



**Universidad  
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud

## **Grado en Enfermería**

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

### **Calidad de vida en pacientes oncológicos ostomizados**

Autor/a: María Torralba Elía

Tutor/a: Ana Anguas Gracia

## ÍNDICE

Resumen/ Abstract _____	3
Introducción _____	4
Preguntas de investigación _____	7
Objetivos _____	7
Hipótesis _____	7
Metodología _____	8
Desarrollo _____	10
Conclusiones _____	13
Bibliografía _____	14

## **RESUMEN**

Se estima que 60.000 personas en nuestro país son portadores de una ostomía. La realización de un estoma modifica la calidad de vida de la persona, pese a poder ser un estoma temporal.

El objetivo principal de este trabajo ha sido conocer qué ámbitos de la calidad de vida se ven más afectados tras la realización de la ostomía. Para ello se llevó a cabo una revisión bibliográfica, con el fin de conocer la situación actual del tema.

La adaptación del paciente tras la intervención está ligada a la educación prequirúrgica recibida y la atención continuada del estomaterapeuta.

## **ABSTRACT**

It is estimated that 60,000 people in our country are ostomy carriers. Performing a stoma in the patient's body changes their quality of life, despite only being a temporary stoma.

The main objective of this study was to determine which areas of quality of life are most affected after an ostomy. A literature review was carried out to see what research has been done on the topic.

The patient's ability to cope after the surgery is related to the preoperative education received and the continuing attention of the stomatherapist.

## INTRODUCCIÓN

El término ostomía define un orificio o abertura que se practica a un órgano hueco para comunicarlo con el exterior, o bien para comunicarlo con otro órgano. La porción del órgano ostomizado que da al exterior del organismo es denominada estoma.<sup>1,2,3</sup>

El estoma no es una herida, sino mucosa intestinal, con un color que varía del rosáceo al rojo intenso y no posee terminaciones nerviosas.<sup>1,2,3</sup>

La clasificación de las ostomías se puede realizar de acuerdo a diversos aspectos como son: el carácter (urgente y electivo), la porción de órgano abocada (terminal o lateral), la perdurabilidad (temporal o definitiva), la localización de la misma (aparato respiratorio, aparato digestivo y aparato urinario) y, por último, su propósito (descompresiva, derivativa o con fines de alimentación).<sup>1,3</sup>

Por la gran diversidad existente nos hemos centrados en: gastrostomías, ileostomías, colostomías y urostomías.

Las gastrostomías están indicadas en aquellos pacientes que no pueden ingerir alimentos por vía oral, como puede ser en el caso del cáncer esofágico, cuyo comportamiento está considerado como agresivo, con curso clínico progresivo y con resultados de tratamiento bastante pobres. En este caso, la ostomía se realiza como tratamiento paliativo para permitir la alimentación. Si no se puede utilizar el estómago para garantizar la nutrición del paciente también se puede llevar a cabo una yeyunostomía.<sup>1,4,5</sup>

La realización de iliostomías tiene casi exclusivamente fines derivativos, aunque excepcionalmente también puede tener fines descompresivos. Su principal indicación son los casos de colitis ulcerativa idiopática, aunque actualmente se realiza con frecuencia en aquellas situaciones donde se practica una resección de tumores de recto (con escisión total del mesorrecto y anastomosis colorrectal baja), con el fin de proteger la sutura y en las ileo-anastomosis por procesos benignos o malignos, con el mismo fin. En estos casos es transitoria.<sup>1,6</sup>

Las colostomías están indicadas, con mayor frecuencia, en el carcinoma colorrectal, pero también se realizan en las enfermedades

diverticulares, malformaciones anorrectales, enfermedades inflamatorias intestinales y traumatismos.<sup>1,7,8,9</sup>

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más comunes en nuestro medio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye la cuarta causa más común de cáncer en el mundo con aproximadamente 875.000 nuevos casos por año.<sup>1,7,8,9</sup>

