



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/256.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Intervención enfermera a paciente tras retirada de ileostomía de protección**

Autores **María del Carmen Écija Ramírez, Miguel Ángel García Cuesta, Estrella Gil Uceda, Manuel Guerrero García, Ana Isabel Linde Herrera, María Amor Martín**

Centro/institución Graduado en Enfermería, Universidad de Granada.

Ciudad/país Granada, España

Dirección e-mail mai.ecija.ramirez@gmail.com

RESUMEN

Este caso está centrado en un paciente intervenido por neoplasia de recto, mediante la resección anterior baja de recto y posterior colocación de ileostomía de protección, mantenida durante 6 meses, tras su retirada acude a consulta de enfermería de AP (Atención Primaria) para cierre de estoma y seguimiento del paciente. El papel de enfermería es fundamental en este caso tanto para prestar cuidados como para realizar educación sobre el paciente y así alcanzar, en el mayor grado posible, el restablecimiento de la salud. Todo ello según el modelo de cuidados enfermeros de M.Gordon, utilizando taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification). En este caso, para valoración también se emplea la escala de severidad de incontinencia fecal de Wexner.

Palabras clave: Ileostomía/ Estoma/ Incontinencia fecal/ Tenesmo/ Ejercicios de Kegel/ Desbridamiento enzimático.

ABSTRACT

This case is focused on a patient operated on rectal cancer, through low anterior resection of the rectum and followed by putting protective ileostomy, for six months, when this was removed, the patient went to primary care nursing for stoma healing and patient's follow-up. The nursing role is crucial in this case both to provide care and educate the patient and so, reach, to some extent, the restoring it health. All that based on M. Gordon care model, NANDA taxonomy, NIC and NOC. In this cases, the scale of severity of fecal incontinence was used for assessment too.

Key-words: Ileostomy/ Stoma/ Fecal incontinence/ Tenesmus/ Kegel exercises/ Enzymatic debridement

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En España, el cáncer colorrectal supone la segunda causa de muerte por cáncer en varones, tras el cáncer de próstata, y en mujeres, tras el cáncer de mama. La supervivencia de pacientes con cáncer colorrectal se ha incrementado en España en los últimos años, con cifras actuales similares a las europeas. La media de supervivencia a los 5 años del cáncer colorrectal en los registros españoles es del 52,5% (51,7% a los 5 años para cáncer de recto y de 54,9% a los 5 años para cáncer de colon). El cáncer colorrectal es de los más prevalentes en ambos sexos.

A partir de los avances en las técnicas para la resección rectal y anastomosis, la resección anterior con la preservación de la función del esfínter se ha convertido en el tratamiento de preferencia para los cánceres rectales, excepto para aquellos cánceres muy cercanos al esfínter anal¹.

Entendemos por ileostomía la apertura quirúrgica de la pared abdominal, a través de la cual se saca al exterior un segmento del íleon². Las ileostomías derivativas son ampliamente utilizadas en la cirugía colorrectal para proteger anastomosis bajas. Su diagnóstico de cirugía previa más frecuente es la neoplasia de recto³.

Sin embargo, las ileostomías no están desprovistas de inconvenientes, ya que suponen una disminución de la calidad de vida de los paciente⁴, siendo el cierre del estoma el que puede presentar una mayor morbi-mortalidad⁵.

Ante la retirada de ileostomía es frecuente la aparición de incontinencia fecal, como consecuencia de la interrupción y/o alteración temporal de la función intestinal normal. La incontinencia fecal se define como la insuficiencia del esfínter anal para evitar la expulsión de líquidos, gases o sólidos de la porción terminal del intestino².

Estos escapes en momentos inapropiados o inoportunos originan en las personas que los sufren un deterioro en su calidad de vida tanto desde el punto de vista físico como psicológico, pudiendo llevar todo ello al aislamiento y a la depresión, ya que son tratados por la sociedad como un problema “vergonzante”. La utilización de protectores como pañales, pueden proporcionar seguridad y evitar situaciones vergonzantes.

