

Informe de caso

Ileostomía en neonato con fibrosis quística

Resumen

Cuando existe algún problema intestinal en el que se precise cirugía, la piel sufre daños y precisa cuidados específicos. El recién nacido está más predispuesto a presentar lesiones, ya que la unión dermoepidérmica es más lábil y tiene menos uniones intercelulares epidérmicas.

Se describe el caso clínico de un paciente neonato postérmino con íleo meconial y sospecha de fibrosis quística (enfermedad autosómica recesiva). En la cirugía se observa tapón meconial muy espeso que requiere resección intestinal de unos 30 cm de intestino delgado y ostomía en cañón de escopeta a unos 20-25 cm de la válvula íleo-cecal, temporal.

En este caso se describen los cuidados de la ileostomía realizada, evolución y Educación para la Salud dirigida a los padres.

PALABRAS CLAVE: ILEOSTOMÍA, NEONATO, FIBROSIS QUÍSTICA.

Introducción

La piel del recién nacido tiene unas diferencias anatómicas y fisiológicas con respecto a la del adulto, las cuales es necesario conocer para establecer unos cuidados apropiados. Las principales diferencias son: es más delgada, tiene menos pelo, falta de desarrollo del estrato córneo, disminución de la cohesión entre la dermis y la epidermis, las uniones intercelulares epidérmicas son más débiles, produce menor cantidad de sudor y de secreción de las glándulas sebáceas y el pH de la piel es neutro.

En el recién nacido pretérmino el estrato córneo es aún más fino que en el a término, y no impide ni el paso del agua a través de la epidermis, ni la absorción de productos tópicos, ni la invasión microbiana.

La permeabilidad epidérmica es mayor cuanto menor es la edad gestacional. En el recién nacido a término la permeabilidad es equivalente a la del adulto; los productos de aplicación tópica pueden alcanzar concentraciones sanguíneas elevadas debido al aumento de la relación entre la superficie cutánea y el peso corporal.

La actividad sebácea interviene en la formación del vérnix caseoso entre el sexto y noveno mes de gestación, y está aumentada por la acción de los andrógenos maternos. Después, desde el nacimiento hasta la pubertad, está en fase de reposo, por lo que la piel del niño tiene tendencia fisiológica a la sequedad.

Siempre se ha dicho que la piel del recién nacido es más susceptible a los irritantes externos.

Este concepto está sometido a controversia y requiere investigación. La absorción percutánea se produce fundamentalmente por dos mecanismos: a través de las células del estrato córneo y de la epidermis (vía transepidérmica) y a través de la vía del folículo piloso-glándula sebácea. Durante muchos años se ha considerado que la piel del neonato es más susceptible a la absorción percutánea de sustancias potencialmente tóxicas. Esto parece que es cierto en el caso del prematuro, pero no en el de la piel indemne (excepto la del escroto) en el recién nacido a término. Como ya se ha señalado

LORENA CRESPO SANTOS: Graduada en Enfermería y Antropología Social y Cultural. Especialista en Enfermería Pediátrica. Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.
B. GONZÁLEZ MILLAS: Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Pediátrica. Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.
E. FERNÁNDEZ SERRANO: Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Pediátrica. Unidad de Neonatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.
Correo e.: lorenacrespo10@hotmail.com

ACCÉSIT

anteriormente, en este sentido puede tener más trascendencia la mayor relación entre la superficie cutánea y el volumen corporal que ocurre en el periodo neonatal, en relación con épocas posteriores de la vida, y que podría jugar un papel en que se alcancen mayores concentraciones de sustancias potencialmente tóxicas aplicadas en la piel en el recién nacido.

El recién nacido está más predispuesto a presentar lesiones ampollas traumáticas, ya que la unión dermoepidérmica es más lábil y tiene menos uniones intercelulares epidérmicas.

En el cuidado de la piel son aspectos importantes la integridad de la piel, la higiene (con especial atención al cuidado del ombligo y el área del pañal), el control de la temperatura y el uso adecuado de antisépticos y emolientes [1].

Cuando existe algún problema intestinal en el que se precise cirugía, la piel sufre daños y precisa cuidados específicos.