Cuando el CCR se encuentra en su etapa avanzada es necesario resecarlo por completo, si a esto se le une la gran posibilidad de metastatizar, se objetiva la necesidad de recurrir a la colostomía, la cual funciona como sustituto del ano, permitiendo la eliminación de los productos de desecho.<sup>1,7,8,9</sup>

El cáncer de vejiga es una patología grave, que ha experimentado un aumento significativo, posicionándose como la segunda neoplasia urológica más frecuente, y convirtiendo a España en el primer país en incidencia en este tipo de cáncer. Cuando invade capas musculares la solución más habitual es la cistectomía radical, que se puede realizar a través de tres técnicas (Bricker, Hautmann y Mainz, de las cuales sólo la primera va a derivar en una urostomía). La urostomía es una derivación urinaria a través de un estoma mucocutáneo en la pared abdominal, por lo que es imprescindible aislar una porción de íleon, abocando los uréteres a ella y reconstruyendo con el conjunto el estoma.

Resulta esencial en este punto recordar la definición de calidad de vida que nos proporciona la OMS, que la define como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno»<sup>12</sup>

En la mayoría de los casos, las ostomías se realizan como medidas temporales, pudiendo perdurar durante varios meses, en los que la persona pierde el control de su contenido intestinal o vesical, pero sobretodo ven gravemente mermada su calidad de vida.<sup>13 14 15</sup>

La suma de varios síntomas mengua el nivel de bienestar, aumentando la ansiedad y la depresión, así como su propia percepción de la

calidad de vida.<sup>16</sup> No podemos olvidar que una ostomía, además de repercutir de forma negativa en el paciente, también lo hace en su familia. La realización de un estoma sobrepasa el ámbito físico, afectando paralelamente al ámbito psicológico y social de la persona. Es por ello por lo que una intervención enfermera adecuada, desde incluso antes de la realización de la intervención quirúrgica, va a mejorar significativamente el afrontamiento, lo que repercutirá de manera positiva en la reintegración de esa persona a su vida cotidiana.<sup>13,15,16</sup>

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Qué dimensiones de la calidad de vida se ven afectadas ante la realización de un estoma?
- ¿Difiere la percepción de la calidad de vida entre los pacientes portadores de una ostomía digestiva y los pacientes portadores de una urostomía?
- ¿Facilitaría la adaptación a la ostomía el seguimiento realizado por un estomaterapeuta?

## **OBJETIVOS**

- Realizar una valoración de las dimensiones de la calidad de vida que se ven más afectadas en un paciente ostomizado.
- Analizar la modificación de la percepción de la calidad de vida en los pacientes, antes y después de la realización de una ostomía.
- Valorar de qué manera el seguimiento realizado por un estomaterapeuta mejora la percepción de calidad de vida que tienen estos pacientes.

## **HIPÓTESIS**

La figura del estomaterapeuta, así como la educación para la salud realizada antes de la intervención en los pacientes oncológicos ostomizados aumentará de forma positiva la percepción de la calidad de vida de estos pacientes, así como disminuirá su ansiedad e impacto psicosocial tras la realización del estoma.

## **METODOLOGÍA**

Se plantea una revisión bibliográfica que permitirá realizar una actualización del tema.

Para la elaboración de la misma he realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de Cuiden, Scielo, CSIC, Pubmed, Dialnet y ScienceDirect, siendo la segunda la que más resultados me ha devuelto.

Los operadores booleanos utilizados me han permitido definir la búsqueda con el fin de evitar la devolución de información no adecuada para esta revisión. Al finalizar se ha realizado una criba descartando los estudios que no han resultado relevantes para este trabajo.

Los límites asignados para la recuperación de los artículos fue la inclusión de toda información cuyo idioma fuese español o inglés y cuya publicación se hubiera realizado en los últimos diez años.

También se ha consultado la Hemeroteca de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza para poder acceder a artículos en formato papel que no se han podido localizar en la bases de datos y a libros acerca del tema.

