

Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario

Handling of ostomies in a socio-health center

Josep Enrique Mateo

Diplomado en Enfermería. Enfermero de la Unidad de subagudos y enfermero gestor de ostomías. Hospital de Sant Andreu. Manresa. Barcelona. España.

Correo electrónico: josep17011973@hotmail.com

Recibido el 20 de agosto de 2018; aceptado el 17 de septiembre de 2018

RESUMEN

En octubre de 2016 se creaba en nuestro centro sociosanitario (CSS) la figura de la enfermera gestora en ostomías (EGO). Esta se implementa como consecuencia del creciente número de personas que anualmente se ostomizan en los servicios de cirugía y urología de nuestro hospital de agudos de referencia, y que de manera indirecta repercute en nuestro día a día asistencial.

A lo largo del año 2017 se valoraron y censaron todos los pacientes ingresados en nuestro CSS con algún tipo de derivación intestinal, urológica, estoma de nutrición o de drenaje. A partir de su valoración se establecía un plan de curas ante las posibles complicaciones detectadas, así como un plan de educación sanitaria para aquellos pacientes dependientes en cuanto al manejo global de su ostomía, principalmente en los recientemente ostomizados.

Ingresaron 68 pacientes, que presentaban un total de 84 ostomías de diferente etiología. Un total de 38 (55,88%) de estos pacientes presentaron algún tipo de complicación detectada en la valoración inicial o bien aparecida durante su estancia en nuestro centro.

Gracias a este seguimiento se consigue minimizar el tiempo transcurrido desde la detección hasta el abordaje de las posibles complicaciones, reducir el número de traslados de pacientes a servicios de urgencias o consulta de la estomaterapeuta de zona. Así mismo, se consigue disminuir los días de ingreso por complicaciones en ostomías, aprovechar mejor los recursos materiales y optimizar el tiempo del personal sanitario, facilitando a su vez la reintegración precoz del paciente a su vida habitual.

PALABRAS CLAVE: Ostomía, paciente ostomizado, cuidados enfermeros, educación sanitaria, autocuidado.

ABSTRACT

In October of the year 2016, the figure of the nurse in ostomies was created in our sociosanitary center. This is implemented as a consequence of the growing number of people that are annually ostomized in the surgery and urology services of our reference acute hospital, and that indirectly affects our day-to-day care.

Throughout the year 2017 all the patients admitted to our CSS were evaluated with some type of intestinal, urological, nutrition or drainage stoma, enumerating them all. Based on its assessment, a cure plan was established for the possible complications detected, as well as a health education plan for those patients who are dependent on the overall management of their ostomy, mainly in the recently ostomized.

68 patients were admitted, presenting a total of 84 ostomies of different etiology. 38 of these (55.88%) presented some type of complication detected in the initial assessment or appeared during their stay in our center.

Thanks to this monitoring, it is possible to minimize the time elapsed from detection to the approach of possible complications, reduce the number of patient transfers to emergency services or consultation of the area stomatherapist. Likewise, it is possible to reduce the number of admission days due to ostomy complications, make better use of material resources and optimize the time of health personnel, while facilitating the early reintegration of the patient into his / her habitual life.

KEYWORDS: Ostomy, ostomy patient, nursing care, health education, self-care.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad no existen datos estadísticos definitivos sobre el número de personas ostomizadas para valorar el alcance de la situación a nivel de nuestro país, pero es indudable que su impacto social es enorme, dado el volumen estimado de población a la que afecta. Se calcula que actualmente hay unas 70.000 personas ostomizadas en toda España¹; de ellas, más de 11.000 en Cataluña², y donde cada año se producen unos 2.300 nuevos casos¹. Estos datos solo incluirían las derivaciones intestinales y urológicas, pero obviarían las ostomías de nutrición y de drenaje, de las que prácticamente no hay datos recogidos hoy por hoy.

Teniendo en cuenta que, en España, a fecha de 1 de enero de 2017 había una población censada de 46.528.966 habitantes³, cabe pensar que 15 de cada 1.000 españoles eran portadores de algún tipo de deriva-

ción intestinal o urológica. Y a estos habría que añadir aún las personas con algún otro tipo de ostomía.

