

# WCET Journal

This article is taken from  
Volume 36 Number 1 January/March 2016

Official Journal of  The World Council of Enterostomal Therapists

## Intervención enfermera: Marcaje del estoma

*Jose Luis Cobos Serrano, Elena García Manzanares,  
Sagrario Leonor Rodríguez, Milagros Martín Fernández  
& María Isabel Prados Herrero*



a world of expert professional nursing care for  
people with ostomy, wound or continence needs



# Intervención enfermera: Marcaje del estoma



## Jose Luis Cobos Serrano\*

PhD, MSN, RN, Expert in Ostomy Care  
Consejo General de Enfermería de España, C/ Fuente del Rey, 2  
28023 Madrid, Spain  
Email:  
jl.cobos@consejogeneralenfermeria.org



## Elena García Manzanares

MSN, RN, Expert in Ostomy Care  
Hospital Universitario 12 de Octubre  
Madrid, Spain



## Sagrario Leonor Rodríguez

PhD candidate, MSN, RN  
Hospital Central de la Defensa  
"Gómez Ulla", Madrid, Spain



## Milagros Martín Fernández

MSM, RN, Expert in Ostomy Care.  
Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, Spain



## María Isabel Prados Herrero

MSM, RN, Expert in Ostomy Care  
Hospital de Fuenlabrada  
Madrid, Spain

\*Corresponding author

## RESUMEN

**Introducción y Objetivo:** El número de pacientes ostomizados ha aumentado en España durante los últimos años, sobre todo debido a la realización cada vez más frecuente de ostomías temporales para la protección de las suturas intestinales evitándose así las dehiscencias de suturas. Se estima que en la actualidad existen 70.000 ostomizados en España lo que corresponde a 3 casos por 1.000 adultos. Estos pacientes deben recibir cuidado especializado que debería empezar en el preoperatorio con la valoración enfermera y el marcaje del futuro estoma.

El marcaje preoperatorio evitará malas ubicaciones del estoma y futuras complicaciones contribuyendo a una mayor calidad de vida. No obstante la técnica la deben realizar de manera correcta enfermeras expertas.

Hasta la fecha ninguna taxonomía enfermera ofrece una descripción protocolizada sobre cómo realizar adecuadamente el marcaje del estoma. Este estudio de investigación tiene por objetivo el describir el procedimiento operativo estandarizado para el marcaje del estoma que se define como "intervención enfermera".

### Metodología:

El estudio se llevó a cabo en cuatro fases:

1. Creación de un grupo de trabajo de enfermeras expertas: consistió en un coordinador y 57 enfermeras pertenecientes al Coloplast Ostomy Forum (COF). Primero acordaron el nombre de la intervención, su definición y las actividades que incluía.
2. Revisión bibliográfica: Se realizó una búsqueda través de bases de datos sanitarias para localizar la mayor evidencia disponible y sentar las bases de la intervención enfermera. Se seleccionaron 25 artículos.
3. Consulta Delphi: Se realizaron dos rondas para alcanzar el consenso definitivo (acuerdo por encima del 70%).
4. Validación clínica: las actividades acordadas se validaron en la práctica clínica en 226 pacientes.

**Resultados y conclusiones:** El resultado de nuestra investigación es una nueva intervención enfermera denominada "Marcaje del estoma" que incorpora una definición y un total de 21 actividades.

La principal conclusión de nuestro estudio es la estandarización de una nueva intervención enfermera que ya ha recibido la certificación del Consejo General de Enfermería de España y que forma parte ya del ejercicio profesional enfermero con todas las garantías ya que las actividades derivadas se incluyen en el seguro de protección civil que cubre a todas las enfermeras colegiadas en España.

Esperamos que este estándar en el cuidado se aplique en todos los países con el fin de asegurar que todos los pacientes ostomizados sean marcados antes de entrar en el quirófano.



## INTRODUCCIÓN

Los estomas de eliminación, tanto digestivos como urinarios, son necesarios en el tratamiento quirúrgico de determinadas enfermedades como el cáncer colorectal (se realizan en un 36% de los mismos), enfermedades inflamatorias intestinales (15%), poliposis familiar hereditaria, obstrucción intestinal, diverticulitis (11%), traumatismos ano-rectales, fístulas, cáncer de vejiga (12%) o neoplasias de órganos adyacentes (cáncer ginecológico)<sup>1</sup>.

