



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

**Cómo citar este documento**

Recio Medina, Francisco Javier; López Rodríguez, Luis. El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0908.php>



**UNIVERSIDAD DE SEVILLA**  
*Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología*  
*Grado en Enfermería*

## **Trabajo de Fin de Grado**

**Título:**

*El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías*

**Title:**

*Stoma marking and its impact on quality of life and postoperative complications in patients with colostomies*

**Alumno/a:**

*Fco. Javier Recio Medina*



**Tutor/a:**

*Luis López Rodríguez*

**Sevilla, a 28 de Junio de 2015**

## INFORME DEL TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO

### REGLAMENTO DEL TRABAJO FIN DE GRADO FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

#### AUTORIZACIÓN TFG

D.: Luis López Rodríguez  
Profesor/a del Departamento: Enfermería

**Acredita que el Trabajo Fin de Grado titulado:**

*El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías*

**Realizado por D.:** Francisco Javier Recio Medina

Reúne las condiciones exigibles para su presentación y defensa pública.

El Tutor o Tutora

NOMBRE  
LOPEZ  
RODRIGUEZ  
LUIS - NIF  
52232076L

Firmado digitalmente por  
NOMBRE LOPEZ RODRIGUEZ  
LUIS - NIF 52232076L  
Nombre de reconocimiento (DN):  
CN = NOMBRE LOPEZ  
RODRIGUEZ LUIS - NIF  
52232076L, C = ES, O = FNMT,  
OU = FNMT Clase 2 CA Fecha:  
2015.05.26 10:46:05 +02'00'

Fdo: Luis López Rodríguez

Sevilla, a 26 de Mayo de 2015

COMISIÓN DEL TRABAJO FIN DE GRADO DEL GRADO EN ENFERMERÍA POR  
LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

## **Resumen.**

**Introducción:** Las consecuencias que genera la creación de una colostomía en el paciente afecta al paciente a nivel biopsicosocial. La suma de la alteración de la imagen corporal con la depresión, el proceso de duelo, la afectación de la sexualidad y la modificación de las relaciones interpersonales junto con la alta tasa de complicaciones postoperatorias suponen en el paciente un gran impacto. En la actualidad se cree que una mala elección en la ubicación de la ostomía influye en la aparición de estos problemas, por lo que con esta revisión queremos analizar los beneficios demostrados del marcaje preoperatorio del estoma. **Objetivo:** Revisar las evidencias publicadas acerca de la conveniencia de practicar el marcaje del estoma a pacientes sometidos a colostomías. **Metodología:** Se realizó una búsqueda de la bibliografía existente en relación al objetivo establecido durante los meses de marzo y abril del año 2015. Se llevó a cabo en bases de datos españolas (IME, CUIDEN, ENFISPO, LILACS, DIALNET, y Enfermería al día) utilizando los descriptores DeCS “estoma”, “colostomía”, “ubicación”, “localización”, y “marcaje”, y en bases de datos de lengua inglesa (PubMed, Cinhal, Scopus, WOS) utilizando los descriptores MeSH “Stoma”, “Site”, “Marking”, y “Colostomy”. También se realizaron búsquedas en repositorios y guías de práctica clínica (GuiaSalud y National Guideline Clearinghouse) **Desarrollo:** Tras el análisis final de 15 documentos se exponen las evidencias encontradas acerca del procedimiento del marcaje del estoma y de su relación con la calidad de vida y los complicaciones postoperatorias de las colostomías. **Conclusiones:** Existen evidencias de que el marcaje del estoma mejora la calidad de vida del paciente con colostomía y reduce la tasa de complicaciones postoperatorias.

**Palabras Clave (DeCS, MeSH):** “estoma”, “colostomía”, “ubicación”, “localización”, “marcaje”, “stoma”, “site”, marking”, “colostomy”

**Abstract.**

**Introduction:** The consequences of the colostomy surgery affect the patient of a biopsicosocial way. The body image alteration, depression, grief, sexuality changes and the colostomy complications cause a huge impact on the patient. Nowadays, it seems to be that the cause of these problems is poor stoma localization. For this reason we want to know the benefits of the preoperative stoma marking. **Objective:** Review the published evidence about the preoperative stoma site marking advantages. **Method:** We looked for information about this issue in spanish databases like IME, CUIDEN, ENFISPO, LILACS, DIALNET and Enfermería al día using the DeCS descriptors “estoma”, “colostomía”, “ubicación”, “localización”, y “marcaje”. We searched for in English databases as well (PubMed, Cinhal, Scopus, WOS) using the MeSH descriptors “Stoma”, “Site”, “Marking”, y “Colostomy”. We also searched repositories of clinical practice guidelines (GuiaSalud and National Guideline ClearingHouse) **Results:** Fifteen of the three hundred twenty four documents were chosen for the review concerning to the preoperative stoma site marking and its relationship with the quality of life and stoma complications. **Conclusions:** There is evidence that stoma marking improves the quality of life of patients with colostomy and reduces the rate of postoperative complications.