Para la mejoría o restablecimiento de la continencia fecal existen una serie de medidas efectivas, siendo el papel de enfermería instruir al paciente para llevarlas a cabo en su vida diaria. Algunas de ellas son: medidas dietéticas, como recomendar dieta rica en fibra con el fin de aumentar el volumen de las heces y así aumentar la continencia y medidas higiénicas, como rutina horaria en la defecación⁶. Por otro lado encontramos ejercicios destinados a potenciar la musculatura anal o para mejorar la sensibilidad del recto como el “biofeed-back”, que consiste en colocar una sonda de presión en el ano o un electrodo de detección de la piel, conectados a una pantalla de visualización o sonido para decirle al paciente cuando los músculos anales se están utilizando de forma correcta; y otros destinados a el fortalecimiento de los músculos de la pelvis como los

ejercicios de Kegel, los cuales se llevan a cabo mediante la realización de contracciones y relajaciones de dicha musculatura. Los ejercicios de Kegel requieren un correcto aprendizaje y realización de forma sistémica⁷.

El temor y preocupación que provoca en dicho paciente la incontinencia fecal ha hecho que desarrolle sensación de tenesmo, entendido como contracciones espasmódicas del esfínter anal o vesical acompañada de dolor y deseo persistente de defecar, con esfuerzos involuntarios e improductivos².

Para conseguir el cierre del estoma se siguen indicaciones según evidencia científica recogidas en guías de prácticas clínica del SAS (sistema andaluz de salud) para el cuidado de heridas, considerándola como una cura por segunda intención.

Presentación del caso

Para garantizar el anonimato de la persona entrevistada, se le aplica un pseudónimo que no corresponde con su nombre original (XY), así mismo, por cuestiones éticas, han sido modificadas las situaciones que puedan sugerir la identidad del paciente y/o familiar.

XY, hombre de 61 años, casado y con dos hijas de 18 y 20 años. En abril de 2012 fue diagnosticado de neoplasia de recto, localizada en el recto medio superior a 7 cm del margen anal. Recibe tratamiento preoperatorio con radioterapia externa de ciclo largo concomitante con capecitabina durante dos meses. En agosto del mismo año fue intervenido mediante laparotomía realizando resección anterior baja de recto, escisión mesorrectal completa, y se le colocó ileostomía de protección. El 29 de febrero de 2013 se realiza cierre de la ileostomía de protección. Es tratada en hospital con curas locales y antibiótico-terapia, tras restablecimiento de tránsito intestinal, presentando tendencia a diarrea e incontinencia fecal. Se procede a alta hospitalaria y se indican curas para el cierre del estoma y seguimiento en su Centro de salud.

Fase de valoración

Se realiza valoración del paciente basada en los patrones funcionales de M.Gordon:

-Patrón percepción/control de la salud

Paciente celiaco, con asma extrínseco, SAOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño) en estudio e intervenido de hernia inguinal en 2007. Alérgico a diclofenaco sódico y a latex. Exfumador desde hace 20 años y bebedor escaso.

Padre intervenido de cáncer de colon.

XY es conocedor de su situación y de los procedimientos terapéuticos realizados. Manifiesta encontrarse con molestia general. Su aspecto físico es débil y demacrado.

Tratamiento farmacológico actual: loperamida, 1-2 comprimidos al día en caso de diarrea invalidante.

Toma de constantes:

TA (tensión arterial)SISTÓLICA	120 mmHg
TA (tensión arterial) DIASTÓLICA	70 mmHg
FC (frecuencia cardiaca)	72 latidos/min
GB (glucemia basal)	97 mg/dl
PESO	63.5 Kg
TALLA	1.66 m
IMC (índice de masa corporal)	23

-Patrón nutrición/metabolismo

XY presenta apetito normal. Dieta rica en proteínas (huevo, pescado y carne magra), para favorecer la cicatrización, y en fruta. Pobre en verdura, para evitar los gases, y en comidas grasas y flatulentas, con introducción progresiva desde intervención. Realiza 5 comidas/día y 2litros de líquido/día. Estado nutricional satisfactorio.