En niños las causas pueden ser anomalías congénitas, enterocolitis necrotizante o enfermedad de Hirschsprung entre otras<sup>2</sup>. Según la Sociedad Española de Oncología Médica, entre los tipos de cáncer más frecuentes en España, el cáncer colorectal ocupa el segundo lugar en mujeres y el tercer puesto en hombres seguido en cuarto lugar por el de vejiga<sup>3</sup>. La ostomía es una solución eficaz en el tratamiento de este tipo de patologías pero supone una secuela que produce un gran impacto en la vida del paciente. Afecta a la pérdida de la continencia, a la autoimagen y a la capacidad para relacionarse con otras personas<sup>4</sup>.

Podemos diferenciar tres tipos de ostomías de eliminación:

- Ileostomía: apertura del intestino delgado al exterior.
- Colostomía: apertura del intestino grueso al exterior.
- Urostomía: apertura de los uréteres al intestino o a la superficie cutánea.

Los estomas permanentes siguen siendo necesarios en ciertos casos como cuando hay que extirpar la vejiga o realizar una amputación abdomino-perineal (APA que se realiza en el 20-25% de los casos de resección de cáncer de recto)<sup>5-7</sup>.

Los estomas temporales se realizan cada vez con más frecuencia. Se construyen para exteriorizar el efluente como solución provisional a un problema o bien para proteger las suturas intestinales y evitar las serias consecuencias de una posible dehiscencia (en el 75-80% de los casos de las resecciones anteriores de recto con preservación de esfínteres)<sup>8</sup>. En estos casos existe la posibilidad de reconstruir el tránsito intestinal. El tiempo de duración de los estomas temporales varía según la patología, la evolución, la necesidad de tratamiento coadyuvante o el propio paciente, pudiéndose cerrar incluso de forma precoz en el mismo ingreso hospitalario.<sup>9,10</sup> Según un estudio multicéntrico realizado en el 2001, había en España entre 35,000-38,000 personas ostomizadas. Actualmente este número ha aumentado ya que se están realizando más estomas temporales de protección. Comparando algunas estadísticas se llega a la conclusión de que un 1,5 por mil de la población española convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de unas 70.000 personas. Por lo tanto, la incidencia de la ostomía correspondería a más de un 3 por mil de la población adulta española. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre 2 y el 4 por mil de los adultos<sup>11</sup>. En definitiva, nos encontramos ante un gran número de pacientes que requieren de una atención especializada que debería empezar antes de la cirugía con la valoración enfermera, la educación sanitaria y el marcaje del estoma.

## JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Un paciente que va a ser sometido a una cirugía para la instauración de un estoma, debe recibir unos cuidados de enfermería en los que se incluya:

- Valoración enfermera.
- Planificación de los cuidados.
- Marcaje del estoma.

Hasta el momento, para la aplicación del proceso enfermero, contábamos con herramientas e instrumentos para la mayoría de lo contemplado anteriormente. Sin embargo, ninguna clasificación de lenguaje enfermero ha incorporado de forma reglada cómo realizar adecuadamente un marcaje del estoma. Por este motivo, durante 3 años, el grupo de investigación COF (Coloplast Ostomy Forum), gracias a un acuerdo de colaboración entre el Consejo General de Enfermería de España y la empresa Coloplast Productos Médicos S.A., puso en marcha un proyecto de investigación con el fin de describir una nueva intervención enfermera denominada "Marcaje del estoma". El principal objetivo del "Marcaje del estoma" es localizar y ubicar la posición ideal para el futuro estoma, asegurando una buena adaptación del dispositivo colector lo que evitará futuras complicaciones.

En la práctica clínica habitual la enfermera experta en ostomía es la que realiza la valoración prequirúrgica del paciente y el marcaje del estoma. La realización de esta técnica se incorporó en la práctica profesional enfermera desde que en algunos países como EEUU se creó la figura de la estomaterapeuta como enfermera experta para el cuidado de los pacientes ostomizados en el año 1959<sup>12</sup>. El 14 de junio de 2013, la junta estatal de Enfermería de Mississippi, a través del Comité de Práctica Enfermera, determinó que el marcaje del estoma estaba dentro del alcance de la práctica enfermera estomaterapeuta siempre que se cumplieran las siguientes condiciones<sup>13</sup>:

1. La enfermera está formada y es competente para realizar el procedimiento.
2. La enfermera debe estar certificada como estomaterapeuta. Además se refleja la necesidad de mantener la competencia a lo largo de la vida a través de procesos de re-certificación.
3. La práctica profesional para realizar el procedimiento debe adecuarse a los correspondientes estándares.
4. Disponer de los recursos necesarios para realizar un correcto procedimiento de marcaje del estoma.