**Key words (DeCS, MeSH):** “estoma”, “colostomía”, “ubicación”, “localización”, “marcaje”, “stoma”, “site”, “marking”, “colostomy”

**Índice.**

Introducción	6
Concepto, epidemiología, clasificación de las colostomías	6
Complicaciones de las colostomías	9
Consecuencias físicas, psíquicas y sociales	11
Objetivos	15
Metodología	16
Desarrollo	19
Descripción de la información encontrada	19
Pregunta 1. ¿Cuál es el procedimiento de la intervención enfermera marcaje del estoma?	24
Pregunta 2. ¿Cómo afecta a la calidad de vida del paciente el marcaje del estoma?	28
Pregunta 3. ¿El marcaje del estoma previo a la intervención influye en la aparición de complicaciones postoperatorias?	29
Conclusiones	32
Objetivo 1. Conocer cuál es el procedimiento del marcaje del estoma.	32
Objetivo 2. Comprender cómo afecta a la calidad de vida del paciente.	32
Objetivo 3. Cuantificar la aparición de complicaciones con marcaje del estoma y sin él.	33
Limitaciones y prospectiva	34
Bibliografía	35
Anexos	39

## **Introducción.**

La realización de una ostomía es posiblemente una de las operaciones más antiguas realizadas en el tubo digestivo. El término ostomía proviene de la palabra griega “stoma” o “stomatos” que significa boca u orificio.

Las primeras referencias existentes de ostomías datan del año 350 a.c. en la Antigua Grecia, cuando Praxágoras de Cos (384-322 a.C.) describió una intervención quirúrgica para la creación de una fistula fecal con el fin de aliviar la obstrucción intestinal<sup>1,4</sup>

Posteriormente en el año 1710 el médico francés Alexis Littre buscó solucionar una malformación congénita rectal, abocando el extremo superior de la atresia existente a la pared abdominal para realizar la función del ano. Medio siglo después, Henry Pillore realizó por primera vez una cecostomía en un paciente de cáncer con éxito, abocando por primera vez el intestino a la pared del abdomen como solución.<sup>2</sup>

La primera colostomía transversa de la que hay constancia fue efectuada por Fine en 1797 en Génova. Él descomprimió exitosamente una obstrucción por cáncer rectal, extrayendo un asa de intestino y suturando el mesenterio a la piel.<sup>3</sup> En la primera mitad del siglo XIX la persona más representativa en el estudio de las colostomías fue Zulema Amussat, quien tuvo grandes aportaciones, como la localización del tumor antes de la intervención.<sup>4</sup>

Finalmente en el siglo XX se generalizó la intervención quirúrgica en este sentido gracias a la aportación de Ernest Miles en 1908, quien desarrolló los criterios de resección abdominoperineal tras un análisis de las razones del fracaso de los métodos previos.<sup>1</sup>

## **Conceptos, epidemiología y clasificación de las colostomías**

Una ostomía es una apertura (estoma) de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, pudiendo comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. De acuerdo al segmento exteriorizado reciben una determinada denominación. La piel alrededor de la abertura se la denomina piel periestomal.<sup>5</sup>

Esta revisión se centra en las ostomías que afectan al intestino grueso, (colostomías) que se definirían por tanto como la comunicación del colon con la pared abdominal. Con

ello se consigue la evacuación del contenido fecal al exterior en las situaciones en que el tránsito normal está interrumpido o debe derivarse por existencia de patología distal.<sup>2,4</sup> Las colostomías están indicadas en el tratamiento principalmente de neoplasias de colon, recto y ano, y enfermedades inflamatorias del intestino. Además también se practican en traumatismos, enfermedades congénitas o malformaciones, oclusiones u obstrucción del intestino.<sup>2</sup>

Según el informe de 2012 sobre la salud Europea publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la segunda causa de muerte en Europa tras las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, las autoridades sanitarias destacan que el cáncer es ya la primera causa de fallecimientos en menores de 65 años.<sup>6</sup>

En España, el cáncer es también la segunda causa de muerte. La incidencia es de 200.000 casos nuevos al año, y dentro de ella el cáncer colorrectal contribuye con alrededor de 25.000 casos nuevos, de los cuales 14000 fallecen.<sup>7</sup> En el caso de las enfermedades inflamatorias del intestino, se calcula que en Europa hay 2'5 millones de personas afectadas. Principalmente son personas jóvenes de entre 25 y 40 años.<sup>8</sup>

Las ubicaciones más comunes de este tipo de ostomías son el ciego (cecostomía), el colon transversal (transversotomía) y el sigma (sigmoidostomía). Además las colostomías pueden ser temporales o definitivas según se restablezca posteriormente la continuidad del intestino o no.

La clasificación si atendemos a la porción que se aboca al abdomen es:

- Colostomía ascendente. El estoma se coloca en el lado derecho del abdomen. Sólo una sección pequeña del colon permanece activa, por ello, el producto tendrá una consistencia líquida y muchas enzimas digestivas. Este tipo de colostomía es poco común puesto que, si la evacuación es líquida, con frecuencia resulta mejor realizar una ileostomía.<sup>2,9</sup>
- Colostomía transversa. La colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya sea en el medio o hacia el costado derecho del cuerpo. Este tipo de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente.<sup>2,9,10</sup>



Puede realizarse una colostomía transversa para mantener la materia fecal fuera del área inflamada, infectada, enferma o recién operada del colon, permitiendo así su recuperación. Posteriormente la ostomía se revierte quirúrgicamente.