La definición de ostomía que mayoritariamente encontramos en la bibliografía es aquella que la define como "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"⁴ y que según el órgano que se exterioriza, se denomina "colostomía, ileostomía o urostomía". Esta definición, obviamente, deja huérfanas las ostomías de nutrición y las de drenaje.

Las ostomías pueden ser temporales o permanentes, pero en ambas situaciones las personas que las padecen necesitan un importante apoyo individual, en forma de educación en el cuidado del estoma, de orientación nutricional, de información y asesoramiento ante las posibles

complicaciones que se puedan presentar, para alcanzar una vida absolutamente normal.

En nuestro centro empezamos a darnos cuenta de que se hacía patente la repercusión de esta falta de especialización en el manejo en ostomías, y es por este motivo por el que se implementó la figura de la enfermera gestora en ostomías (EGO) y que está incluida dentro de la Comisión de Lesiones de la Piel de nuestra institución, esta última formada de manera interdisciplinar por diferentes profesionales sanitarios (auxiliares de enfermería, enfermeras y un médico).

En cierta manera, esta vertiente o especialización de la enfermería se muestra muy carente dentro del ámbito sociosanitario, avalado por el hecho de que, por mencionar un dato relevante, en toda la provincia de Barcelona solo un centro de estas características dispone de un estomaterapeuta debidamente titulado. El resto de profesionales de este ámbito se encuentran dispersos en alguna de las 28 consultas estomaterapeutas existentes en nuestro país, según datos de la Sociedad Española de Estomaterapia⁵, y todas ellas ubicadas en centros hospitalarios de agudos.

Si tenemos en cuenta que el proceso de convalecencia posterior a una intervención quirúrgica en la cual el resultado es la creación de una ostomía, para muchos pacientes, sobre todo de edades avanzadas, se lleva a cabo mediante ingreso en un centro sociosanitario (CSS), sería razonable pensar que la figura de una gestora en ostomías tendría cabida dentro del organigrama de instituciones de esta índole.

OBJETIVOS

En nuestra institución, es decir dentro del ámbito de un CSS, podemos encontrar dos tipos de pacientes ostomizados. Por un lado, tenemos a los pacientes que ingresan en nuestras unidades de hospitalización y que son personas ostomizadas desde hace años, siendo estas o bien su cuidador principal perfectamente autónomas para el manejo global de su ostomía. Por lo tanto, nuestra actuación como educadores sanitarios en estos pacientes es prácticamente nula o meramente testimonial. Únicamente intervendríamos en el caso de la detección de algún tipo de complicación presente a lo largo de su ingreso en nuestro centro. Por otro lado, tenemos a los pacientes recientemente ostomizados, ya sea mediante cirugía electiva programada o bien mediante cirugía de urgencia. Estos pacientes pasan mayoritariamente por las tres fases habituales a las cuales se somete un paciente antes de ser ostomizado (preoperatorio, operatorio y postoperatorio inmediato y tardío)⁶. Nosotros, como institución sociosanitaria, solo actuamos en pacientes que están en la fase de postoperatorio, aunque cada vez es más frecuente abordar pacientes en fase de postoperatorio inmediato.

En este último grupo de pacientes, una vez ingresados en nuestro CSS, aparte de proseguir con las curas habituales de todo paciente postquirúrgico, seguimos impartiendo la educación sanitaria iniciada por la estomaterapeuta del hospital de origen durante los primeros días tras la cirugía. Nuestro propósito u objetivo es conseguir que alcancen la plena autonomía, resuelvan las dudas que surjan durante la estancia hospitalaria, así como reducir su angustia ante el horizonte del alta a domicilio y su reincorporación a la vida diaria.

Por lo tanto, el objetivo principal de la atención en el paciente ostomizado ingresado en nuestro CSS, aparte del de detectar posibles complicaciones en su ostomía y abordarlas en su caso, es dotarlo de las herramientas para que pueda hacer frente al reto de integrarse a la vida cotidiana, logrando el mayor grado de autonomía.