Así, las enfermeras estomaterapeutas se involucran en la valoración del paciente desde el preoperatorio. Esta valoración incluye la evaluación de la morfología corporal, nivel de actividad, tipo de procedimiento quirúrgico a realizar, edad, visión, destreza manual y toda la información sobre los hábitos del paciente. Esta valoración se realiza con la intención de garantizar, en lo posible, que el equipo quirúrgico cuente con una guía para la mejor ubicación del estoma en cada paciente. En consecuencia se hacía necesario el presente estudio de investigación con el fin de describir el procedimiento operativo descrito como "intervención enfermera".

Palabras clave (o combinación de palabras)	Nombre de la base de datos	Límites utilizados (si procede)	Nº de artículos (resultado de búsqueda en la base de datos)	Nº de artículos preseleccionados (por el nombre...)	Artículos finalmente seleccionados para justificar en la intervención

Figura 1. Plantilla para búsqueda bibliográfica.

## METODOLOGÍA

El trabajo se desarrolló en cuatro fases:

### 1. Creación de un grupo de enfermeras expertas

Para llevar a cabo el estudio de investigación se configuró un grupo de trabajo formado por estomaterapéutas españolas (Grupo COF). Asimismo se contó con el asesoramiento técnico de enfermeros expertos en investigación. Así pues el panel de expertos estaba conformado por un coordinador y 57 expertos. El perfil de los expertos fue el de enfermeras/os expertos en el cuidado del paciente ostomizado. El grupo de expertos, como grupo de discusión, realizó un análisis individual y en grupos para dar forma a la nueva intervención enfermera. Se unificaron criterios en cuanto a la denominación de la intervención, la definición y las actividades que incluiría.

### 2. Revisión bibliográfica

En segundo lugar se llevó a cabo una revisión bibliográfica a fin de localizar la evidencia científica y los trabajos publicados que pudieran conformar la base de la nueva intervención. Para unificar y agilizar la recogida de datos, se elaboró un documento – plantilla en el que se incorporaban las estrategias de búsqueda (informe de búsqueda) y las justificaciones bibliográficas (Figura 1). Dentro del grupo de expertos se crearon 2 equipos que realizaron la búsqueda bibliográfica durante un periodo de 6 meses.

Figura 2. Ejemplo de preguntas de la consulta Delphi.

### 3. Conocer la orientación cultural y religiosa del paciente.

¿Considera necesaria esta actividad?

TA	A	I	D	TD
1	2	3	4	5

Escala: TA: Totalmente de acuerdo, A: Acuerdo, I: Indiferente, D: Desacuerdo, TD: Totalmente desacuerdo

¿Está de acuerdo con la redacción de la actividad?

TA	A	I	D	TD
1	2	3	4	5

Proponga otra redacción si lo considera oportuno

Las bases de datos consultadas fueron Cuiden, PubMed-Medline, ENFISPO, Cochrane, Embase, Cuidatge, Index enfermería, Lilacs, Cancerlit y Cinahl. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron: (en inglés y español) “ubicación”, “demarkación”, “localización”, “marcaje”, “piel”, “estoma”, “stoma site”, “ostomy”, “stoma care”, “religious”, “nursing care”, “stoma marking”, “colorectal surgery”, “quality of life”, “cuidados enfermería”, “intimidación”, “religión”, “paciente”, “ostomía”. Como operadores booleanos se utilizaron “y”, “o”, “no”, “and”, “or” y “not”. La selección de los documentos/artículos se realizó en base a criterios que justificaban con evidencia científica la incorporación de una actividad.

### 3. Consulta Delphi

Con el objetivo de concretar la denominación y/o el contenido de cada una de las partes de la intervención (nombre, definición y conjunto de actividades), se realizó una consulta al grupo de trabajo utilizando la técnica Delphi. Para obtener las opiniones de los expertos utilizamos escalas tipo Likert de cinco puntos<sup>14,15</sup>: totalmente de acuerdo (TA), acuerdo (A), indiferente (I), desacuerdo (D), totalmente en desacuerdo (TD). Se les preguntaba si consideraban necesaria la actividad y si estaban de acuerdo en la redacción de la misma. Por último se les ofrecía la posibilidad de incluir aspectos no contemplados hasta el momento (Figura 2).

