



## RESOLUCIÓN N° 21/2017

Por la que, en el marco de la ordenación del ejercicio profesional enfermero, se aprueba el documento relativo al marcaje de estoma como intervención enfermera.

### PREÁMBULO

#### I

Los estomas de eliminación se efectúan durante el tratamiento de algunos trastornos intestinales o urinarios. Consiste en la realización de una abertura al exterior y a través de la pared abdominal, para descomprimir el intestino grueso, desviar el tránsito intestinal o derivar la orina, principalmente.

A pesar de que en estos últimos años se ha enfatizado en la utilidad de los procedimientos preservadores de esfínter en el tratamiento de ciertas enfermedades<sup>ii</sup>, los estomas intestinales y urinarios son aún necesarios en la práctica quirúrgica, ya sea de manera definitiva o de manera temporal<sup>iii</sup>. El tiempo de permanencia de los estomas temporales varía según la patología, la evolución y el propio paciente, pudiendo ser cerrado de forma precoz en el mismo ingreso de la operación<sup>iv,v</sup> o de forma tardía, con una media de 48 a 180 días.

Según algunos estudios del ámbito internacional, la ostomía realizada con mayor frecuencia es la colostomía (55%), seguida de las ileostomías (31%) y las urostomías (14%). Las ostomías pueden ser temporales o definitivas, y se realizan por una serie de etiologías, entre las que destacan: cáncer colorrectal (36%), enfermedad inflamatoria intestinal (15%), cáncer de vejiga (12%), diverticulitis (11%), enterocolitis necrotizante, anomalías congénitas, enfermedad de Hirschsprung y otros cánceres o trastornos, como la obstrucción, perforación y traumatismo (The Oryx Group, 2001)<sup>vi</sup>.

En España, según el "Estudio Impacto", el perfil del paciente adulto con una ostomía permanente o provisional de más de seis meses es muy similar, ya que se obtuvieron los siguientes resultados: colostomías (55,1%), ileostomías (35,2%) y



urostomías (9,7%). Y las etiologías predominantes fueron: cáncer (69,5%), enfermedad de Crohn (8,1%), diverticulitis (7,2%), colitis ulcerosa (3%) y otras enfermedades (12%). (Ruiz Fernandez MD et al, 2011)<sup>vii</sup>.

En términos generales el cáncer colorrectal que da lugar a una ostomía se observa más en varones, mientras que las ostomías derivadas de los cánceres abdominales se observan más en mujeres. Más del 50% de los pacientes ostomizados tienen un diagnóstico de cáncer colorrectal<sup>viii</sup>, siendo éste el tercer cáncer más común en los hombres y el segundo en las mujeres en todo el mundo, considerando que el 60% de los casos se dan en países desarrollados y con tasas de incidencia más elevadas en hombres que en mujeres <sup>xix</sup>.

Las urostomías, por cáncer de vejiga están vinculadas predominantemente a los varones y las ostomías relacionadas con la inflamación intestinal, como son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, se experimentan igualmente en varones y en mujeres (Colwell, Golsberg & Carmel, 2004) <sup>x</sup>.

En España la incidencia de cáncer colorrectal sigue la tendencia mundial, con una tasa ajustada por 100.000 habitantes/año en 2006 de 54,40 casos nuevos en hombres y 25,40 nuevos casos en mujeres<sup>x</sup>. La incidencia global prevista de cáncer para la población española para el año 2015 es de 222.069 personas (136.961 varones y 85.108 mujeres), siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el cáncer de mama.

La incidencia del cáncer de vejiga en nuestro país es de las más altas a escala mundial, es el cuarto tumor más frecuente en varones. La tasa ajustada mundial es de 33 nuevos casos/100.000 habitantes/año.

En España, no existen datos estadísticos elaborados para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, pero según un estudio multicéntrico del año 2001, se calculaba que existían entre 35.000 y 38.000 personas con ostomías; de éstas, un 75% eran portadores de colostomía y un 12% de ileostomía. Comparando algunas estadísticas, se llega a la conclusión de que el 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 el 2 y el 4 por mil de los adultos. (SEOM, [www.seom.org](http://www.seom.org)), (Hernández F, 2011)<sup>xi</sup>.

En definitiva, nos encontramos ante un gran número de pacientes, que requieren de una atención especializada y por lo tanto una especificación de los cuidados de enfermería concretos para la localización adecuada del estoma.