Pérdida de integridad tisular y cutánea con riesgo de infección en el cuadrante inferior derecho del abdomen por la retirada de ileostomía de protección (estoma de 4cm de diámetro y 2,5cm de profundidad aproximadamente). Predominio de tejido esfacelado y escaso tejido de granulación. Piel perilesional integra e hidratada con higiene adecuada en general.

-Patrón eliminación

El paciente presenta tendencia a diarrea (ante diarrea invalidante toma loperamida) e incontinencia fecal reversible. XY refiere sensación de tenesmo principalmente nocturno. Uso de absorbentes 24horas/día. Se pasa escala de valoración de severidad de la incontinencia:

Puntuación total: 20 → Incontinencia completa

-Patrón actividad/ejercicio

Ha disminuido su actividad cotidiana por baja laboral. Camina 1h/día aproximadamente.

-Patrón sueño/descanso

Presenta 2-3 interrupciones/día en sueño de 7 horas aproximadamente como consecuencia del tenesmo nocturno y del temor a pérdida de heces por la incontinencia. No tiene problemas para conciliar el sueño ni utiliza fármacos ni ayudas para ello. Hay días en los que se siente cansado. Duerme siesta de 20-30 min.

-Patrón cognitivo/perceptual

Estudios universitarios de arquitectura técnica, dedicado profesionalmente a ello. No mareo, y refiere presentar malestar general y dolor moderado en la zona intervenida, que se relaciona con el acoplamiento de los órganos fundamentalmente.

-Patrón autocontrol/autoconcepto

A XY le preocupan las posibles recidivas del tumor, así como el tener y el restablecimiento de su continencia fecal, y esto le provoca temor y ansiedad. Refiere que su autoestima ha disminuido desde el inicio del proceso, acentuándose este hecho desde la primera intervención hasta el momento.

-Patrón rol/relaciones

XY vive con su mujer y dos hijas, que son su principal fuente de apoyo. Sus relaciones sociales se han visto deterioradas notablemente desde la primera intervención y cierre de ileostomía debido al temor de tener pérdida involuntaria de heces en público generando mal olor y por su incomodidad personal.

-Patrón sexualidad/reproducción

Sin referencia.

-Patrón adaptación/tolerancia al estrés

Participa en todo momento en la toma de decisiones. Comparte sus problemas con su mujer fundamentalmente, la cual le proporciona apoyo para adaptarse a sus problemas y superar sus temores.

-Patrón valores/creencias

Sin relevancia.

Fecha de valoración: 13/05/2013

Plan de cuidados

Se trabaja los siguientes diagnósticos principales: deterioro de integridad cutánea y tisular con su consiguiente riesgo de infección e incontinencia fecal. Se detectan tras valoración diagnósticos secundarios a la situación, como: trastorno del patrón del sueño, deterioro de la interacción social, temor y baja autoestima situacional. En la consulta nos centramos en tratar los diagnósticos principales, ya que con el restablecimiento de los mismos mejorarán los diagnósticos secundarios establecidos. Durante el proceso, se determina un manejo efectivo del régimen terapéutico. Para ello se ha utilizado taxonomía NANDA⁸ (North American Nursing Diagnosis Association), NIC⁹ (Nursing Interventions Classification) y NOC¹⁰ (Nursing Outcomes Classification).

00046-00044. Deterioro de la integridad cutánea y tisular r/c (relacionado con) cierre de ileostomía de protección; m/p (manifestado por) destrucción de las capas de la piel y destrucción de mucosa abdominal. (Tabla 1)

(Tabla 1, Plan de cuidados de Deterioro de la integridad cutánea)

NOC (indicadores)	EVOLUCIÓN DE PUNTUACIÓN			NIC (actividades)
	13/05/13	27/05/13	10/06/13	
<p><i>1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas</i></p> <p>110113. Integridad de la piel</p> <p>110116. Lesiones de la membrana mucosa</p>	1	3	5	<p><i>3590. Vigilancia de la piel</i></p> <p>-Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.</p> <p>-Valorar el estado de la zona de incisión.</p> <p>-Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.</p> <p>-Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.</p>
<p><i>1103. Curación de la herida: por segunda intención</i></p> <p>110301. Granulación</p> <p>110320. Formación de la cicatriz</p> <p>110321. Disminución del tamaño de la herida</p>	2	4	5	<p><i>3660. Cuidados de la herida</i></p> <p>-Limpieza con solución salina normal.</p> <p>-Aplicar un ungüento adecuado a la lesión (enzimas proteolíticas).</p> <p>-Cambiar el apósito.</p> <p>-Enseñar al paciente los procedimientos de cuidado de la herida.</p> <p>-Ayudar al paciente a obtener material.</p> <p>-Comparar y registrar gradualmente cualquier cambio producido en la herida.</p> <p>-Fomentar la ingesta de líquido</p>