Las respuestas de los expertos se procesaron agregando puntuaciones de la siguiente forma: TA+A, I, D+TD (Figura 3).

Aquellas respuestas de los expertos que no alcanzaron más del 70% de consenso positivo en estar de acuerdo (TA+A), fueron nuevamente replanteadas en una segunda vuelta, junto a las nuevas propuestas que sugirieron los miembros del grupo. Tras el análisis de los resultados, quedaron propuestos el nombre, definición, y conjunto de actividades que compondrían la nueva intervención enfermera para ser validadas empíricamente (práctica clínica). La duración de esta consulta Delphi fue de nueve meses.

### 4. Proceso de validación clínica

Esta etapa del proceso se diseñó para realizar la validación clínica de las actividades propuestas en la intervención, tras la consulta Delphi. Para ello, cada miembro del grupo cumplimentaba un registro para cada paciente al que se le realizaba el marcaje del futuro estoma. Se utilizó como herramienta un documento–plantilla con una lista de

comprobación (check list) en el que el profesional señalaba aquellas actividades que realizaba cuando llevaba a cabo el procedimiento (Figura 4).

TA	A	I	D	TD
>70%				

Figura 3. Aceptación de consenso Delphi.

La intervención se consideraba validada si se realizaba en más del 70% de los pacientes.

## RESULTADOS

### De la revisión bibliográfica

Se localizaron 1.235 artículos y/o documentos. Se revisaron 115 de ellos y finalmente se seleccionaron 25 que se ajustaban a los criterios de selección previamente establecidos.

### Del trabajo en grupo (grupo de discusión)

Se propusieron 5 nombres para la intervención, 3 definiciones y 19 actividades.

### De la consulta Delphi

Tras las dos rondas de consulta se llegaron a consensuar 2 nombres, 2 definiciones y 24 actividades.

### Validación empírica

Participaron 41 enfermeras y 226 pacientes en la validación. El 66 % de los pacientes fue atendido en planta, el 28% en consulta y el 6% en otros lugares. Los resultados para cada una de las actividades se muestran en la Tabla 1.

Se concluyó que 19 de las actividades de las propuestas en la primera consulta Delphi quedaron validadas empíricamente y se añadieron 2 nuevas en la segunda ronda Delphi que alcanzaron el 81% y el 84% respectivamente sobre el total de los pacientes.

Figura 4. Registro parcial de la validación empírica.

<b>NUEVA INTERVENCIÓN ENFERMERA</b> <i>Validación clínica</i>						
<b>Nombre de la intervención</b>						
- Marque del estoma.						
- Marque prequirúrgico de la ubicación de un estoma.						
<b>Definición de la intervención</b>						
- Ubicación y señalización preoperatoria de la zona del abdomen más adecuada para la apertura quirúrgica de un estoma.						
<b>Actividades:</b>						
ACTIVIDAD	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	
	Consulta <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	Consulta <input type="checkbox"/>	
	Planta <input type="checkbox"/>	Planta <input type="checkbox"/>	Planta <input type="checkbox"/>	Planta <input type="checkbox"/>	Planta <input type="checkbox"/>	
	Otro:.....	Otro:.....	Otro:.....	Otro:.....	Otro:.....	
1.	Identificarnos y presentarnos al paciente o cuidador.					
2.	Informar al paciente o cuidador de la técnica a desarrollar y su finalidad.					
3.	Pedir al paciente la autorización para marcar el estoma.					
4.	Solicitar la colaboración del paciente para realizar la técnica.					
5.	Preservar la intimidad del paciente durante la realización de la intervención.					
6.	.....					

Figura 5. Certificado del Consejo General de Enfermería de España.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
CONSEJO GENERAL

La Comisión Ejecutiva del Consejo General de Enfermería, tras estudio favorable realizado por el Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria (ISICS), ha aprobado, en sesión celebrada el 18 de diciembre de 2014, el documento presentado por el Grupo Coloplast Ostomy Forum, denominado

**Intervención enfermera - Marcaje del estoma**

Y consecuentemente se expide respecto del mencionado documento, a los efectos oportunos, el presente

**CERTIFICADO DE EVALUACIÓN POSITIVA**

En Madrid, a cuatro de febrero de dos mil quince.