## II

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:

a) Competencia para **diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos** con el fin de mejorar la práctica profesional.

b) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

c) Competencia para **responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud** sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

d) Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.

e) Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.



f) Competencia para, **de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.**

g) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

h) Competencia para **analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.**

Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:

*“...la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.”*

Y el artículo 54.3 de los Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados de enfermería comprenden:

*“...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.”*

Además, el artículo 4.7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:

*“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.”*



Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

*1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.*

*2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.*

*3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.*

*4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.*

*5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*

*6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*

*7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.*



Tampoco hay que olvidar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuyo texto refundido fue aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, el cual incluye en su artículo 79.1 las competencias de los enfermeros para, de forma autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Y en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC.

Bajo este marco jurídico, resulta de todo punto adecuado y pertinente que, por parte del Consejo General, en uso de sus fines y funciones, reconocidos legal y estatutariamente, se apruebe una resolución como la presente para fijar y detallar, sobre la base del documento que se anexa, cuál debe ser la intervención de los enfermeros ante el marcaje de los estomas.

### III

Ante la preparación de un paciente que va ser sometido a una cirugía para la instauración de un estoma, bien temporal o definitivo, es fundamental realizar unos cuidados de enfermería que conlleven:

- Valoración de enfermería.
- Identificación de los problemas basales del paciente.
- Planificación de cuidados.
- Realización del marcaje del estoma.



Hasta el momento actual, en aplicación del proceso enfermero, se contaba con herramientas e instrumentos para la mayoría de las actuaciones mencionadas. Sin embargo, ninguna clasificación ha incorporado de forma reglada cómo realizar adecuadamente un marcaje de estoma.

Por este motivo, se ha podido elaborar, junto con expertos en este campo, tras un trabajo de investigación de tres años, la descripción de una nueva intervención enfermera, denominada “Marcaje del estoma”, que, como tal, entra dentro del campo de actualización de los profesionales enfermeros por cuanto constituye un cuidado enfermero, previo al cuidado del estoma, constituido ya como una intervención enfermera dentro del ámbito profesional enfermero.

El principal objetivo del marcaje del estoma es garantizar la correcta adaptación del dispositivo de ostomía para evitar futuras complicaciones; de esta forma conseguiremos optimizar la calidad de vida del paciente ostomizado. Un estoma mal ubicado puede acarrear complicaciones a la hora de adaptar la bolsa, puede aumentar la probabilidad de fugas, y como consecuencia, causar un trauma emocional en el paciente. Por tanto, es muy importante realizar un correcto marcaje del estoma para evitar este tipo de complicaciones.

En la práctica clínica habitual, la enfermera es quien realiza en consulta prequirúrgica, la valoración del paciente para ubicar correctamente el estoma y realizar el correspondiente marcaje.

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 pacientes ostomizados, en el año 1959.<sup>1</sup> Sirva como ejemplo el acuerdo de 14 junio de 2013 de la Junta Estatal de Enfermería de Mississippi que, a través del Comité de Práctica Enfermera, determinó que el marcaje del estoma se encuentra incluido dentro del alcance de la práctica de la enfermera estomaterapeuta, siempre que, entre otras circunstancias, se constate que:

1. La enfermera/o esté formada y sea competente para realizar el procedimiento.



2. La enfermera/o debe estar certificada como estomaterapeuta (igualmente se refleja la necesidad de mantener la competencia a lo largo de vida, a través de procesos de re-certificación).
3. La práctica profesional para realizar el procedimiento de acomodarse a los correspondientes estándares.
4. Tener los recursos necesarios disponibles para realizar un correcto procedimiento del marcaje del estoma.

De esta forma, las enfermeras estomaterapeutas se involucran en la valoración del paciente antes del proceso perioperatorio, incluyendo la evaluación de la forma del cuerpo y tamaño, nivel de actividad, tipo de procedimiento quirúrgico planeado, la edad, la visión, la destreza manual, las necesidades sociales y familiares, así como una amplia información dirigida al paciente en el momento de la localización de ubicación del estoma.

No hay que olvidar que este procedimiento se realiza con la intención de garantizar, en lo posible, que el equipo quirúrgico cuente con una guía para la mejor ubicación de la ostomía, sobre una superficie para adaptar la bolsa de forma estable y que proporcione la mejor calidad de vida posible cuando el paciente vuelve a las actividades de la vida diaria.

Por todo ello, es fundamental que además de ser un profesional acreditado en esta área, existan unos estándares unificados para asegurar un correcto procedimiento en aras a proporcionar seguridad clínica a los pacientes y a los propios profesionales.