				y dieta adecuada (rica en proteínas)
--	--	--	--	--------------------------------------

	1101	1103
1	Gravemente Comprometido	Ninguno
2	Sustancialmente comprometidos	Escaso
3	Moderadamente comprometido	Moderado
4	Levemente comprometido	Sustancial
5	NO comprometido	Extenso

00004. Riesgo de infección r/c deterioro de la integridad cutánea y tisular (estoma).
(Tabla 2)

(Tabla 2, Plan de cuidados de Riesgo de infección)

NOC (indicadores)	EVOLUCIÓN DE PUNTUACIÓN	NIC (actividades)
	MANTENER A	
<i>1924. Control del riesgo: procesos infecciosos</i>		<i>6550. Protección contra las infecciones</i>
192401. Reconoce el riesgo personal de infección	5	-Mantener las normas de asepsia.
192403. Reconoce conductas asociadas a riesgo de infección	5	-Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.

192416. Practica estrategias de control de infección	5	<ul style="list-style-type: none"> -Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. -Enseñar al paciente y a la familia a evitar las infecciones. -Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos. -Fomentar una ingesta de nutriente adecuada. -Fomentar la ingesta de líquidos.
--	---	--

	0500
1	Nunca demostrado
2	Raramente demostrado
3	A veces demostrado
4	Frecuentemente demostrado
5	Siempre demostrado

00014. Incontinencia fecal r/c interrupción/alteración temporal de la función intestinal normal (colocación ileostomía); m/p pérdida involuntaria de heces y sensación de tenesmo. (Tabla 3)

(Tabla 3, Plan de cuidados de Incontinencia fecal)

NOC (indicadores)	EVOLUCIÓN DE PUNTUACIÓN			NIC (actividades)
	13/	27/	10/	
	05/	05/	06/	
	13	13	13	

<p><i>0500. Continencia fecal</i></p> <p>050002.Mantiene el control de la eliminación de las heces</p>	2	3	4	<p><i>0440. Entrenamiento intestinal</i></p> <p>-Enseñar al paciente los principios de la educación intestinal.</p> <p>-Enseñanza individual ejercicios de kegel.</p> <p>-Asegurarse de que se realizan los ejercicios adecuados.</p> <p>-Indicar utilización de absorbentes mientras sea necesario.</p>
--	---	---	---	--

0500	
1	Nunca demostrado
2	Raramente demostrado
3	A veces demostrado
4	Frecuentemente demostrado
5	Siempre demostrado

00198. Trastorno del patrón del sueño r/c tenesmo nocturno m/p 2-3 interrupciones durante el sueño.

00223. Deterioro de la interacción social r/c el temor a una situación embarazosa secundaria al control intestinal deficiente con pérdida de contenido y mal olor; m/p verbalización de incomodidad en situaciones sociales.

00148. Temor r/c posibilidad de recidivas e incontinencia fecal; m/p verbalización.

00120. Baja autoestima situacional r/c alteración en la imagen corporal, deterioro funcional transitorio; m/p expresión sobre que la situación actual desafía su valía personal.

00082. Manejo efectivo del régimen terapéutico r/c implicación e interés del paciente en el proceso de recuperación, cumplimiento de las indicaciones, higiene y dieta adecuada; m/p evolución favorable y rápida (Diagnóstico propuesto el 27/05/2013)

Fase de ejecución y evolución

La ejecución de dicho plan en el caso del diagnóstico deterioro de la integridad cutánea y tisular (tabla 1), se inicia tras la valoración del paciente a fecha de 13/05/2013, en la misma consulta de enfermería.