**EL SECRETARIO GENERAL,**



**José V. González Cabanes**



**Vº.Bº.**

**EL PRESIDENTE,**



**Máximo A. González Jurado**

Fuente del Rey, 2. (Esquina Ctrs. de Castilla) 28023 Madrid. Tel.: 91 334 55 20 Fax: 91 334 55 03

Actividad 1	225	96.5%
Actividad 2	225	98.7%
Actividad 3	226	36.3%
Actividad 4	226	100%
Actividad 5	226	98.2%
Actividad 6	226	58.8%
Actividad 7	226	99.6%
Actividad 8	226	83.2%
Actividad 9	226	99.1%
Actividad 10	226	99.6%
Actividad 11	226	88.9%
Actividad 12	226	71.7%
Actividad 13	226	91.6%
Actividad 14	226	93.4%
Actividad 15	215	94.2%
Actividad 16	215	93.4%
Actividad 17	214	80.1%
Actividad 18	215	60.2%
Actividad 19	215	79.2%
Actividad 20	215	92%
Actividad 21	215	85%
Actividad 22	215	81.4%
Actividad 23	215	85.8%
Actividad 24	210	86.7%

Tabla 1. Resultados de la validación empírica.

Después de la validación empírica se eliminaron 3 de las actividades propuestas inicialmente ya que se realizaron en menos del 70% de los pacientes. Así la nueva Intervención enfermera “Marcaje del estoma” comprende 21 actividades.

## CONCLUSIÓN

En conclusión, nuestro estudio de investigación aporta una nueva intervención enfermera que lleva por nombre “Marcaje del estoma”.

Su definición es: “Ubicación y señalización preoperatoria de la zona del abdomen más adecuada para la apertura quirúrgica de un estoma para evitar problema de adaptación de los dispositivos”.

Esta intervención incluye las siguientes actividades:

1. Identificarnos y presentarnos al paciente o cuidador.
2. Informar al paciente o cuidador de la técnica a desarrollar y su finalidad.
3. Pedir al paciente la autorización para marcar el estoma.
4. Solicitar la colaboración del paciente para realizar la técnica.
5. Preservar la intimidad del paciente durante la realización de la intervención.

6. Conocer la orientación cultural y religiosa del paciente.
7. Identificar necesidades especiales: ropa, prótesis, etc.
8. Conocer los cambios de peso corporal en el último año.
9. Identificar alergias cutáneas y/o enfermedades de la piel.
10. Identificar alteraciones de la integridad de la piel en la zona abdominal.
11. Reforzar la información con ayuda de un esquema anatómico – fisiológico, si procede.
12. Preparar el material necesario (rotulador indeleble, dispositivos de muestra...).
13. Identificar limitaciones del paciente: visuales, destreza manual, manejabilidad, auditivas, etc.
14. Efectuar las mediciones necesarias sobre el abdomen del paciente para localizar la posible ubicación del estoma colocando al paciente en distintas posiciones (sentado, decúbito supino, bipedestación), identificando los cambios morfológicos que se producen en diferentes posiciones. (Figuras 6, 7 y 8).
15. Seleccionar un punto adecuado para la posterior localización del estoma, evitando las zonas que no resulten apropiadas (pliegues, cicatrices, protrusiones óseas, mamas pendulares, otras prótesis...).
16. Adherir un dispositivo de ostomía en el punto seleccionado y comprobar su funcionamiento haciendo adoptar al paciente las diferentes posturas y movimientos propios de la actividad diaria normal.
17. Reubicar el dispositivo si fuera preciso seleccionar un nuevo punto.
18. Retirar el dispositivo de prueba y marcar la ubicación definitiva del futuro estoma con un trazo de escritura indeleble y resistente al agua.
19. Ubicar el estoma en un lugar visible para el paciente, si es posible, para favorecer el autocuidado.
20. Valorar el grado de comprensión y conocimientos de la información recibida por parte del paciente.
21. Documentar las actividades realizadas en la historia clínica del paciente.

## DISCUSIÓN

Como se recomienda en otros estudios, el papel de la enfermera estomaterapéuta es fundamental: desde el preoperatorio para elegir la localización del estoma, y en la fase de seguimiento para conseguir una mayor adaptación e independencia de los pacientes ostomizados que redundará en una mayor calidad de vida<sup>16</sup>.