La colostomía transversa permanente se hace cuando la parte inferior del colon tiene que ser extirpada o puesta en reposo permanente; o si otros problemas de salud impiden que el paciente se someta a una cirugía mayor. Entonces la colostomía será la salida permanente de la materia fecal y no se cerrará en el futuro.<sup>9</sup>

Hay dos tipos de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca.

- Colostomía transversa en asa: Presenta dos aberturas, una para expulsar la materia fecal, y la otra para la mucosidad. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido intestinal. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través del estoma o del recto y el ano. <sup>2,9,10</sup>
- Colostomía transversa de doble boca: al En ella el intestino se divide completamente. Cada abertura es llevada a la superficie hacia un estoma separado. Puede o no que haya piel entre los dos estomas. También en este caso, una abertura expulsa la materia fecal y la otra solamente la mucosidad (a este estoma más pequeño se le conoce como fístula mucosa). Algunas veces, el extremo de la parte inactiva del intestino se cierra mediante una costura y se deja dentro del abdomen. De este modo, queda solo un estoma, y la mucosidad producida en la porción inactiva pasa a través del recto. <sup>2,9,10</sup>
- Colostomía descendente. Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen. La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación. <sup>4,9</sup>

- Colostomía sigmoidea. La colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoide solo algunos centímetros más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad.<sup>4,9</sup>

### **Complicaciones de las colostomías**

La realización de una colostomía da lugar a una elevada tasa de complicaciones (10-60%), siendo también alta la tasa de reintervenciones. La mayoría de estas complicaciones están relacionadas con una técnica inadecuada, y favorecidas por otros factores como la obesidad. Según el tiempo de aparición dividimos las complicaciones en precoces y tardías.<sup>11,12</sup>

#### Complicaciones precoces.

- Edema. El edema de la mucosa de la colostomía durante los primeros días tras la intervención es un proceso fisiológico debido al trauma quirúrgico. Se produce normalmente cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal. Puede producir obstrucción intestinal.<sup>2,4,11,13,14</sup>
- Hemorragia. Es una complicación poco frecuente (2-3%) y aparece durante las primeras horas tras la operación por la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso. Suelen ser hemorragias autolimitadas que ceden espontáneamente, con compresión o con la sutura del vaso sangrante. Es importante cortar la hemorragia para evitar la aparición de isquemia o hemoperitoneo.<sup>2,4,11,13,14</sup>
- Infección y sepsis. Es una complicación frecuente, que está estrechamente relacionada con la realización urgente del procedimiento, ya que las condiciones del paciente suelen ser peores. Con la infección aparece dolor en la zona, inflamación, supuración y en algunas ocasiones fiebre. Adicionalmente puede aparecer sepsis, isquemia, desunión parcial del colon con la piel, hematoma y estenosis. Existen diferentes grados de infección dependiendo de si la flemonización se extiende al tejido celular subcutáneo o a la pared intestinal.<sup>12</sup>
- Necrosis. Esta complicación frecuente (1-14%), puede deberse a una desvascularización excesiva del mesocolon, que provoca una «esqueletización»

del extremo distal o a una isquemia secundaria debida a una tracción exagerada sobre un meso corto o por constricción a nivel del orificio parietal. Las complicaciones isquémicas se ven potenciadas por la ateromatosis y la obesidad. Cuando la isquemia es parcial, puede experimentar una etapa de regresión, manifestada por edema, aunque la consecuencia será la aparición de un tejido de granulación que puede provocar una estenosis subsiguiente. Cuando la isquemia es total, existe un riesgo de que se forme esfacelo y, por tanto, de contaminación de la cavidad peritoneal.<sup>4,11</sup>

- Retracción. Esta complicación grave (2-3%) puede ser secundaria a la necrosis o la infección de la colostomía. La causa más frecuente de esta complicación es la liberación inadecuada del colon, que produce una tracción del mismo desde el interior de la cavidad abdominal. Hay varios factores que favorecen esta complicación: la obesidad y todas las causas de hiperpresión intraabdominal; el íleo postoperatorio; y las complicaciones sépticas periestomales. La retracción del colon puede llegar a hundir la colostomía hasta el peritoneo con lo que el contenido intestinal se vierte al tejido celular subcutáneo y ocasiona infección de la pared abdominal.<sup>4,11</sup>
- Evisceraciones. Se observan en el 1-2% de los casos de complicaciones precoces y se producen siempre cuando el orificio musculoaponeurótico es demasiado amplio. Pueden verse favorecidas por una pared hipoplásica o por una hiperpresión abdominal.<sup>15</sup>