Los descriptores de salud en el DeCS y NSH empleados para la búsqueda bibliográfica han sido "Ostomía", "Ostomy", "Impacto Psicosocial", "Psychosocial Impact", "*Cáncer colorrectal*", "Colorectal Neoplasms", "Calidad de Vida", "Quality of Life" "Neoplasias de la Vejiga Urinaria" "Urinary Bladder Neoplasms" "Neoplasias Esofágicas" y "Esophageal Neoplasms".

Las dificultades encontradas al llevar a cabo la revisión bibliográfica están relacionadas con el acceso a los textos completos de los artículos científicos en la mayoría de las bases de datos utilizadas para la actualización del tema.

El trabajo se ha desarrollado en el periodo comprendido entre Febrero y Mayo de 2013.

Esta revisión bibliográfica puede resultar de interés para los profesionales de enfermería que desarrollen su trabajo en los servicios de digestivo y urología, atención primaria y todos aquellos profesionales que se



encuentren en contacto con personas ostomizadas. También es interesante para los estudios de calidad de vida en pacientes oncológicos.

El objetivo de esta revisión es hallar las dimensiones de la calidad de vida que se ven más afectadas en el paciente, para con ello poder realizar en un futuro un programa de educación para la salud que favorezca la adaptación de los pacientes ostomizados a su nueva situación, facilitando el aprendizaje de los cuidados del estoma tanto por parte del portador como del cuidador principal y mejorando su calidad de vida tras la intervención.

En los artículos revisados para la realización de este trabajo se ha observado que fueron utilizados por la mayoría de ellos para la valoración de la calidad de vida los siguientes cuestionarios de calidad:

Como instrumento genérico utilizamos el cuestionario FS-36 validado en España, que está formado por 36 ítems agrupados en 8 escalas funcionales (funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social y uno adicional, el cambio de la salud en el tiempo).

El cuestionario específico y validado en la población española, Qualypoll, valora la calidad de vida en pacientes ostomizados a través de 13 ítems que se centran en el aspecto psicológico, la autopercepción y la dependencia.

El cuestionario EORTC QLQ-C30 está desarrollado para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Consta de su módulo genérico C-30 que se complementa con los módulos específicos de cada tipología de cáncer. Como es el caso del EORTC QLQ-CR38, utilizado en pacientes con cáncer colorrectal, formado por 38 ítems centrados en evaluar las áreas funcionales y la sintomatología del paciente.

## DESARROLLO

Según muestran múltiples estudios, el autocuidado en los pacientes ostomizados sigue siendo una cuestión pendiente. Entre ellos, Siqués et al.<sup>17</sup> destacan que solamente un 34% de los pacientes ostomizados son autosuficientes respecto a su cuidado al alta. Y, verificando la información, Tal et al.<sup>18</sup>. recalcan que únicamente el 50% de los pacientes realizan el cuidado de su estoma, el resto es realizado por sus familiares. Destacan en su estudio que los pacientes varones tardan meses en hacerse cargo del cuidado del mismo, siendo sus cónyuges las que llevan a cabo esta tarea hasta entonces.

Este mismo artículo detalla también que los motivos de la abstención de este cuidado están relacionados en su mayoría con el impacto psicosocial como son la negación y evitación del problema, la repulsión y la dificultad de aceptar su nueva imagen corporal.<sup>18</sup>

La importancia del autocuidado la reseña Edwin<sup>19</sup> en su artículo, en el que afirma que los pacientes logran una rehabilitación física y psicológica más temprana cuando asumen el cuidado de su estoma al poco de realizarse la intervención.

A pesar de que la ostomía produce un gran cambio en la imagen corporal, es altamente aceptado por los receptores, ya que aprecian una mejora en su estado de salud, como Siques et al.<sup>17</sup> ratifican. Dos Santos et al.<sup>8</sup> especifican que las mujeres tienen mayor dificultad en aceptar su nueva imagen.