Múltiples estudios indican que los pacientes que tienen marcada la ubicación del estoma antes de la operación, por un clínico entrenado, tienen menos complicaciones. Una ubicación correcta del estoma puede disminuir complicaciones

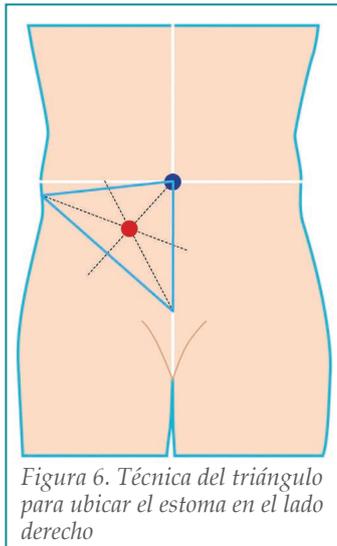


Figura 6. Técnica del triángulo para ubicar el estoma en el lado derecho

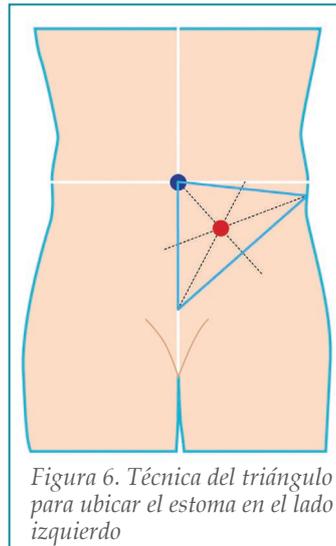


Figura 6. Técnica del triángulo para ubicar el estoma en el lado izquierdo

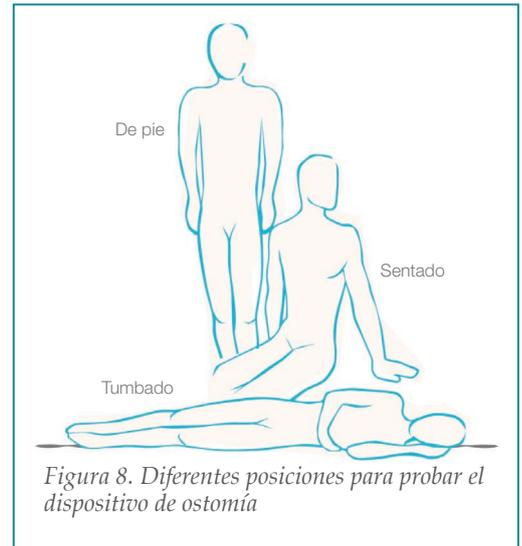


Figura 8. Diferentes posiciones para probar el dispositivo de ostomía

relacionadas con las fugas del efluente que da lugar a inseguridad, aislamiento social y a dermatitis causadas por el contacto de la piel con el efluente. Asimismo el marcaje previo puede llegar a influir en la capacidad del paciente para adaptarse a la ostomía y ser independiente, influyendo en los costes sanitarios<sup>17-21</sup>.

La mayoría de sociedades científicas incluyendo la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS), la Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) y la Asociación de Coloproctología de Gran Bretaña e Irlanda (ACPGBI), recomiendan que a todos los pacientes programados para realizarles una ostomía, se les debería marcar la ubicación ideal del futuro estoma antes de la operación por un profesional capacitado y experimentado, preferiblemente estomaterapeuta<sup>22-24</sup>.

El análisis y descripción de una nueva intervención enfermera puede contribuir a generar elementos que permitan la ordenación de la profesión enfermera. En este sentido, el Consejo General de Enfermería, como órgano regulador de la profesión enfermera en España y representante de las 270.000 enfermeras que hay actualmente en el país, a través de su Comisión Ejecutiva, ha evaluado positivamente la nueva intervención “Marcaje del Estoma”, lo que significa que formará parte del ejercicio profesional enfermero de nuestro país (Figura 5).

La incorporación de la intervención enfermera como parte del ejercicio de la práctica profesional enfermera española conlleva la correspondiente responsabilidad civil y por lo tanto, las actuaciones derivadas, quedan cubiertas por la póliza de responsabilidad civil de la que gozamos todos los enfermeros colegiados.

La práctica profesional regulada nos dota de autonomía profesional, seguridad jurídica y configura un elemento esencial de garantía y seguridad para los pacientes y para los profesionales.

Esperamos que este estándar en el cuidado pueda ser tomado como ejemplo y aplicado en todos los países. Así

nos aseguraremos que todos los pacientes ostomizados son marcados por una enfermera experta antes de la cirugía, haciendo posible una buena adaptación del dispositivo de ostomía y en consecuencia asegurando una buena calidad de vida. Nosotros proponemos que los estomaterapeutas implementen programas para formar a otros enfermeros en sus hospitales para que lleguen a tener confianza en la realización de la técnica y la lleven a cabo cuando sea necesario asegurando que todos los pacientes son marcados antes de entrar en el quirófano.

