco M, Jiménez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto Cir Esp 2014; 92(3): 149-156. DOI:10.3305/nh.2014.30.6.7894
7. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA Internacional; Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación; Edición Hispanoamericana Elsevier; 2015-2017.
8. Calderón B, Cuidados Enfermeros al paciente colostomizado, España-Rioja, 2014.
9. Moro M. Atención Integral a una persona ostomizada mediante un caso clínico; España 2016; p23. Disponible en: uvadoc.uva.es/handle/10324/17705
10. Paredes J. Manejo de paciente con ostomía en el área de cirugía; Ambato-Ecuador; 2015, p 9.
11. Ferreira AH. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social; Texto Contexto Enfermería, Florianópolis, 2013; 22(3): 687-94. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>