El marcaje del estoma se consolida como una práctica experta y avanzada de los cuidados enfermeros.

La enfermera/o es el profesional sanitario que tiene competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados enfermeros necesarios en pacientes

---

<sup>1</sup> The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®).



ostomizados, ya que posee los conocimientos suficientes para programar, organizar y administrar dichos cuidados; sin perjuicio de la colaboración con todo el equipo multidisciplinar y apoyando a los pacientes ostomizados y su familia con instrucciones adecuadas en base a sus conocimientos y capacidades adquiridos, además de proporcionar consejos a dichos pacientes y familiares.

La figura de la enfermera/o estomaterapeuta representa un avance muy importante en nuestro sistema sanitario, de forma que a través de protocolos de actuación estandarizados garantizarán la seguridad para el paciente ostomizado.

#### IV

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para dictar resoluciones que ordenen determinados aspectos de la profesión en el ámbito nacional, y aprobar en este marco los documentos y resoluciones que estime pertinentes. Esta prerrogativa también es reconocida en el artículo 24.16 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 2º del Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución nº 32/89, de este Consejo General que establece dicha ordenación como una de las responsabilidades prioritarias de esta Corporación.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el día 14 de diciembre de 2017, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio y deliberación en



profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por unanimidad, **ACUERDA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Se aprueba, en el marco de la ordenación de la profesión enfermera, la intervención denominada "Marcaje del estoma", cuyo contenido y desarrollo figura en el anexo a esta resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** La incorporación de la intervención enfermera antes referida como parte del ejercicio de la práctica profesional enfermera española conlleva la correspondiente responsabilidad civil y por lo tanto, las actuaciones derivadas quedarán cubiertas por las pólizas de responsabilidad civil que otorguen cobertura sobre el ejercicio profesional enfermero.

#### DISPOSICIÓN FINAL

La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Provinciales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a 21 de diciembre de dos mil diecisiete.

**EL SECRETARIO GENERAL,**

Vº Bº,  
EL PRESIDENTE,

Florentino Pérez Raya



**Diego Ayuso-Murillo**



## ANEXO

### EL MARCAJE DE ESTOMA COMO INTERVENCIÓN ENFERMERA

#### 1. ANTECEDENTES

La realización de **estomas** de eliminación, tanto digestivos como urinarios, es necesaria para tratar diferentes enfermedades como cáncer colorrectal (36%), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (15%), poliposis familiar hereditaria, obstrucción intestinal, diverticulitis (11%), traumatismos ano-recto-cólicos, enterocolitis necrotizante, fístulas, cáncer de vejiga (12%) o neoplasias en órganos adyacentes (cáncer ginecológico)<sup>xii</sup>.

En los niños las causas pueden ser anomalías congénitas o enfermedad de Hirschsprung entre otras<sup>xiii</sup>.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica, entre los tipos de cáncer más frecuentes en España, el cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en mujeres y el tercer puesto en varones seguido en cuarto lugar por el de vejiga<sup>xiv</sup>.

La ostomía es una intervención 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 control, la autoimagen, y la capacidad de relacionarse laboral y socialmente con otras personas<sup>xv</sup>.

En definitiva y teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, nos encontramos ante un gran número de pacientes, que requieren de una atención especializada y por lo tanto de una especificación de unos cuidados concretos para la localización adecuada del estoma.

#### 2. JUSTIFICACIÓN.

El principal objetivo del marcaje del estoma es evitar futuras complicaciones, mejorando la calidad de vida del paciente ostomizado y, por tanto, es muy importante realizar un correcto marcaje del estoma para evitar estas complicaciones.



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 relacionadas con fugas de los dispositivos, 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, e influir en los costes sanitarios <sup>xvi,xvii,xviii,xix</sup>

En la práctica clínica habitual, la enfermera estomaterapeuta o el cirujano, es quien realiza, en consulta prequirúrgica, la valoración del paciente para ubicar correctamente el estoma y realizar el correspondiente marcaje.

Como se recomienda en otros estudios, el papel de la enfermera estomaterapeuta es fundamental para elegir la localización del estoma en la fase preoperatoria, y en la fase de seguimiento, para conseguir una mejor adaptación e independencia de los pacientes ostomizados, lo que redundará en una mayor calidad de vida.