- Valoramos el estado de la zona, cuadrante inferior derecho del abdomen, la herida presenta 4cm de diámetro y 2,5 cm de profundidad aproximadamente; predominio de tejido esfacelado con escaso tejido de granulación; piel perilesional íntegra y no signo externo de infección (no exudado, no mal olor, no inflamación, no enrojecimiento, no fiebre). Presenta dolor moderado en la zona.

-En primer lugar limpieza de la zona con suero fisiológico, empleando jeringa estéril para realizar un lavado a presión y así conseguir el arrastre de la carga bacteriana presente. No se utiliza ningún tipo de antiséptico.

-Posterior realizamos desbridamiento enzimático mediante la aplicación local de enzimas proteolíticas (ungüento) empleando para ello una jeringa estéril. Posteriormente cubrimos con gasa húmeda, ya que al aumentar el nivel de humedad en la herida se potencia su acción. Fijamos con esparadrapo de papel para evitar reacciones de hipersensibilidad. Nunca empleamos soluciones jabonosas, metales pesados, ni antisépticos pues neutralizan su acción.

Al conseguir, tanto la limpieza como el desbridamiento, minimizar la contaminación, se favorece la cicatrización rápida y favorable, ya que las bacterias y el exudado provocan una cicatrización tórpidas y consecuentemente molestias en la persona.

-Al mismo tiempo se harán recomendaciones al paciente que favorecen la cicatrización como la higiene diaria con jabones de potencial irritante bajo, además de mantener la piel limpia y seca en todo momento. Se indicará también dieta adecuada (completa y rica en proteínas) e hidratación abundante para favorecer la cicatrización.

De forma simultánea se actúa siempre evitando el riesgo de infección (tabla 2), con higiene de manos antes y después del contacto con el paciente, utilización de guantes... En cada consulta se valora la presencia de infección. Instruimos al paciente para evitar la infección.

Consultas de enfermería diaria, excepto fines de semana (indicaciones cura DECU (dispositivo de cuidados críticos y de urgencias)), hasta 27/05/2013, que debido a mejoría, se paso a curas en lunes, miércoles y viernes. Alta en cura el 10/06/2013. En todo momento se ha seguido el mismo método, con evolución favorable y disminución notable de las dimensiones de la herida, siempre se ha mantenido la integridad de la piel perilesional y no ha existido signo externo de infección.

En cuanto a la incontinencia fecal (tabla 3), además de las recomendaciones dietéticas e higiénicas reflejadas en la introducción, la indicación de absorbentes, se realiza el jueves 16/05/2013, una especie de tutorial sobre los ejercicios que XY debe realizar para favorecer el restablecimiento de su continencia fecal, necesitando un correcto aprendizaje y realización de forma sistémica para conseguirlo. Hablamos de los ejercicios de Kegel, ya que presenta como ventaja, con respecto a los de biofeedback, no requerir de ningún tipo de instrumento complementario para su realización. Consiste en lo siguiente:

Inicialmente el paciente tiene que estar tumbado con muslos, abdomen y nalgas relajados para el aprendizaje inicial, posteriormente los ejercicios se pueden realizar sentado, o en bipedestación. Se debe contraer el esfínter anal evitando apretar las nalgas intentando mantenerlo en esta posición durante cinco segundos y relajando a los diez segundos lentamente. No se deben contraer los músculos del abdomen ni las piernas ni aguantar la respiración. Tras haber aprendido correctamente estos ejercicios, el paciente debe realizar diez series diarias en cualquier lugar y posición, dado que son discretos y fácilmente reproducibles; incluso se aconseja asociarlos a actividades de la vida diaria para así realizarlos de forma rutinaria. Cada serie está formada por diez contracciones durante diez segundos y seguidamente relajaciones de forma lenta. Es importante la perseverancia y constancia en la realización de los ejercicios de Kegel sin sobreactuar para evitar el agotamiento de la musculatura, efecto contraproducente⁷.

Para asegurar su seguimiento y correcta realización, en cada consulta pregunto al paciente acerca de ellos y si nota algún efecto.