#### Complicaciones tardías.

- Estenosis. Se trata de una reducción del tamaño del orificio del estoma. La estenosis puede deberse a complicaciones del postoperatorio inmediato (necrosis, infección o retracción) en las que se ha producido cicatrización por segunda intención, por recidiva en el estoma de la enfermedad original, o por la elección incorrecta de la ubicación de la colostomía, que queda en un pliegue cutáneo.<sup>4,12</sup>
- Hernia. Consiste en una protrusión intermitente o permanente de la colostomía debido a un defecto de la pared abdominal o a la laxitud muscular propia de los pacientes ancianos. La existencia de la hernia provoca en muchos casos dificultad para mantener la adherencia de los dispositivos a la piel, o para el manejo y autocuidado del estoma.<sup>16</sup>

- Prolapso. Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo. En su aparición influyen la exteriorización de un tramo colónico móvil en una gran longitud, un orificio parietal ancho, la falta de fijación del colon a los planos músculo-aponeuróticos y la hiperpresión abdominal.<sup>11,12</sup>
- Lesiones cutáneo-mucosas. Pese a que son habitualmente lesiones pequeñas, llegan a influir en la calidad de vida del paciente.

Las úlceras cutáneas son debidas a cuidados inadecuados de la piel periestomal que generan traumatismos cutáneos e irritaciones.

Los granulomas son lesiones mucosas o cutáneas producidas por reacción al material de sutura o al traumatismo continuado sobre la piel.

Las fístulas periestomales se detectan por la aparición de un orificio fistuloso cutáneo próximo al estoma cuya etiología puede ser recidiva de la enfermedad causal, aunque lo más frecuente es que se trate de la cronificación de una úlcera de origen traumático irritativo por mala utilización de los dispositivos o la exteriorización del rechazo de algún punto de sutura.

La irritación cutánea se debe al contacto permanente de la piel con el contenido intestinal.<sup>4</sup>

Como se ha ido comentando muchas de estas complicaciones tanto precoces como tardías de las ostomías tienen dentro de sus posibles causas una mala ubicación del estoma, o tienen como solución la reubicación de la ostomía. Llegados a este punto nos cuestionamos algunos de los motivos de realización de este estudio:

1. ¿Disminuiría la tasa de complicaciones de colostomías si se marcara preoperatoriamente el punto de ostomía?
2. ¿Mejoraría la calidad de vida del paciente gracias a esta intervención de enfermería?
3. ¿Mejoraría la calidad de los cuidados de enfermería su introducción en la práctica asistencial?

### **Consecuencias físicas, psíquicas y sociales**

La perspectiva actual de la enfermería interpreta a la persona como un ser conjugado en varias esferas, hablamos de un ser biopsicosocial. Actualmente los estudios que se realizan en relación al paciente ostomizado tienen mucho que ver con este enfoque. Es importante que en el caso de las ostomías no nos centremos sólo en el aspecto físico, y busquemos conseguir un mejor bienestar individual e integral, ya que es un hecho

conocido el alto impacto que generan en los ámbitos psicológicos y sociales de los individuos.<sup>17,18</sup>

El impacto que puede generar una ostomía puede ser devastador, incluso en un período posoperatorio sin complicaciones. La inadaptación y la depresión resultan comunes en estos pacientes, estando relacionadas principalmente con el desconocimiento previo y la sensación de alteración de la imagen corporal.<sup>4,19</sup> Los pacientes con ostomías presentan un porcentaje de tristeza y ansiedad del 41% y el 31% respectivamente.<sup>17</sup>

La imagen corporal, o recreación mental del ser físico, incluye los propios sentimientos acerca del cuerpo y la percepción, consciente o inconsciente, de la consideración hacia dicho cuerpo de terceras personas (familiares, amigos, cuidadores).<sup>4</sup> La imagen de un cuerpo perfecto es fundamental para la autoestima del paciente. La mayoría de las personas sanas no tienen conciencia de su imagen corporal; son las enfermedades y las lesiones las que estimulan su percepción consciente.<sup>19</sup> El 78% de los pacientes ostomizados ven un fuerte impacto en su imagen corporal.<sup>17</sup>

La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada, impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y que la rehabilitación resulte eficaz.<sup>18</sup> El paciente con estoma tiene que aceptar la existencia de un nuevo orificio en su cuerpo, por el que van a exteriorizarse sus heces, orina, olores, etc. Todo ello puede generar una reacción social desagradable, y crearle angustia y miedo al paciente tanto en el contexto de sus relaciones sociales como con su pareja.<sup>4</sup> Se considera que el 80% de los pacientes ostomizados modifican su estilo de vida, y más del 40% tienen problemas relativos a su vida sexual.<sup>4</sup>

Las personas ostomizadas pueden sufrir una alteración emocional y disfunción sexual que puede llegar a ser grave. Esta alteración anatómica y funcional repercute sobre la imagen corporal y respuesta sexual del paciente, provocando secuelas psicosociales ocasionadas por los cambios físicos y los tabúes sociales existentes. Los sentimientos de valía personal y de capacidad de atraer a otra persona se ven amenazados precisamente en el momento en que aumenta la necesidad de intimidad. La soledad y el aislamiento exacerbaban el estrés psicológico de los pacientes y ocasionan pérdida de la sexualidad.<sup>4,17,18</sup>