El paciente recientemente ostomizado, durante esta etapa de atención especializada tendrá que afrontar:

- Un período más o menos largo de convalecencia en el que tendrá que recuperar progresivamente su estado de salud y las condiciones físicas y psíquicas que presentaba antes de la cirugía⁷.
- Los cuidados higiénicos habituales de su ostomía, por lo que precisará al principio de la ayuda de otra persona, hasta alcanzar la destreza suficiente para realizarlo de forma autónoma⁷.
- El entrenamiento en el uso de los accesorios para el cuidado de la ostomía y el conocimiento de las diferentes opciones que ofrecen los diferentes productos existentes⁷.

Es sabido que las vías correctas de tratamiento, la adecuada atención, el adiestramiento en el manejo de la ostomía y la superación de prejuicios hacen que el paciente pueda rehabilitar su autoestima y calidad de vida⁸, sin perjuicio de la edad que este tenga.

METODOLOGÍA

La metodología adoptada para la realización de este trabajo ha sido mediante estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes ostomizados que han ingresado en alguna de las diferentes unidades de hospitalización de nuestro CSS durante el periodo de tiempo comprendido entre el día 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017.

A lo largo de este estudio se ha respetado el anonimato de todos los pacientes incluidos en él y la confidencialidad de los datos según las normas vigentes (LOPD 15/1999 y Ley 41/2002).

Ámbito de asistencia

El hospital de Sant Andreu, ubicado en la población de Manresa, capital de la comarca del Bages (Barcelona), aparte de disponer de diferentes servicios de atención ambulatoria, dispone también de servicios de hospitalización destinados a pacientes de larga estancia (70 camas), de convalecencia (55 camas), subagudos (8 camas), cuidados paliativos (14 camas) y media estancia psicogeriatrica (14 camas).

Es en esta área de hospitalización donde se centra la actividad de la EGO, y es a partir de los pacientes atendidos en estas unidades de donde se han obtenido todos los datos recogidos.

Área de influencia

Las áreas geográficas de influencia que abarca nuestro CSS sería toda la población que corresponde a la comarca del Bages y la comarca vecina del Moianès:

1. Comarca del Bages: 173.143 personas (2016)⁹.
2. Comarca del Moianès: 13.106 personas (2016)⁹.

De manera indirecta también se puede llegar a absorber parte de la población de las comarcas fronterizas a la nuestra y que configuran la región sanitaria central, como son:

1. La parte meridional de la comarca del Berguedà, conocida como Baix Berguedà, donde encontramos poblaciones como Gironella, Puig-reig o Casserres, y que por otro lado concentran la mayor parte de la población de la zona.
2. Franja oriental de la comarca del Solsonès.
3. Vertiente noreste de la comarca de la Anoia, limítrofe con la nuestra, donde se encuentran localidades como Calaf o Sant Pere Sallavinera.

Población diana

Todos aquellos pacientes que presenten algún tipo de ostomía descrita en el apartado “Criterios de inclusión” y que sean atendidos en nuestras unidades de hospitalización.

Criterios de inclusión

Están incluidos los pacientes que presenten alguno de los siguientes tipos de ostomías:

1. Derivaciones intestinales: colostomías (las más habituales: Hartmann, Milles) e ileostomías (terminales y de descarga).
2. Derivaciones urológicas: nefrostomías, urostomías, ureteroileostomías (las más habituales: Bricker).
3. Estomas de alimentación: gastrostomías percutáneas (PEG) y yeyunostomías.
4. Estomas de drenaje: esofagostomías cervicales, fistulas exteriorizadas de alto débito, drenajes diversos (dehiscencias, drenajes biliares, catéteres intraperitoneales, etc.).

Criterios de exclusión

Aquellos pacientes con ostomías respiratorias quedan excluidos de esta valoración, ya que no son competencia de un servicio de estomaterapia.

Métodos de recogida de datos

Mediante valoración y entrevista directa por parte de la EGO con el paciente una vez este ingresa en alguna de las unidades de hospitalización de nuestro CSS.

Variables analizadas

Fecha de ingreso, edad, sexo, procedencia, unidad de ingreso de nuestro CSS, motivo de ingreso, etiología de la ostomía, tipo y número de ostomías que presenta el paciente, complicaciones detectadas, nivel de autonomía en la gestión global de la ostomía por parte del paciente, fecha de alta, días de ingreso y destinación al alta.