Fibrosis quística

En cuanto a la fibrosis quística (FQ),

es una enfermedad autosómica recesiva que afecta preferentemente a la población de origen caucásico. Su incidencia varía de 1 entre 3000 a 1 entre 8000 nacidos vivos.

Está causada por la mutación en un gen que codifica una proteína reguladora de la conductancia transmembrana: el cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR, regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística).

Manifestaciones clínicas

La FQ se manifiesta en su forma clásica y más habitual por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia pancreática exocrina (IP), elevación de cloro en sudor e infertilidad en varones por azoospermia obstructiva. Presentaciones menos frecuentes incluyen pacientes con insuficiencia pancreática (SP), que suponen aproximadamente el 15 % de los pacientes diagnosticados, y algunos casos raros con niveles normales de electrolitos en sudor y con afectación pulmonar leve. El fenotipo FQ incluye complicaciones frecuentes como el íleo meconial, que está presente en cerca del 10-20 % de los pacientes al nacimiento, el síndrome de obstrucción intestinal distal, la pancreatitis, la enfermedad hepática asociada, la diabetes y la poliposis nasal, entre otras.

Las características específicas del cuadro clínico dependen, además del genotipo, del tiempo de evolución. Existe una gran variación en relación con la edad de inicio y el ritmo individual de progresión de la enfermedad. Esta suele manifestarse en los primeros meses de vida con problemas respiratorios asociados a manifestaciones digestivas como diarrea crónica y retraso del desarrollo.

A lo largo de la vida aparecen otros signos y síntomas que configuran la historia natural de la enfermedad. En el periodo neonatal puede existir retraso en la evacuación del meconio, ictericia prolongada o anemia, hipoproteinemia y edemas.

En el lactante, las alteraciones respiratorias pueden ser la primera manifestación, con tos, broncoespasmo o bronconeumonías de repetición. Algunos niños pueden tener atrapamiento de aire con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, no siendo raro que sean diagnosticados de asma. En este periodo suelen aparecer los primeros síntomas de insuficiencia pancreática con presencia de heces voluminosas, brillantes, adherentes y de olor fétido. Los niños dejan de ganar peso, aunque con frecuencia tienen un apetito conservado o incluso aumentado, crecen más lentamente y tienen una moderada distensión abdominal [8].

Presentación del caso

La paciente nació el 11/04/2016 en el hospital de origen. En el momento del nacimiento se registraron las siguientes medidas antropométricas:

- Peso recién nacido (RN): 2904 g (p10-25).
- Longitud RN: 49 cm (p25).
- Perímetro cefálico RN: 33 cm (p3) microcefalia.

Es un recién nacido postérmino (RNT) de 41+4 SG, mujer, con padres de origen rumano.

Ingresa en Cuidados Intensivos Neonatales (CIN) de nuestro hospital a los dos días de nacimiento, trasladada por sospecha de obstrucción intestinal más tarde confirmada, íleo meconial.

Durante su estancia en Maternidad durante las primeras 30 horas de vida presenta vómitos abundantes tras casi todas las tomas, de contenido claro, no bilioso, llamando la atención durante la primera exploración física a las 20 horas de vida un abdomen distendido, con asas marcadas, principalmen-

te en hemiabdomen superior (un asa horizontal), levemente depresible y con impresión de molestias a la palpación. Ante la exploración física y ausencia de expulsión de meconio se realiza una radiografía de abdomen a las 14 y 30 horas de vida, observándose en ambas una ausencia de aire distal con distensión de asas proximales, todo ello sugerente de cuadro de obstrucción intestinal, por lo que se le ingresa en CIN en su hospital de origen.

A su ingreso allí se le coloca una sonda nasogástrica abierta a bolsa, recogiendo restos gástricos poco abundantes y mucosos, no biliosos, sin nuevos episodios de vómitos. Se mantiene a dieta absoluta, canalizando una vía venosa periférica para iniciar sueroterapia y se recogieron muestras para hemocultivo y analítica. Se realizan dos estímulos rectales con sonda y se administran dos microenemas de 1.5 ml de SSF, con salida de escaso contenido mucoso y alguna hebra de sangre, que parece consecuencia del estímulo. Se inicia antibioterapia intravenosa con ampicilina y gentamicina.