Por otro lado, es importante destacar que estas consecuencias sociales, y psíquicas del paciente estarán influidas en gran medida por el tipo de enfermedad que padece, la temporalidad de la ostomía y la edad del paciente.<sup>4</sup>

Toda esta adaptación a la nueva situación a la que se enfrenta el paciente ostomizado constituye un proceso de duelo que va atravesando. En primer lugar la persona se encuentra en un estado de "shock", caracterizado por la rigidez emocional y la incapacidad para tomar decisiones. Más tarde pasa por una fase de depresión reactiva, en la que resulta imprescindible el apoyo de los cuidadores (tanto familiares como sanitarios). Posteriormente entra en la fase de reconocimiento y aceptación que representa el momento en que los pacientes empiezan a aceptar las complicaciones de su ostomía, exigiendo respuestas a preguntas concretas e interesándose por su autonomía y el cuidado de su estoma. La última etapa es la de resolución, aceptando la pérdida de su imagen corporal perfecta y la modificación de su estado físico y funcional, adaptándose a ellos y restableciendo su vida social.<sup>4,19</sup>

En la adaptación comentada anteriormente es muy importante la actitud de la familia de la persona con colostomía, sobre todo la del cónyuge. Si se rechaza, aunque sea inconscientemente, el nuevo aspecto corporal de su compañero/a, el proceso de adaptación a este nuevo esquema corporal se volverá mucho más complejo. La falta de apoyo social y familiar al paciente puede llevarlo con relativa facilidad a una fuerte depresión e incluso al suicidio. Solamente cuando el paciente puede hablar y dialogar con amigos y parientes de sus sentimientos con normalidad, sin provocarle miedo, angustia u hostilidad, es cuando empieza a superar sus problemas.<sup>4,17</sup>

El papel de la enfermera especializada en ostomías (estomaterapeuta) es clave en este proceso.

Por todo ello, en los pacientes con ostomías se dan frecuentemente los diagnósticos enfermeros reconocidos por la NANDA de Trastorno de la Imagen Corporal (00118), Baja Autoestima Situacional (00120), Disfunción Sexual (00059) y Aislamiento Social (00053). (Anexo 1)

Como hemos reflejado el impacto de las ostomías afecta no sólo al ámbito físico sino también al plano psíquico y social de la persona. La suma de la alteración de la imagen corporal con la depresión, el proceso de duelo, la afectación de la sexualidad y la modificación de las relaciones interpersonales crean un gran impacto en el paciente. La

aparición de problemas por la ubicación del estoma incrementan este impacto por posibles fugas de materia fecal, olores, o maceración de la piel. Por ello en este estudio se pretenden revisar las evidencias disponibles sobre la intervención enfermera del marcaje del estoma y sus efectos sobre la calidad de vida del paciente.

## **Objetivos.**

### Objetivo General:

- Revisar las evidencias publicadas acerca de la conveniencia de practicar el marcaje del estoma a pacientes sometidos a colostomías.

### Objetivos intermedios:

- Conocer cuál es el procedimiento del marcaje del estoma.
- Comprender cómo afecta a la calidad de vida del paciente.
- Cuantificar la aparición de complicaciones con marcaje del estoma y sin él.



## **Metodología.**

Para la consecución de los objetivos marcados en este trabajo, la metodología empleada ha consistido en una revisión de la bibliografía existente sobre las evidencias acerca de la conveniencia o no de practicar el marcaje del estoma a pacientes que van a ser portadores de colostomías.

Esta búsqueda se desarrolló en los meses de marzo y abril del año 2015, en tres vertientes de información. En primer lugar se realizó una búsqueda primaria en bases de datos españolas (IME, CUIDEN, ENFISPO, LILACS, DIALNET, y Enfermería al día) utilizando los descriptores DeCS “estoma”, “colostomía”, “ubicación”, “localización”, y “marcaje”, y en bases de datos de lengua inglesa (PubMed, CINHALL, Scopus, WOS) utilizando los descriptores MeSH “Stoma”, “Site”, “Marking”, y “Colostomy”.

Posteriormente se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos de guías de práctica clínica como National Guideline Clearinghouse, y en repositorios de guías de práctica clínica del SNS como GuiaSalud, con los términos de búsqueda anteriormente mencionados.

Finalmente también se realizó una búsqueda a través del buscador Google Académico con los mismos términos.

El análisis de la información obtenida de estos artículos y documentos ha permitido adquirir información actualizada y relacionada con la ubicación del estoma en pacientes colostomizados.