El seguimiento de la evolución de los pacientes ostomizados ingresados en nuestro centro la lleva a cabo el personal de enfermería de la unidad en que dicho paciente permanece ingresado, con supervisión de la EGO. En determinados pacientes con complicaciones en su ostomía que pueden catalogarse de graves suele ser la propia EGO quien hace el seguimiento de su evolución.

La recogida de datos para la confección de dicho estudio se realizó por parte de la EGO.

Para el análisis de resultados se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo. El estudio estadístico se realizó con el programa EXCEL.

RESULTADOS

A partir de los datos recogidos durante el año 2017 se desprende que el número de pacientes ostomizados que ingresan en nuestro centro es de un total de 68, de los cuales la mitad de ellos (34 pacientes) estaban recién ostomizados. De estos pacientes, 36 (52,94%) ingresan en la unidad de cuidados paliativos, 23 (33,82%) lo hacen en alguna de las unidades de convalecencia, 7 (10,30%) en unidades de larga estancia y 2 (2,94%) en la unidad de psiquiatría.

Tabla 1. Datos generales (1)

Variables	Frecuencia
68 pacientes ostomizados ingresados	
Recién ostomizados (<3 meses)	34 pacientes (50%)
Ostomizados hace tiempo (>3 meses)	34 pacientes (50%)
Sexo	
Hombres	36 (52,94%)
Mujeres	32 (47,06%)
Número de ostomías que presentan	
Una sola ostomía	58 pacientes (85,30%)
Dos ostomías simultáneas	7 pacientes (10,29%)
Tres ostomías simultáneas	1 paciente (1,47%)
Cuatro ostomías simultáneas	1 paciente (1,47%)
Cinco ostomías simultáneas	1 paciente (1,47%)
Total ostomías valoradas	84 ostomías

Hay una paridad remarcable en cuanto al sexo de estos pacientes, de los cuales 36 (52,94%) son hombres y 32 (47,06%) son mujeres. De ellos, la gran mayoría son portadores de una única ostomía (58 pacientes). Todo ello implica la valoración de un total de 84 ostomías diferentes, 49 de ellas de nueva creación (tabla 1).

En cuanto al tipo de ostomías valoradas, 29 (34,52%) de ellas eran derivaciones intestinales, 26 (30,95%), derivaciones urológicas, 14 (16,67%) eran ostomías de nutrición y 15 (17,86%), ostomías de drenaje (tabla 2).

En cuanto a la etiología de estas ostomías, en 44 (64,7%) pacientes fue como consecuencia de una enfermedad oncológica. Por el contrario, los 22 pacientes restantes fueron ostomizados por causa no oncológica.

De la totalidad de pacientes, el 44,12% de ellos (30) no han presentado ningún tipo de complicación, mientras que los 38 restantes (55,88%) sí que presentaron una o más complicaciones en su ostomía, bien detectadas en el momento de la valoración inicial, bien aparecidas a lo largo de la estancia del paciente en nuestro centro. Concretamente, en el caso de las 29 derivaciones intestinales, en 15 de ellas (51,7% de los casos) no se presentó complicación alguna, pero en las 14 restantes apareció un total de 24 complicaciones, entre las cuales, relacionadas con la piel periestomal destacan 8 casos de dermatitis irritativas, 3 ulceraciones y 2 casos de varices paraestomales. Referente a la afectación del propio estoma se detectaron 3 herniaciones, 2 dehiscencias de sutura, 2 retracciones de estoma, 1 prolapso, 1 edema de mucosa, 1 granuloma y 1 hemorragia.

De las 26 derivaciones urinarias valoradas, en 17 de ellas (65,39% de los casos) no se presentó ningún tipo de complicación, mientras que en las 9 restantes se detectó un total de 12 complicaciones. Concretamente relacionadas con la piel periestomal aparecieron 2 casos de dermatitis irritativa, 1 dermatitis alérgica, 1 dermatitis mecánica, 2 granulomas y 2 flictenas cutáneas, mientras que relacionadas directamente con el propio estoma se detectaron 3 hemorragias y un caso de obstrucción del catéter.