En la gran mayoría de los estudios revisados se evidencia un difícil acceso a un especialista del estoma<sup>8,17,19,20</sup> que facilite la adaptación y fomente el intercambio de información y de preguntas a resolver, ya que el papel de este profesional mejora de manera significativa la calidad de vida de la persona.<sup>13,21,22,23,24,25</sup> En estos estudios se destaca la importancia de la educación previa a la intervención<sup>8,19,24,25</sup>, al igual que importante es la delimitación del estoma y la orientación hacia la futura adaptación<sup>19, 24, 25</sup>. Bonill et al.<sup>22</sup> en su estudio demostraron los beneficios de la enseñanza preoperatoria frente a la que se lleva a cabo una vez realizada la intervención, ya que comienzan a conocer las habilidades requeridas para el

cuidado del estoma, reduciendo el coste por estancia hospitalaria y la aparición de complicaciones postoperatorias.

Por el contrario, la falta de información aumenta el temor y dificulta la adaptación de la persona, tal y como concluyen Bonill et al.<sup>21</sup>, quienes también resaltan la deficiente atención especializada a estos pacientes en nuestro país, que cuenta con escasos especialistas en la estomaterapia.

El único artículo encontrado que se muestra en contra de comenzar la educación antes de la realización del estoma es el estudio de Tal et al.<sup>18</sup> que sugiere que el paciente antes de la intervención se encuentra preocupado por otros aspectos y no por el cuidado del estoma. Consideran que la enseñanza del cuidado del estoma debe ser práctica y no teórica (como sucede antes de la intervención).

El estoma es un elemento fuente de estrés, y no solo afecta a la imagen corporal sino que modifica grandes aspectos de la vida de la persona como afirman diversos estudios, como el que presentan Rodríguez et al.<sup>26</sup> Ribes<sup>20</sup> calcula que hasta el 80% de los ostomizados modifican su estilo de vida una vez se les ha realizado el estoma.

Los ámbitos que se observan más afectados en las personas ostomizadas, como concluyó el estudio de Krouse et al.<sup>13</sup>, son el social seguido por el ámbito psicológico.

Aquellos pacientes que han obtenido mejores resultados en los dominios físicos y psicológicos son aquellos que se mantienen activos en la vida laboral según Dos Santos et al.<sup>8</sup> Diferenciando entre los trabajadores en jornada completa y parcial, los primeros son también los que logran los mejores resultados.

Siqués et al.<sup>17</sup>, corroborando la información anterior, advierte de que es el 67% de la población ostomizada la que abandona la actividad laboral mermando de manera importante sus hábitos de vida saludables y de relación social provocando un efecto negativo sobre su visión de la calidad de vida.

Este dato cobra especial importancia teniendo en cuenta que, como mencionan Rodríguez et al.<sup>26</sup>, la calidad de vida de estos pacientes va acorde con su adaptación física, social y familiar.

Otro de los aspectos que se ve muy alterado es la sexualidad de estos pacientes, sobre todo en aquellos más jóvenes con mayores perjuicios sexuales y que perciben un deterioro en su calidad de vida<sup>8</sup>.

Ribes<sup>20</sup>, quien dedica un estudio a este tema, defiende que los pacientes ostomizados pueden sufrir una depresión por padecer disfunción sexual y alteraciones emocionales. El 40% de los pacientes portadores de un estoma refiere problemas en relación a su vida sexual. Siques et al.<sup>17</sup> en su investigación reseñan que el porcentaje es más elevado llegando a ser el 71% de la población ostomizada.

La pérdida de la libido es frecuente durante las primeras semanas tras la intervención debido al estrés, al temor y a los cambios sufridos pero tiende a desaparecer con el tiempo al aumentar la confianza y la seguridad.<sup>17</sup> Para aumentar dicha seguridad, Ribes<sup>20</sup> recuerda la importancia de fomentar un adecuado intercambio de información entre paciente y especialista del estoma, quién debe apoyar y aconsejar sobre los recursos más adecuados.