En la siguiente tabla se muestra la estrategia de búsqueda empleada en las diferentes bases de datos en lengua española e inglesa, así como los operadores booleanos y filtros utilizados, y los artículos obtenidos en cada una de ellas.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Operadores Booleanos	Filtros	Artículos Totales
Cuiden	Marcaje AND (estoma OR colostomía)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015	14
IME	*Stom* Y ubicación	Y, *	Fecha de publicación: 2004-2015	6
Enfispo	Estoma Y ubicación	Y	Fecha de publicación: 2005-2015.	1
Pubmed	stoma AND (site OR marking) AND nurs*	AND, OR, *	Fecha de publicación: 2005-2015 Humanos	23
Scopus	stoma AND (site or marking)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015 Campo: Título del artículo	31
WOS	stoma AND (site or marking)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015 Campo: Título del artículo.	55
Dialnet	(estoma OR ostomía) AND (ubicación OR marcaje OR localización)	AND, OR	Fecha de publicación: 2004-2015	7
Lilacs	colostomy AND (site or marking)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015 Límite: Humanos	141

<b>Enfermería al día</b>	stoma AND (site or marking)	AND	Fecha de publicación: 2005-2015	46
<b>Cochrane Library</b>	stoma AND (site or marking)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015	46
<b>CINHAL</b>	stoma AND (site or marking)	AND, OR	Fecha de publicación: 2005-2015	54
<b>GuiaSalud</b>	Marcaje Y estoma	Y	-	0
<b>National Guideline Clearinghouse</b>	stoma AND (site or marking)	AND, OR	-	9

En total se han encontrado 424 artículos en las bases de datos mencionadas.

Los criterios de inclusión establecidos para la búsqueda bibliográfica han sido:

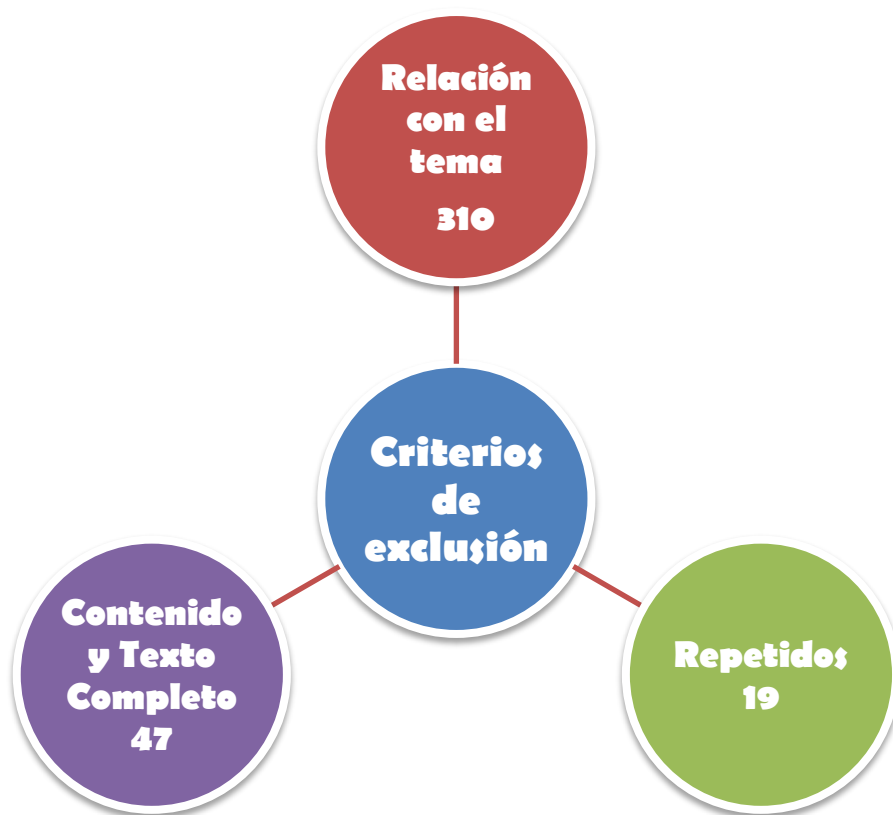
- Artículos relacionados con el tema de la búsqueda: marcaje del estoma.
- Fecha de publicación: 2004-2015.
- Artículos en español, inglés y portugués.

Los criterios de exclusión que se han determinado para la búsqueda son:

- Artículos no relacionados con el tema de la búsqueda.
- Fecha de publicación previa a 2004.
- Artículos en otro idioma diferente al español, al inglés o al portugués.
- Artículos no disponibles a texto completo, ya sea de forma directa o a través de la Universidad de Sevilla.