A fecha 3/06/2013 XY refiere que apenas ha tenido alguna pérdida fecal involuntaria en la última semana y que la sensación de tenesmo ha desaparecido, por lo que ya no precisa de absorbente nocturno. Y como consecuencia su patrón del sueño está restablecido, pues no presenta interrupciones.

El día de alta en consulta de enfermería, 10/06/2013, XY es prácticamente continente, pues los episodios durante esta última semana han sido aislados. Si continúa con las indicaciones su continencia será total en apenas un mes. Su estado anímico y aspecto general ha mejorado notablemente. Tiene mayor grado de vitalidad y el mismo lo verbaliza, y se despide con la siguiente frase: “espero verla en la calle de nuevo”.

Discusión

La continuidad del plan de cuidados elaborado tras la valoración de XY ha resultado adecuada para cubrir las necesidades del paciente y alcanzar con éxito los objetivos planteados.

Al basar nuestras intervenciones en evidencias científicas altas y moderadas según guías de práctica clínica publicadas por el SAS, se consigue un cierre del estoma rápido y sin problemas asociados al mismo.

El hecho de que el paciente vea cómo evoluciona satisfactoriamente en los aspectos físicos, hace que su dimensión psicológica también mejore notablemente. En este caso concreto, los diagnósticos secundarios eran en gran medida debidos a los problemas de incontinencia intestinal, al resolverse este, provoca una pronta mejoría en la autoestima del paciente, disminuye su temor y hace que esté dispuesto a recuperar su actividad social anterior. Del mismo modo desaparece el tenesmo, y hace que XY duerma de forma ininterrumpida, eliminando su cansancio diurno y por consiguiente aumentando su vitalidad.

Aspectos como el nivel cultural elevado y la capacidad y disposición para aprender y llevar a cabo las recomendaciones, denota un factor fundamental que explican lo radical y acelerado del proceso de transformación.

El apoyo familiar ha facilitado la rehabilitación de paciente, que en todo momento se ha encontrado respaldado y arengado por su mujer e hijas.

La evolución será aún más favorable con la incorporación de XY a su puesto laboral, como él mismo manifiesta, pues esto le hará sentirse más útil y le recordará a la situación de normalidad anterior al diagnóstico de neoplasia de recto.

Sin embargo, no se consigue la completa eliminación del temor, ya que el miedo ante la posibilidad de recidivas es algo que posiblemente acompañe al paciente de por vida, siendo el objetivo terapéutico adecuado el afrontamiento de la situación, así como que el temor no impida un estilo de vida normal.

Bibliografía

1. Pachler J, Wille-Jørgensen P. Calidad de vida después de la resección rectal por cáncer con o sin colostomía permanente (Revisión Cochrane traducida).Cochrane Database Syst Rev, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
2. Venes DS. Diccionario enciclopédico taber de ciencias de la salud. 1ª ed. Madrid: DAE; 2008.

3. Courtier R, Parés D, Silva CA, Gil MJ, Pascual M, Alonso S, et al. Clinical results of loop ileostomy closures in rectal cancer surgical patients. Effect of chemotherapy in the waiting period. *Cir Esp* 2010; 88(5):308-13.
4. Thalheimer A, Bueter M, Kortuem M, Thiede A, Meyer D. Morbidity of temporary loop ileostomy in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2009;49(7):1011-7.
5. Wong KS, Remzi FH, Gorgun E, Arrigain S, Church JM, Preen M, et al. Loop ileostomy closure after restorative proctocolectomy: outcome in 1,504 patients. *Dis Colon Rectum* 2008;48(2):243-50.
6. Brown SR, Wadhawan H, Nelson RL. Surgery for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 8;(9):CD001757.
7. Gómez Lanza Esther, Granda Contijoch Mercé, Batista Miranda José Emilio. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: principio y fin de un camino. *Arch. Esp. Urol.* [revista en la Internet]. 2009 Dic; 62(10): 889-895.
8. North American Nursing Association. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2013. Madrid: Ediciones Elsevier; 2012.
9. Bulechek G, Burcher H, Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Morby; 2009.
10. Jonshon M, Mass M, Moorhead S, Swanson E. Clasificación de Resultado de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.