La mayoría de las sociedades científicas recomiendan que a todos los pacientes programados para realizarles una ostomía, deberían tener marcada la ubicación del estoma antes de la operación, por un profesional capacitado y experimentado, preferiblemente un estomaterapeuta<sup>xx,xxi,xxii</sup>.

Hasta el momento, en aplicación del proceso enfermero, ninguna clasificación de lenguaje enfermero ha incorporado de forma reglada cómo realizar adecuadamente un marcaje de 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 S.A., se puso en marcha un proyecto de investigación que con el fin de describir una nueva intervención enfermera, denominada “Marcaje del estoma”, que da como resultado un estándar de procedimiento de actuación, descrito como intervención enfermera.



A continuación, se hace una breve descripción del **proyecto de investigación**, anteriormente mencionado que se apoya en una metodología, que consta de las siguientes fases:

### **1. Formación de un grupo de trabajo con profesionales expertos.**

Para llevar a cabo el estudio de investigación se ha configurado un grupo de trabajo formado por estomaterapeutas españoles (Grupo COF-Coloplast Ostomy Forum). Asimismo, se contó con el asesoramiento técnico de enfermeros expertos en investigación.

El panel de expertos estaba conformado por un coordinador y 43 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, se unificaron criterios en cuanto a la denominación de la intervención, la definición y las actividades que la desarrollarían.

El resultado de esta fase es que se propusieron 5 nombres para la intervención, 3 definiciones y 19 actividades.

### **2. Revisión bibliográfica.**

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica, a fin de localizar las mejores evidencias científicas y los trabajos publicados que pudieran conformar la base de la nueva intervención.

Dentro del grupo de expertos se crearon 2 equipos, que realizaron la búsqueda bibliográfica durante un período de 6 meses.

Las bases de datos consultadas fueron Cuiden, Pubmed-Medline, ENFISPO, Cochrane, Embase, Cuidatge, Index enfermería, Lilacs, Cancerlit, Cinahl.

En esta fase 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.



### **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 COF utilizando la técnica Delphi, conformando un grupo de expertos de 43 enfermeros estomaterapeutas.

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 propusieron los expertos. Tras el análisis de los resultados, quedaron propuestos el nombre, definición y conjunto de actividades que compondrían la nueva intervención enfermera para ser validados empíricamente (práctica clínica).

La duración de esta etapa Delphi fue de 9 meses.

El resultado es que tras las dos rondas de consulta se llegaron a consensuar 2 nombres, 2 definiciones y 24 actividades.

### **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 profesional cumplimentaba un registro para cada paciente al que se le realizaba el marcaje de la ubicación del futuro estoma. La intervención se consideró validada si se realizaba en más del 80% de los pacientes.

En esta fase participaron 41 enfermeras y 226 pacientes en el estudio. El 66% de los pacientes fue atendido en planta, el 28% en consulta, 6% otros.

Los resultados concluyeron que 19 actividades de las propuestas en la consulta Delphi quedaron validadas empíricamente y se añadieron 2 nuevas que alcanzaron el 81% y 84% respectivamente sobre el total de pacientes.



### 3. CONCLUSIONES

En conclusión, el estudio de investigación comporta la constatación de la intervención enfermera relativa al “Marcaje del estoma”, que puede definirse como:

“Técnica consistente en ubicar y señalar preoperatoriamente la zona del abdomen más adecuada para la apertura quirúrgica de un estoma, evitando complicaciones en la adaptación de los dispositivos”.

Y el conjunto de actividades que la conforma es:

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 actuación enfermera.
6. Conocer la orientación cultural y religiosa del paciente.
7. Identificar necesidades especiales: ropa, prótesis, ...
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, ...
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.
15. Seleccionar el punto adecuado para la posterior localización del estoma, evitando las zonas que no resulten apropiadas (pliegues, cicatrices, protusiones 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 es 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.
22. La relación terapéutica con el paciente y familia, favoreciendo la comunicación con el paciente y la verbalización de sus sentimientos; de esta forma disminuye su ansiedad, mejora la autoestima y se potencia su seguridad.
23. La visita preoperatoria con la evaluación integral del paciente y su familia.



24. Valoración del afrontamiento, adaptación a la imagen corporal distorsionada, afectación de la calidad de vida, adaptación personal, familiar y del entorno con sus normas culturales, espirituales y religiosas.
25. Educación sanitaria de la red de apoyo disponible, tanto familiar como los recursos comunitarios y sanitarios.
26. Desarrollo de actividad gestora, docente e investigadora en relación a la técnica de marcaje del estoma, considerando en todo momento la mejor evidencia científica disponible.