A las 40 horas de vida se realiza una ecografía abdominal con visualización de importante dilatación de asas intestinales con pared intestinal engrosada, y se repite la radiografía abdominal donde se observa neumatosis intestinal. Ante los hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, se decide el traslado al hospital de referencia.

A su llegada se mantiene mismo tratamiento añadiendo metronidazol y se repite radiografía simple que muestra las mismas imágenes de vidrio deslustrado con dilatación importante de asas y ausencia de aire distal. Se realiza enema opaco que muestra microcolon por desuso, por lo que sugiere obstrucción a nivel de intestino delgado de probable causa tapón meconial.

Se decide laparotomía exploratoria el día 14/04/16. Se observa tapón meconial muy espeso que requiere resección intestinal de unos

30 cm de intestino delgado y ostromía en cañón de escopeta a unos 20-25 cm de válvula ileo-cecal. Apendicectomía. Se recogen muestras para descartar fibrosis quística.

La evolución tras la cirugía es favorable.

Ostomía funcionante y con buen estado.

Se suspende metronidazol el segundo día posquirúrgico. Se mantiene anti-bioterapia con ampicilina y gentamicina. Por aumento de PCR, se decide cambiar de antibióticos a vancomicina y amikacina. Control del dolor con analgésicos intravenosos efectivos.

El resultado del hemocultivo es estéril.

Se inicia nutrición parenteral poscirugía que se mantiene hasta 3 semanas previo al alta.

Inicia NE trófica a los 7 días de vida. Bien tolerada y aumentando aportes progresivamente, ya que las heces eran demasiado líquidas y no absorbía demasiado alimento por el intestino.

Tras 37 días ingresada, se retira definitivamente NPT y se dejan solo los aportes enterales con buena absorción y tolerancia y con buena ganancia de peso ponderal. Se mantiene tratamiento de antieméticos, ranitidina y loperamida.

El día 17/04/16 ingresa en Cuidados Intermedios (Vigilancia Intensiva Neonatal VIN).

El día 20/04/16 avisan de Hospital Gregorio Marañón en relación con las pruebas metabólicas que confirman la compatibilidad con fibrosis quística, que se reconfirma con la biopsia.

El estoma comienza a ser funcionante a las 12 h tras la cirugía. Emite restos de deposición desde la misma cirugía. Estoma bien perfundido, mucosa de color rojo y piel periestomal íntegra.

A los 4-5 días poscirugía aparece dehiscencia de las suturas superiores del estoma y problemas de pérdida de integridad de la piel de la zona periestomal, resueltos satisfactoriamente hacia los 10 días poscirugía.

26/05/16 (45 días de vida). La ileostomía realizada es temporal [6]. Se espera que la niña gane peso para realizar nueva intervención quirúrgica con la finalidad de cerrar la ileostomía.

La niña se irá a casa de alta hasta que gane el peso necesario para la cirugía. Por lo tanto, los padres deberán participar de los cuidados de la ileostomía y aprender a detectar y resolver posibles complicaciones [7] (figs. 1-3).

Objetivos

1. Mantener la integridad de la piel periestomal y del estoma.
2. Educación para la Salud (EpS): ayudar a los padres para que adquieran los conocimientos, destrezas y habilidades necesarios para los cuidados de la ileostomía.

Metodología

Material

Los dispositivos y accesorios que hemos utilizado en este caso clínico han sido los siguientes [9]:

- Dispositivo Easiflex® Confort Bolsas pediátricas abiertas de 2 piezas.
- Adhesivo Alterna® Confort Swiss Roll extraflexible.
- Brava® Spray Barrera Cutánea 50 ml.
- Brava® Spray para eliminar adhesivos-50 ml.
- Brava® Placas Autoadhesivas.
- Brava® Resina Moldeable en tiras y Brava® Anillo Moldeable.
- Brava® Polvos de Ostomía.
- Suero salino fisiológico 0.9 %.
- Gasa.