## DECLARACIONES DE LOS AUTORES

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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). Available at: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/1c0657.php> Accessed 30 November 2015.
2. The Oryx Group. The Canadian Ostomy Patient. Pennington, NJ: The Oryx Group, 2001.
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España, 2014. Available at: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_cifras\\_del\\_cancer\\_2014.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf) Accessed 30 November 2015.
4. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña Rodríguez A, Huertas Clemente M & Gutiérrez Fernández Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Revista de Enfermería 2013; 7(3). Available at: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>
5. Larson DW & Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. Gastroenterology 2004; 126:1611–19.

6. Rodríguez-Moranta F, Soriano-Izquierdo A & Guardiola J. Estado actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Cirugía Española* 2007; 82(5):254–9.
7. Charlín G, Fernández O, García MR & Lamelo F. Cáncer de colon. *Guías Clínicas* 2006; 6(37).
8. Flor-Lorente B, Frasson M & Montilla E. Amputación abdominoperineal extraelevadora en posición prono. *Cirugía Española* 2014; 92(Suppl. 1):30–9.
9. Schwenk W, Neudeccker J, Raue W, Haase O & Müller JM. “Fasttrack” rehabilitation after rectal cancer resection. *International Journal of Colorectal Disease* 2005; 9:1–7. 10. Bakx R, Busch OR & Van Geldere D. Feasibility of early close of loop ileostomies: a pilot study. *Diseases of the Colon & Rectum* 2003; 46:1680–4.
11. Sociedad Española de Oncología Médica. Available at: <http://www.seom.org> Accessed 30 November 2015.
12. The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®). Available at: <http://www.wocn.org/> Accessed 30 November 2015.
13. Mississippi Board of Nursing. <http://www.msbn.ms.gov/Pages/PositionStatements.aspx>.
14. Hofstede G. *Culture’s Consequences: International Differences and Work-related Values*. London: Sage Publications, 1984.
15. Ponce de León-Castañeda ME, Ortiz-Montalvo A, Petramicu I & Ortega-Gómez JL. Fase práctica del examen profesional: validación de un cuestionario de opinión de alumnos. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8(3):183–9.
16. de Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F & Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española* 2014; 92(3):149–156.
17. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I et al. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 2015 May–Jun; 42(3):249–52. DOI: 10.1097/ WON.000000000000119.
18. Zimnicki KM. Preoperative teaching and stoma marking in an inpatient population: a quality improvement process using a FOCUS-Plan-Do-Check-Act model. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 2015 Mar–Apr; 42(2):165–9. DOI: 10.1097/ WON.000000000000111.
19. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I et al. WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing* 2015 May–Jun; 42(3):253–6. DOI: 10.1097/ WON.000000000000118.
20. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S et al. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Management* 2014 May; 60(5):16–26.
21. Caparrós Sanz R, Real Romagosa A, Garcia R, Sebío P et al. M&Q Study (Stoma Marking and Quality of Life): Influence of marking the stoma on the quality of life and peristomal skin condition of the ostomy patients. Poster session on the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapist (ECET) 2011 12–15 June; Bononia, Italy.
22. Millan M, Tegido M, Biondo S & Garcia-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: A descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. *Colorectal Diseases* 2010; 12(7 Online): e88–e92. DOI:10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x
23. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). *Management of the Patient with a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians*. Mount Laurel, NJ: WOCN Society, 2010.
24. Professional Nurses Association of Ontario. *Ostomy care and management*. Toronto, Canada. Professional Nurses Association of Ontario, 2009.

Los autores desean agradecer y reconocer el gran trabajo realizado por los miembros del grupo de investigación que hizo posible este proyecto y que se mencionan a continuación.

Apellidos	Nombre	Hospital	Ciudad
Vázquez-García	Carmen	Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	Albacete
de Mena-Casaseca	Carmen	Hospital Universitario de San Juan de Alicante	Alicante
Iborra-Domínguez	Lourdes	Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería	Almería
Jonte-Lastra	Juan Carlos	Hospital de Cabueñes, Gijón	Asturias
Varas-Reviejo	Yolanda	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila	Ávila
del Pino- Zurita	Carmen	Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell	Barcelona
Vivancos-Sesma	María Elena	Corporació Sanitària Parc Taulí / CAP 2 Cerdanyola, Barcelona	Barcelona
Centellas-Morral	Mercè	Hospital San Joan de Deu de Martorell, Barcelona	Barcelona