#### 4. FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

La enfermera/o responsable del marcaje de estoma requiere adiestramiento sobre las siguientes materias:

- El paciente ostomizado y sus necesidades.
- El trastorno o proceso patológico que afecta al paciente
- Motivo por el que la cirugía requiere ostomía temporal o permanente.
- Conocer todos los tipos de ostomías.
- Las necesidades de atención esperadas, adaptadas a las específicas del paciente
- Entendimiento de las perspectivas de vida de la persona con ostomía
- El impacto en la sexualidad y preocupaciones sexuales de la persona ostomizada, como la disfunción eréctil. Aportarle todos los recursos disponibles y formación para normalizar la situación.
- La valoración pre, intra y post-operatoria de las complicaciones de todos los tipos de estoma y las intervenciones enfermeras (irrigaciones diarias, nutrición, acidificación/alcalinización orina, dilataciones, irritaciones, retracciones...)
- El conocimiento de todo tipo de placas, bolsas, sondas, taponamientos anales, absorbentes, cremas, tratamientos de heridas... y la capacidad de prescribir de forma autónoma.
- Las competencias en educación para la salud, consejos de salud, etc., como en el caso de la continencia, irrigaciones, relaciones sexuales, higiene personal, nutrición, interacciones psicosociales, etc.



- Las competencias en gestión de calidad, seguimiento de indicadores, gestión de riesgos, etc.
- Las competencias investigadoras.
- Las competencias en comunicación y TIC's.

## 5. 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/lc0657.php> Accessed 30 November 2015.
2. The Oryx Group. The Canadian Ostomy Patient. Pennington, NJ. 2001 The Oryx Group.
3. Bueno Cardona, José Manuel; Pelegrina Bonel, Ana María; Jiménez Vinuesa, Nazaret Socorro. Actuación enfermera durante la adaptación del paciente ostomizado. A propósito de un caso. Rev Paraninfo Digital, 2015; 22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/358.php> Consultado el 1 de Diciembre de 2017.
4. 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.
5. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña Rodríguez A, Huertas Clemente M, Gutiérrez Fernández Y. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Revista de Enfermería, 7(3). Available at: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>
6. Larson DW, Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. Gastroenterology 2004; 126: 1611-19.
7. Rodríguez-Moranta F, Soriano-Izquierdo A, Guardiola J. Estado actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Cirugía Española 2007; 82(5): 254-9.



8. Charlín, G, Fernández O, García MR, Lamelo F. Cáncer de colon. *Guías Clínicas* 2006; 6(37).
9. Flor-Lorente B, Frasson M, Montilla E. Amputación abdominoperineal extraelevadora en posición prono. *Cirugía Española*. 2014; 92(Suppl. 1):30-9.
10. Schwenk W, Neudecker J, Raue W, Haase O, Müller JM. "Fasttrack" rehabilitation after rectal cancer resection. *International Journal of Colorectal Disease* 2005; 9:1-7.
11. 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.
12. Ruiz MD, Durán MC, Rivera S y cols. Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. *Rev ROL Enf* 2003; 26: 309-14.
13. Asociación española de Cirujanos. Conclusiones del Congreso Nacional de Ostomías, Declaración de Bilbao, Bilbao, 3 Diciembre de 2005. Available at: [http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente\\_ostomizado.php](http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.php). Accessed 30 November 2015.
14. The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®). Available at: <http://www.wocn.org/> Accessed 30 November 2015.
15. Mississippi Board of Nursing. <http://www.msbn.ms.gov/Pages/PositionStatements.aspx>.
16. Hofstede G. *Culture's Consequences: International Differences and Work-related Values*. London: Sage Publications; 1984.
17. Ponce de León-Castañeda ME, Ortiz-Montalvo A, Petra-Micu 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.
18. 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
19. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G. 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.0000000000000119.
20. 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.0000000000000111.
  21. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette J, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G. 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.0000000000000118.
  22. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S, Hin AO, Togluk E, Altinsoy M, Erdem S, Cihan R. 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.
  23. Caparrós Sanz R, Real Romagosa A, Garcia R, Sebio 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.
  24. 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
  25. 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.
  26. Professional Nurses Association of Ontario. (2009). *Ostomy care and management*. Toronto, Canada. Professional Nurses Association of Ontario.
  27. *Manual de competencias profesionales del/de la Enfermero/a de práctica avanzada en cuidados a personas con ostomías*



<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/manuales/enfermeroa-de-practica-avanzada-en-cuidados-a-personas-con-ostomias/> Pag 79 (guía rápida)

28. Guía de buenas prácticas (BPSO) Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO. Investén Isciii. Pag: 8.9.10.11 [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG\\_Cuidado\\_y\\_manejo\\_de\\_la\\_Ostomia -  
Guia de buenas practicas en enfermeria.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf)

<sup>i</sup> Larson DW, Pemberton JH. Current concepts and controversies in surgery for IBD. *Gastroenterology* 2004; 126: 1611-19.