Método

Valoración continua del estoma

Se realizaron fotografías, con el consentimiento de los padres, en diferentes momentos del ingreso para valorar la evolución del estoma y de la piel periestomal.

Cuidados de ileostomía [1]

Tras la intervención quirúrgica de la ileostomía, se valoró el aspecto del estoma cuando se hacía el cambio de pañal.

Se realizó una higiene de la piel con agua y jabón si coincidía con el momento del baño del paciente, sin friccionar ni durante el lavado ni durante el secado, y, si el cambio de



Figura 1. 22/04/16



Figura 2. 24/04/16



Figura 3. 09/05/16

dispositivo se realizó en otro momento, se lavó el estoma con suero salino fisiológico 0.9 % y se secó con gasas, sin friccionar. Nunca se utilizaron anti-sépticos ni productos desinfectantes.

Retirada del dispositivo

- Se hizo de arriba hacia abajo, con suavidad y delicadeza, para no dañar la piel periestomal.
- En la retirada del dispositivo se utilizó Brava® Spray para eliminar adhesivos-50 ml, que está indicado para la retirada fácil de restos de adhesivos. Al tener la base en silicona, limpia la piel de forma excepcional, actuando rápidamente y sin dejar restos de los adhesivos. Además, al no contener alcohol, no escuece y es ideal para los neonatos. Este spray se utilizó en la retirada de

cada dispositivo, ya que, al aplicarlo, se evitan traumatismos mecánicos, disminuye el riesgo de pérdida de la integridad de la piel y la piel periestomal se mantiene íntegra y sana.

Colocación de la placa

Con anterioridad a la colocación de la placa, se aplicó en la piel el protector Brava® Spray Barrera Cutánea-50 ml:

- Indicado para la protección extra de la piel de efluentes y adhesivos.
- Este aerosol actúa como barrera cutánea, al crear una fina capa de película protectora sobre la piel, que preserva la zona periestomal de los fluidos corporales (heces, orina, exudados de heridas...) y de los productos adhesivos (apósitos, bolsas de ostomías...).
- Dado que los neonatos poseen unas características especiales de la piel, pues es más frágil y con mayor riesgo de que aparezcan complicaciones (pérdida de integridad, irritación, quemaduras, etc.), es esencial proporcionar una protección extra para mantener una piel sana.
- Es altamente recomendado su uso en ostomía, ya que efectúa una protección extra de la piel. En el caso de ostomía, se recomienda su empleo antes de aplicar cada bolsa nueva, ya que crea una fina película protectora que se seca rápidamente y resguarda la piel ante posibles fugas de efluente.
- Con este aerosol protector se evita la irritación de la piel periestomal y se protege a la piel contra el trauma adhesivo causado por la aplicación repetida de productos adhesivos.

Durante los primeros días, 4-5 poscirugía, hay una pequeña dehiscencia de las suturas superiores del estoma con pequeñas ulceraciones alrededor de este. Para igualar la piel y poder fijar bien los dispositivos y que no se despeguen con tanta facilidad, dado las características de las heces, lo que hacemos es poner resina alrededor del estoma, después la placa autoadhesiva y después el dispositivo colector de dos piezas.

- Para poner la resina es necesario calentarla en las manos mientras la moldeamos y humedecer los dedos ligeramente para adaptarla a la piel del pequeño paciente y que no se quede pegada en nuestros dedos. Para cubrir desniveles y evitar que las heces tan líquidas de la ileostomía dañen la piel, se puede poner la placa por encima y sobre esta la bolsa colectora con el disco.
- Para la colocación de la placa autoadhesiva se recortó un tamaño adecuado para la niña y se hizo un pequeño agujero que quedase ajustado al estoma «como anillo al dedo». Con anterioridad a su pegado se calentó la placa con las manos para que se fijase mejor.
- La colocación del dispositivo se realizó de abajo hacia arriba, tras haber aplicado calor con las manos, para que la fijación de la resina fuese más efectiva. Una vez pegado el dispositivo, presionamos con suavidad la zona del disco teniendo cuidado de no dejar ningún hueco por donde se pudiesen filtrar las heces.