Entre los pacientes sometidos a una cirugía radical tipo Bricker existe una elevada incidencia en ambos sexos de disfunción sexual secundaria a la intervención.<sup>12</sup> Por lo que se recomienda proporcionar información sobre prácticas sexuales alternativas en estos casos.<sup>20</sup>

Si tratamos de diferenciar entre los tipos de ostomías encontramos que, en lo que respecta a las ostomías digestivas, Martin et al<sup>27</sup>, destaca el decremento de la actividad social de estos pacientes. Además, documentan los problemas que estos pacientes sufren en diferentes áreas de su vida como son la sexualidad, el bienestar psicológico, el trabajo y las actividades deportivas.

Y cuando nos referimos al impacto de la urostomía, encontramos que aquellos a los que les ha sido realizada mediante el método Bricker como opción de tratamiento para el cáncer vesical, mantienen una calidad de vida aceptable pasados unos meses de la intervención según Gómez et al.<sup>12</sup>, sólo viéndose afectada por las complicaciones producidas por el estoma. Un elevado porcentaje de estas personas (90%) no realiza cambios importantes en su vida diaria, continuando con sus actividades de la vida diaria sin problemas.

## **CONCLUSIONES**

Tras la actualización del tema, se ha observado que existen insuficientes publicaciones a nivel nacional habiéndose desarrollado amplias líneas de investigación en otros países.

Los pacientes ostomizados conviven a diario con dificultades y miedos que merman de manera evidente su calidad de vida, ya que no sólo es aspecto físico se ve modificado, sino que también se producen grandes cambios a nivel psicosocial y un importante deterioro de la autoestima. La percepción de la calidad de vida que tienen estos pacientes depende de los logros alcanzados en relación a la adaptación psíquica y a la reinserción laboral, social y familiar y física.

El ámbito psicosocial es el más afectado en la vida de las personas ostomizadas. Tiene lugar un gran cambio en la imagen corporal, pese a reconocer un beneficio en el estado de salud.

La enseñanza previa a la intervención, así como la delimitación del estoma ayudan a mantener la calidad de vida y facilitan la adaptación, permitiendo además que el portador del estoma se haga cargo de su cuidado desde el primer momento.

La figura del estomaterapeuta normaliza y facilita el proceso de afrontamiento, minimizando los aspectos negativos, haciendo comprender lo aspectos positivos que conlleva el estoma en la salud del individuo. De este modo, el paciente ostomizado puede tener una perspectiva más positiva que le lleve a llevar una vida normal con el estoma.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Cardevilla Azoy C, De la Llera Domínguez G, García Gutiérrez A. Ostomías. Clasificación, indicaciones, técnicas y cuidados postoperatorios. Cirugía Vol. 4 . La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p. 1854-1878
- 2.- Ramos Girona R. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral* 2012(99):12-16.
- 3.- De La Llera Domínguez G. Colostomías: clasificación, indicaciones, detalles de técnica. *Revista Cubana de Cirugía*.2007;46(4)
- 4.- Perez Pereyra J., Frisancho Velarde O. Cáncer de esófago: características epidemiológicas, clínicas y patológicas en el Hospital Rebagliati - Lima. *Rev. gastroenterol. Perú*. 2009;29(2):118-123.
- 5.- Friginal-Ruiz A, González-Castillo S, Lucendo A. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica* 2011;21(3):173-178.
- 6.- Godiris-Petit G, Leyre P, Trésallet C, Ménégaux F. Enterostomías quirúrgicas. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo* 2011; 27(1):1-13.
- 7.- Martín Sánchez V, Muinelo Voces M, Jorquera Plaza F, Molina De La Torre A, De Abajo Olea S, Tamames Gómez S, et al. Tendencia y distribución municipal de la incidencia de cáncer colorrectal en el área de salud de León (1994-2008). *Gastroenterología y Hepatología* 2012; 35(5):299-308.
- 8.- Dos Santos Pereira A, Bernardi Cesarino C, Ismael Martins M, Halena Pinto M, Gomes Netinho J. Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Rev. Latino-Am.Enfermagem*. 2012; 20(1)
- 9.- Dázio E, Sonobe H, Zago M. The meaning of being a man with intestinal stoma due to colorectal cancer: an anthropological approach to masculinities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(5): 664-669.
- 10.- Martínez MJ, Nieto IM, Suárez JM, Cabrera SG, González IL. Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker): estudio de un caso clínico. *Enfuro* 2011(117):5-10.
- 11.- Castiñeiras Fernández J. Libro del Residente de Urología. Asociación Española de Urología. Madrid, 2007: 529-530.
- 12.- Gómez Porcel A , Barberá Ruiz S, Izquierdo Reyes L, Baños Baños C. Estudio retrospectivo para determinar el nivel de calidad de vida de los pacientes urostomizados mediante el uso del cuestionario Stoma-QoL. *Enfuro*. 2011; 119:5-8.