<sup>ii</sup> Rodríguez-Moranta F, Soriano-Izquierdo A, Guardiola J. Estado actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Cir Esp* 2007; 82(5): 254-9.

<sup>iii</sup> Charlín G, Fernández O, García MR, Lamelo F. Cáncer de colon. *Gufas Clínicas* 2006; 6(37).

<sup>iv</sup> Schwenk W, Neudecker J, Raue W, Haase O, Müller JM. "Fasttrack" rehabilitation after rectal cancer resection. *Int J Colorectal Dis* 2005; 9: 1-7.

<sup>v</sup> Bakx R, Busch OR, Van Geldere D. Feasibility of early closure of loop ileostomies: a pilot study. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1680-4.

<sup>vi</sup> The Oryx Group. *The Canadian Ostomy Patient*. Pennington, NJ. 2001. The Oryx Group.

<sup>vii</sup> Ruiz Fernandez MD, Davín Durban I, García Manzanares E, De la Quintana Jiménez P, Prados Herrero IM, Viñals Sala MA et al. IMPACTO STUDY: Expert nursing care: an essential factor for the ostomy patient rehabilitation. Oral communications of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.113.

<sup>viii</sup> Codina-Cazador A, Farres R, Olivet F, Rodríguez JI, Pujades M, Roig JC. Estado actual de la intervención de Hartmann en nuestro medio. *Cir Esp* 2005; 78(2): 92-5.

<sup>ix</sup> Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; jun 17[epub ahead of print].

<sup>x</sup> Colwell JC, Goldberg M, Carmel J (Eds). *Fecal and urinary diversions: Management principles*. St. Louis, MO: Mosby Inc. 2004.

<sup>xi</sup> Hernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *REDUCA*. 2011; 3(2): 504-533.

<sup>xii</sup> Cabanes A, Pérez-Gómez N, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. *La situación del cáncer en España, 1975-2006*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.

<sup>xiii</sup> Bonill de las Nieves, Candela; Celdrán Mañas, Miriam; Hueso Montoro, César; Cuevas Fernández- Gallego, Magdalena; Rivas Marín, Concepción; Sánchez Crisol, Inmaculada; et al. *Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos*. Biblioteca Lascasas, 2012;

8(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0657.php> Consultado el 30 de Noviembre del 2015.

<sup>xiv</sup> Sociedad Española de Oncología Médica. *Las cifras del cáncer en España 2014*. Disponible en: [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) Consultado el 30 de Noviembre del 2015.

<sup>xv</sup> Gómez del Río, N., Mesa Castro, N., Caraballo Castro, C., Fariña Rodríguez, A., Huertas Clemente, M., & Gutiérrez Fernández, Y. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*, 7(3). Consultado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>

<sup>xvi</sup> Salvadalena G1, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015 May-Jun;42(3):249-52. doi: 10.1097/WON.0000000000000119.

<sup>xvii</sup> Zimmicki KM1. Preoperative teaching and stoma marking in an inpatient population: a quality improvement process using a FOCUS-Plan-Do-Check-Act model. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015 Mar-Apr;42(2):165-9. doi: 10.1097/WON.0000000000000111.

<sup>xiii</sup> Salvadalena G1, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, Pittman J, Ramundo J, Steinberg G. WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015 May-Jun;42(3):253-6. doi: 10.1097/WON.0000000000000118.



---

xix Baykara ZG1, Demir SG2, Karadag A1, Harputlu D3, Kahraman A4, Karadag S5, Hin AO6, Togluk E7, Altinsoy M8, Erdem S9, Cihan R10. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. *Ostomy Wound Manage.* 2014 May;60(5):16-26.

xx 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 Dis.* 2010; 12(7 Online): e88-e92. doi:10.1111/j.1463-1318.2009.01942.x

xxi 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.

xxii Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2009). *Cuidado y manejo de la ostomía.* Toronto, Canadá. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.