En cuanto a las 14 ostomías de nutrición, en 7 de ellas (50% de los casos) no se detectó ningún tipo de complicación, mientras que en el

Tabla 2. Tipos de ostomías valoradas

Variables	Frecuencia
Derivaciones intestinales	
Colostomías Hartmann	15 (17,86%)
Colostomías Milles	4 (4,77%)
Ileostomías de descarga	4 (4,77%)
Ileostomías en asa	2 (2,38%)
Ileostomías en cañón de escopeta	1 (1,19%)
Ileostomías Brooke	2 (2,38%)
Derivaciones urológicas	
Ureteroileostomía Bricker	8 (9,52%)
Nefrostomías	16 (19,05%)
Urostomías	1 (1,19%)
Cistofix	1 (1,19%)
Ostomías de nutrición	
Gastrostomías percutáneas (PEG)	11 (13,09%)
Yeyunostomía	3 (3,57%)
Ostomías de drenaje	
Fístulas exteriorizadas alto débito	4 (4,77%)
Esofagostomías cervicales	3 (3,57%)
Catéter intraperitoneal	2 (2,38%)
Drenaje biliar	1 (1,19%)
Drenaje pancreático	2 (2,38%)
Fístula mucosa intestinal	1 (1,19%)
Dehiscencia quirúrgica alto débito	2 (2,28%)

resto aparecieron un total de 25 complicaciones (6 casos de dermatitis irritativas, 5 obstrucciones de sonda, 5 desplazamientos/salidas accidentales de sonda, 3 fugas de contenido gástrico, 2 granulomas en bordes de estoma, 2 ulceraciones, 1 dermatitis micótica y 1 dermatitis bacteriana).

Referente a las 15 ostomías de drenaje valoradas, en 12 de ellas (80% de los casos) no apareció ninguna complicación. En las tres restantes se detectaron 2 casos de dermatitis irritativas y 1 estenosis.

La edad media de los pacientes ostomizados que ingresaron en nuestro CSS está ligeramente por encima de los 70 años, en un rango de edad que oscila entre los 40 años el paciente de menor edad y los 95 años el de mayor edad. A fecha 31 de diciembre del 2017 el 45,76% de estos pacientes retornaron a su situación basal y pudieron volver a su domicilio (tabla 3).

DISCUSIÓN

Hoy día no hay excesiva información acerca del coste-efectividad de la atención especializada en ostomías en España. Los pocos estudios sobre

Tabla 3. Datos generales (2)

Variables	Casos
Edad media de los pacientes ostomizados	70,19 años
Estancia media (en días de ingreso)	43,40 días
Ingresados aún a fecha 31/12/2017	9 pacientes
Altas hospitalarias	59 pacientes
Destinación al alta hospitalaria	
Domicilio	27 (45,76%)
Residencias geriátricas	4 (6,79%)
Derivación a hospital de agudos	7 (11,86%)
Fallecimiento	21 (35,59%)

la atención especializada del paciente ostomizado permiten justificar una disminución del coste económico, pues se disminuyen las intervenciones y se reducen las consultas de personal sanitario. Así mismo, se minimiza también la tasa de hospitalización por complicaciones y permite aprovechar mejor los recursos materiales a la vez que se optimiza el tiempo de los profesionales sanitarios¹⁰.

También se justifica desde el punto de vista humano, ya que se consigue disminuir el estrés del paciente y su entorno familiar, se consigue la reintegración a su vida habitual de forma precoz y se mejora la aceptación del problema que supone para cualquier persona la creación de una ostomía³.

CONCLUSIONES

En conclusión, después de valorar la actividad de la EGO a lo largo del primer año natural de actividad se desprenden las siguientes ideas.

Durante estos 12 meses se han valorado un total de 68 pacientes ostomizados, presentando estos un total de 84 ostomías de diferente etiología.

Se han abordado un total de 64 complicaciones cuyo nivel de gravedad ha sido muy variado. Empezando por pequeñas complicaciones fácilmente solventables, pasando por complicaciones más complejas o graves que en otras condiciones hubieran requerido sin duda la derivación del paciente a un servicio de urgencias, o por defecto, a la consulta de estomaterapia de referencia.

Del total de estas complicaciones, tenemos contabilizado que solo dos de ellas han requerido el traslado del paciente al servicio de urgencias de hospital de agudos. Las demás han podido ser tratadas en nuestro propio hospital, aunque en alguna ocasión con la colaboración, a distancia, de la estomaterapeuta de zona. Todas estas complicaciones, bien se han resuelto en su totalidad o bien se ha podido minimizar su efecto, ya que en varios casos la resolución definitiva de la complicación pasaba por una reintervención quirúrgica (hernias, prolapso, etc.).