Recorte del dispositivo

El recorte del dispositivo se hizo siempre adecuando el orificio del disco al diámetro del estoma.

Se cambió el dispositivo siempre que se detectó una pequeña fuga de heces, para evitar que estas estuviesen un tiempo prolongado en contacto con la piel de nuestra paciente.

Dado el problema de la dehiscencia de las suturas, hubo 7-10 días después de aparecer en los que el dispositivo se despegaba con mucha facilidad, por lo que se llegó a cambiarlo cada 2 horas y se convirtió en un estoma exudativo y ulcerado. Tras los lavados y secados a toques con SSF, se aplicaron polvos secantes y después la resina para moldear la zona y dejarla lisa para que el dispositivo quedara bien pegado y para cuidar la piel periestomal y protegerla. Además, se puso la placa autoadhesiva, con lo que conseguimos al cabo de unos días que cicatrizara la zona y se igualara la piel. Se dejaron de utilizar los polvos secantes y las resinas y un poco después también las placas autoadhesivas para dejar únicamente el dispositivo de dos piezas.

Intervención de Educación para la Salud dirigida a los padres: cuidados de ileostomía

Se explicaron a los padres los pasos que debían seguir en el cuidado de una ileostomía.

El equipo de enfermería realizó los cuidados del estoma en presencia de los padres en numerosas ocasiones.

Se resolvieron las dudas de los padres.

Evaluación de los conocimientos de los padres: test pre-post

Se evaluaron los conocimientos de los padres mediante un test pre-post, y el equipo enfermero quedó satisfecho en el resultado final con los conocimientos adquiridos por los padres y la Educación para la Salud que se les hizo.

Evaluación de las destrezas y habilidades de los padres

La evaluación de destrezas y habilidades se realizó mediante observación de los padres en diferentes momentos del ingreso, mientras realizaban los cuidados del estoma.

Se hicieron varias observaciones que valoraban a los padres a la hora de enfrentarse ellos solos a los cuidados del estoma.

Se fueron resolviendo dudas y corrigiendo errores en tanto los padres realizaban los cuidados.

Se grabó un vídeo, con el consentimiento de los padres.

Confidencialidad de los datos

En todo momento se ha respetado la confidencialidad de los datos recogidos y la intimidad de la paciente.

Se informó a los padres antes de la intervención y recogida de datos, y ellos dieron su consentimiento para participar en el caso.

Resultados

Evolución del estoma:

- Complicación: dehiscencia de la herida quirúrgica y sangrado de la zona periestomal.
- Piel periestomal íntegra al final del ingreso del niño.

Los cuidados de la ileostomía efectuados han sido efectivos y eficientes.

Los dispositivos y accesorios utilizados durante los cuidados de la ileostomía han sido los adecuados para este caso, por lo que se ha mantenido la integridad de la piel durante el ingreso de la niña.

Los conocimientos, destrezas y habilidades adquiridos por los padres son suficientes.

Los padres explican que ha aumentado su autoestima y confianza.

La intervención del equipo de enfermería de la unidad se ha efectuado satisfactoriamente.

Conclusiones

Cuidados de ileostomía realizados correctamente.

Los padres consideran que:

- Han aumentado sus conocimientos, destrezas y habilidades.
- Serán capaces de proporcionar cuidados de la ileostomía de calidad cuando estén en casa.
- Ha aumentado su autoestima y confianza.
- Se han aclarado todas las dudas que tenían respecto al cuidado de ileostomía, manejo de dispositivos y utilidad de los accesorios para ostomías.

En cuanto a los dispositivos y accesorios utilizados en el cuidado de la ileostomía:

Dispositivo Easiflex® Confort Bolsas pediátricas abiertas de dos piezas. Adhesivo Swiss Roll Extra Flexible

Los discos son pequeños y flexibles y se adaptan al abdomen del prematuro.

En algunas ocasiones también permiten recortar alguna parte del disco para adaptarlo a prematuros de pequeño tamaño y que no roce con piernas, zona inguinal o genitales.

Al ser de dos piezas, permite cambiar la bolsa o vaciarla cuando sea necesario, sin necesidad de despegar el dispositivo de la piel, con lo que se evita la erosión e irritación de la piel periestomal.