13.- Krouse R, Grant M, Rawl S, Mohler J, Baldwin C, Coons, SJ, et al. Copping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; 66:227-233

14.- Cots Morral I. Valoración al paciente candidato a practicarle una ostomía de eliminación. *Necesidades Virginia Henderson. Biblioteca Lascasas*. 2012; 8(1).

15.- Cots Morral I. Valoración al paciente candidato a practicarle una ostomía de eliminación. *Patrones funcionales. Biblioteca Lascasas*. 2012; 8(1).

16.- Rodríguez Rodríguez MJ, Gómez Enríquez C. ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas? *Evidentia* 2012; 9(37).

17.- Siqués P, Brito J, Jiménez K, Tolorza G, Rojas F, Barrios L. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2004; 54(1): 31-34.

18.- Tal R, Cohen MM, Yossepowitch O, Golan S, Regev S, Zertzer S, et al. An Ileal Conduit—Who Takes Care of the Stoma?. *The Journal of urology*. 2012; 187(5): 1707-1712.

19.- Edwin Coth P. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. *Seminars in oncology nursing*. 2006; 22(3):174-177.

20.- Ribes Melià AB. La sexualidad en pacientes con ostomias digestivas y urinarias. *Rev. Enfermería Integral*. 2011; 95:42.

21.- Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, et al. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. *Biblioteca Lascasas*. 2012; 8(2).

22.- Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M. Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia*. 2008;5(22).

23.- Krouse R, Grant M, Rawl S, Mohler MJ, Baldwin CM, Coons SJ, et al. Copping and acceptance: The greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *Journal of psychosomatic research*. 2009; 66(3):227-233

24.- Jiménez PLQ, Juan CP, Herrero IP, López CP, Fuentes MG, Casaseca CM, et al. A Prospective, Longitudinal, Multicenter, Cohort QOL Evaluation of an Intensive Followup Program for Patients with a Stoma. *Ostomy Wound Manage*. 2010; 56(5):44-52.

25.- Mahjoubi, B., Goodarzi, K. K., & Mohammad-Sadeghi, H. Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. *World journal of surgery*. 2010; 34(1): 147-152.

26.- Rodríguez Rodríguez MJ, Gómez Enríquez C. ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas? *Evidentia* 2012(9(37)).

27.- Martín Muñoz B, Panduro Jiménez R M, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*. 2010; 19(2):115-119.

28.- Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S, et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal stomies. *Clin Nurse Spec*. 2008; 22:30-40

29.- Krouse RS, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu DZJ. Colostomies: evaluation of quality of life outcomes in 599 cancer and non cancer patients. *J Surg Res*. 2007;138:70-78.

30.- Krouse RS, Grant M, Wendel CS, Mohler MJ, Rawl SM, Baldwin CM, et al. A mixedmethods evaluation of health-related quality of life for male veterans with and without intestinal stomas. *Dis Colon Rectum* 2007;50: 2054-66

31.- Álvarez Sánchez AB, Gómez Colmenero MM, Castro Guinea I, López de Viñaspre J, Vázquez Barrenechea Y, Mendigo Díez M, et al. Guía de cuidados en pacientes con urostomía. *Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. Enfuro*.2012;121:25-27.