Por otro lado, es interesante remarcar que todos aquellos pacientes recién ostomizados que han recuperado su situación basal y por ende han finalizado el ingreso en nuestro CSS, retornando bien a su domicilio o a algún centro residencial, en la totalidad de los casos se ha conseguido que sean capaces de autogestionar el manejo global de su ostomía gracias al programa de educación sanitaria implementado en nuestra institución. En el caso de aquellas personas que no eran autónomos para las

actividades básicas de su vida diaria, después de identificar al familiar/cuidador principal de referencia e instruirlo adecuadamente con el mismo programa de educación sanitaria, se ha conseguido que este asuma y consolide los conocimientos necesarios para suplir al paciente en este cometido.

Por lo tanto, podríamos decir que gracias a la implementación de la figura de la EGO en el equipo asistencial de nuestro centro se ha conseguido:

1. Minimizar el tiempo de espera que pasa entre la detección de una complicación y su abordaje.
2. Minimizar los traslados de pacientes con complicaciones de ostomías a servicios de urgencias, con el consiguiente trastorno que ello supone para ellos y sus familias.
3. Poder disponer de una persona referente para ir haciendo el seguimiento *in situ* de la evolución de la complicación una vez abordada, minimizando también las visitas de seguimiento a la consulta de estomaterapeuta de zona, evitando también el pertinente traslado del

paciente. En caso de ser necesaria la implicación de la estomaterapeuta de zona ante cualquier incidencia, disponemos de una línea de contacto directo con ella, lo que también supone una disminución del tiempo de espera para solucionar la complicación o la derivación al especialista que corresponda.

4. Establecer un plan de educación sanitaria para instruir al paciente o bien a su cuidador en el manejo de la ostomía con la finalidad de que se consiga alcanzar la plena autonomía en su gestión diaria, que conozca diferentes tipos de recursos materiales y accesorios existentes, dar pautas nutricionales, así como ayudarlo a reforzar su autoestima y resolver posibles dudas antes del alta hospitalaria.
5. A nivel institucional, el consecuente prestigio que supone disponer de una persona referente en ostomías, y que los pacientes poco a poco han ido valorando de manera muy positiva ■

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blog de ostomías para profesionales de la salud [sede Web] Madrid. 2018. Libro blanco de la ostomía en España. Disponible en: <https://elrincondelaostomia.es/libro-blanco-de-la-ostomia-en-espana>
2. Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica [sede Web] Barcelona. 2018. Disponible en: <http://www.ostomitzats.cat/>
3. Instituto Nacional de Estadística [sede Web] Madrid. 2017 [citado 29 junio 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf
4. Soriano Cirugeda M, Cantero Cid R, Olivares Crespo ME, Cruzado Rodríguez JA, Delgado Lillo I, Balibrea del Castillo JM, et al. Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorrectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Psicooncología*. 2007;4(1):121-32.
5. Campos J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*. 2006;3:189-94.
6. Documento de Consenso - Consejo General de Enfermería. Disponible en: <https://docplayer.es/82936162-Documento-de-consenso-situacion-actual-de-la-estomaterapia-en-espana-y-propuestas-de-mejora-del-colectivo-de-los-profesionales-estomaterapeutas.html>
7. Hernández Fernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2011;3(2):504-33.
8. Congreso Nacional de Ostomías. El paciente ostomizado en el entorno de una asociación: Conclusiones Declaración de Bilbao. 2005 Diciembre 3. Bilbao: ARGIA (Asociación Vasca de Ostomizados e incontinentes); 2005.
9. IDESCAT - Anuari estadístic de Catalunya, en la secció de demografia. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=195>
10. Diario enfermero [sede Web] Madrid. 2014 (actualizada en enero de 2014) [acceso 18 de marzo de 2016]. Mejor calidad de vida con un menor coste gracias a las enfermeras estomaterapeutas. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/mejor-calidad-de-vida-con-un-menor-coste-gracias-las-enfermeras-estomaterapeutas/>