Brava® Spray para eliminar adhesivos-50 ml

Al aplicar el spray para eliminar adhesivos se evitan traumatismos mecánicos que pueden afectar a la integridad de la piel.

Se consigue limpiar de forma rápida y fácil la piel periestomal, eliminando los restos de productos adhesivos y manteniendo la piel íntegra y sana.

Brava® Placas Autoadhesivas

Son muy finas y se adaptan muy bien. El pequeño tamaño de nuestros pacientes exige que sea posible cortarlas y darles la forma deseada, a fin de «esquivar» piernas o genitales.

Su colocación bien adaptada al estoma permite la cicatrización de la piel ulcerada y que se cierren las heridas causadas por la sutura abierta.

Al ser un hidrocoloide, absorbe el exudado, cicatriza la piel afectada y evita que se despegue con tanta facilidad el dispositivo de dos piezas.

Brava® Resina Moldeable en tiras y Brava® Anillo Moldeable

En este caso hemos utilizado la resina en barrita moldeable, fácil de manipular y de la cual se puede disponer poca cantidad, la necesaria para cubrir las zonas hundidas por las heridas y úlceras de la dehiscencia en los momentos concretos en la que la hemos necesitado.

Se adhiere muy bien a la piel.

En este caso, después de lavar y secar bien el estoma, hemos puesto una capa muy ligera de polvos y eliminado el sobrante. Posteriormente, hemos aplicado la barrita de resina cubriendo bien los huecos y poniendo una placa adhesiva, ajustándola a nuestras necesidades para poder colocar finalmente el dispositivo de dos piezas.

Con todo esto, conseguimos evitar cambiar todo cada dos horas y que aguante 24 horas, lo que facilita la cicatrización. En los últimos días de su estancia hospitalaria se usó directamente el dispositivo de dos piezas, que funcionó muy bien, y se permitió que los padres aprendieran a curar el estoma ante cualquier adversidad de la piel, cosa que realizaron con éxito.

Brava® Spray Barrera Cutánea-50 ml

Con la película protectora que proporciona este aerosol se ha conseguido evitar la irritación y erosión de la piel causadas por la pérdida de débito de la ileostomía.

Brava® Polvos de Ostomía

Cuando hay un exceso de exudado por úlceras, pérdida de la integridad cutánea o dehiscencias, como en este caso, los polvos de ostomía dejan la piel seca después de limpiarla adecuadamente, por lo que, al colocar después la placa si es necesaria, o el disco directamente, los polvos favorecen que se adhieran mejor.

Bibliografía

- [1] Aeped, Asociación española de pediatría. [Internet]. [Consultado 8 Jun 2016]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf
- [2] Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares [Internet]. Coloplast [Consultado 10 Abr 2016]. Disponible en: http://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf
- [3] Pereira N, Benavides J, Rostión CG. Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión de la literatura abdominal. *Ostomies in pediatrics: A review of the literature*. Carolina Espinoza. G. Rev. Ped. Elec. [Internet]. 2008 [Consultado 10 Abr 2016]; 5(3): 38-48. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/7_OSTOMIAS.pdf
- [4] Hospital Universitario Cruces [Internet]. [Consultado 10 Abr 2016]. Disponible en: http://www.hospitalcruces.com/ostomizadosAtenIleostomia.asp?lng=es; http://www.hospitalcruces.com/documentos/ccyop/Atenci%C3%B3n_al_ni%C3%B1o_ostomizado_2_Colostomia_Ileostomia_es.pdf
- [5] Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales [Internet]. [Consultado 10 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>
- [6] Beder OE, Stevenson JK. A stomal appliance for provisional ileostomy in neonates of low weight at birth who require temporary ileostomy. *Am J Surg*. 1976; 131(5): 643-4.
- [7] Garvin G. Caring for children with ostomies. *Nurs Clin North Am*. 1994; 29(4): 645-54.
- [8] Aeped [Internet]. [Consultado 8 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10-FQ.pdf>
- [9] Coloplast [Internet]. [Consultado 8 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.coloplast.es/products-end-user/ostomy-care/>