Apellidos	Nombre	Hospital	Ciudad
Davín-Durban	Inmaculada	Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona	Barcelona
Gómez-Porcel	Ascensión	Hospital Clinic, Barcelona	Barcelona
Yrurzun-Andreu	Rosa	Hospital Clinic, Barcelona	Barcelona
Serinanell-Roca	Maria Dolors	Hospital Universitari de Vic, Barcelona	Barcelona
Viñals-Sala	María Antonia	Hospital de Mataró, Barcelona	Barcelona
Villalba-Vinagre	Esperanza	Hospital General de l'Hospitalet, Barcelona	Barcelona
Arán-Arán	María Teresa	Hospital Universitari Sagrato Cor, Barcelona	Barcelona
Pérez-Baena	Montserrat	Hospital San Pau i Santa Tecla, Tarragona	Barcelona
Cots i Morral	Irene	Hospital Universitari Mútua Terrassa, Barcelona	Barcelona
Prieto-Calle	Carmen	Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres	Cáceres
García-Rambla	Lidón	Hospital General de Castelló, Castelló	Castellón
Menéndez-Muñoz	Isabel	Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba	Córdoba
Vaquero-Casas	Gloria	Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Girona	Girona
Sánchez-Crisol	Inmaculada	Hospital Universitario San cecilio, Granada	Granada
Labaka-Arteaga	Ione	Hospital Universitario de Donostia, Donostia	Guipuzcoa
Pérez- López	Concepción	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria	Las Palmas de G. Canaria
González-Buenadicha	Ana María	Hospital Universitario del Henares, Madrid	Madrid
Lado del Teso	Alberto	Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid	Madrid
González-Lluva	Concepción	Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid	Madrid
Martín-Fernández	Milagros	Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid	Madrid
Marcos-Lozano	Rosario	Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Madrid	Madrid
Prados-Herrero	Isabel María	Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid	Madrid
Bona-Sánchez	Manuel	Fundación Hospital Alcorcón, Madrid	Madrid
Martínez-Criado	María Dolores	Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid	Madrid
de la Quintana-Jiménez	Paloma	Hospital Universitario La Paz, Madrid	Madrid
Rivas-Marín	Concepción	Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga	Málaga
Montesinos-Gálvez	Ana Carmen	Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga	Málaga
Martínez-Castillo	José	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia	Murcia
González-Fuentes	Margarita	Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia	Murcia
Sabuz-Freire	María Carmen	Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense	Ourense
Payeras-Gelabert	Magdalena	Hospital Universitario Son Espase, Palma de Mallorca	Palma de Mallorca
Crespo-Fontán	Beatriz	Complejo Hospitalario Provincial-Montecelo, Pontevedra	Pontevedra
Rivera-García	Sebastián	Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla	Sevilla
Durán-Ventura	María Carmen	Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla	Sevilla
Ruíz-Fernández	María Dolores	Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla	Sevilla
Martínez-Costa	Carmen	Hospital Universitario Virgen de la macarena, Sevilla	Sevilla
Rodríguez-González	Eugenia L.	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife	Santa Cruz de Tenerife
Martínez-Morales	María	Hospital general "Obispo Polanco", Teruel	Teruel
Cantarino-Martí	Isabel	Centro de Salud Benimaclet, Valencia	Valencia
Juan-Ballina	Constantina	Hospital Clínico Universitario, Valencia	Valencia
Salvador-Estelles	Fuensanta	Hospital Arnau de Vilanova, valencia	Valencia
García-Rodríguez	Vicente	Hospital General Universitario de Valencia, Valencia	Valencia
Blasco-Belda	Pilar	Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia	Valencia
Calvo-Ibáñez	Rosario	Hospital del Río Hortega, Valladolid	Valladolid
San Emeterio-Izazelaia	María Teresa	Hospital Universiatrio de Cruces. Vizcaya	Vizcaya
Lainez-Pardos	Pilar L.	Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO ARAGÓN)	Zaragoza
Lerín-Cabrejas	Pilar	Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO ARAGÓN)	Zaragoza



# Kit Preoperatorio de ostomía

La ayuda para que asesores al paciente y realices el marcaje del estoma





## Contenido:

- Cuaderno **Procedimientos Quirúrgicos en ostomía.**
- Díptico **Marcaje del estoma.**
- Rotulador.
- Tijeras de punta redonda.
- Toallitas.
- Bolsas **Alterna® Confort 1 pieza doble filtro.**
- Estoma de silicona.