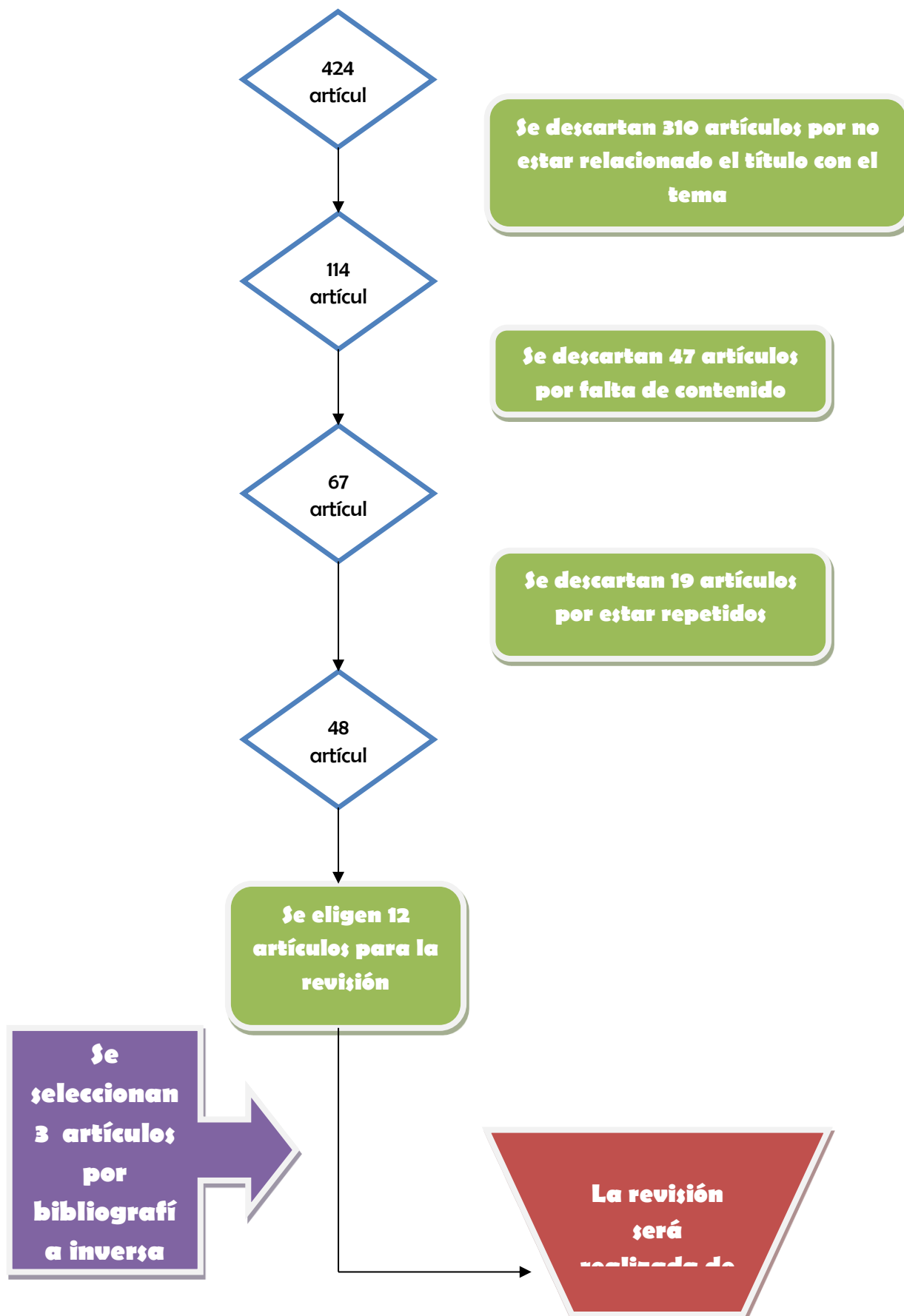
**Desarrollo.**

Tras la realización de la búsqueda primaria y lectura rápida de documentos se obtuvieron 424 artículos susceptibles de ser incluidos en la revisión. 376 de ellos no cumplieron los criterios de inclusión.



**Ilustración 1. Criterios de exclusión**

A continuación se detalla el flujograma de la revisión bibliográfica:



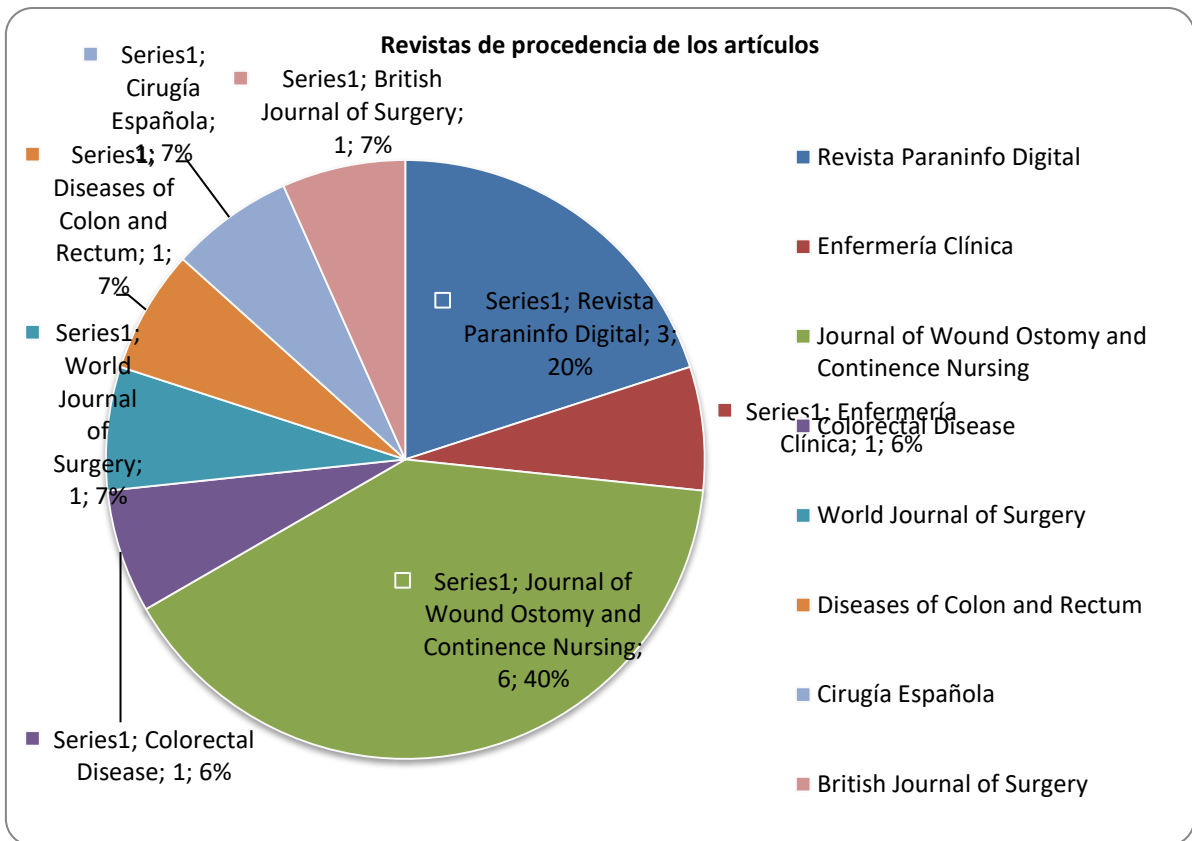


Gráfico 1. Revistas de procedencia de los artículos

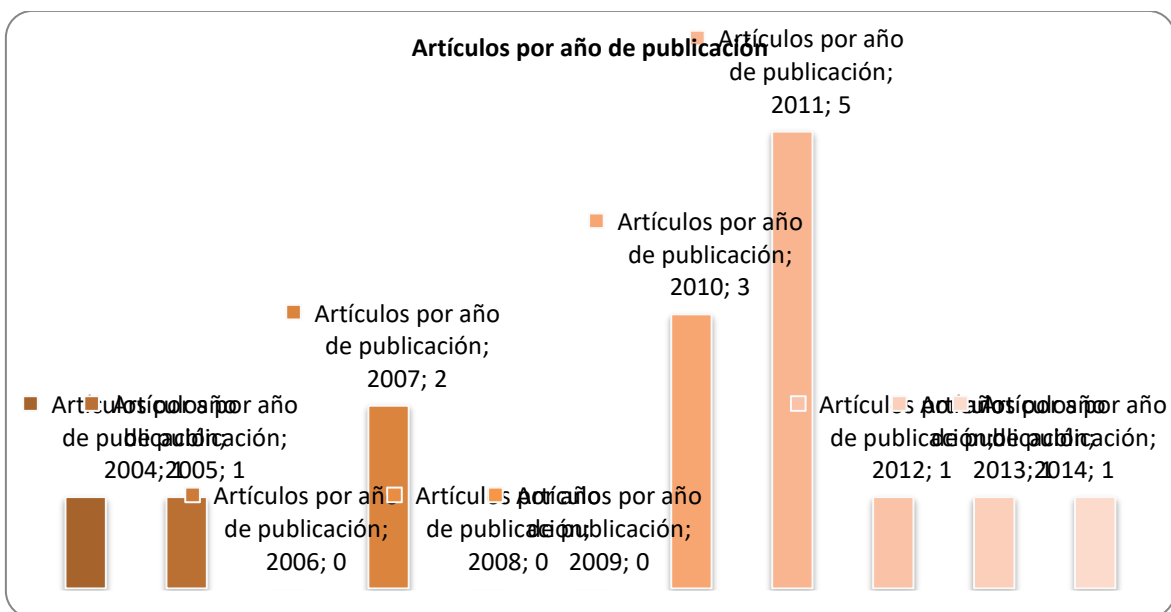


Gráfico 2. Artículos por año de publicación

<b>Nombre de la revista</b>	<b>RIC (CUIDEN)</b>	<b>SJR Q</b>	<b>SJR (SCOPUS)</b>	<b>JCR Q</b>	<b>JCR (WOS)</b>
<b>Revista Paraninfo Digital</b>	1,5686	Q3	0,190	-	-
<b>Enfermería Clínica</b>	0,7091	Q3	0,217	-	-
<b>Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing</b>	-	Q1	0,551	Q2	1,000
<b>Colorectal Disease</b>	-	Q1	1,134	Q2	2,017
<b>World Journal of Surgery</b>	-	Q1	1,451	Q2	2,348
<b>Diseases of Colon and Rectum</b>	-	Q1	1,948	Q1	3,198
<b>Cirugía Española</b>	-	Q3	0,339	Q3	0,890
<b>British Journal of Surgery</b>	-	Q1	2,849	Q1	5,210

**Tabla 1. Factor de Impacto de las revistas consultadas**

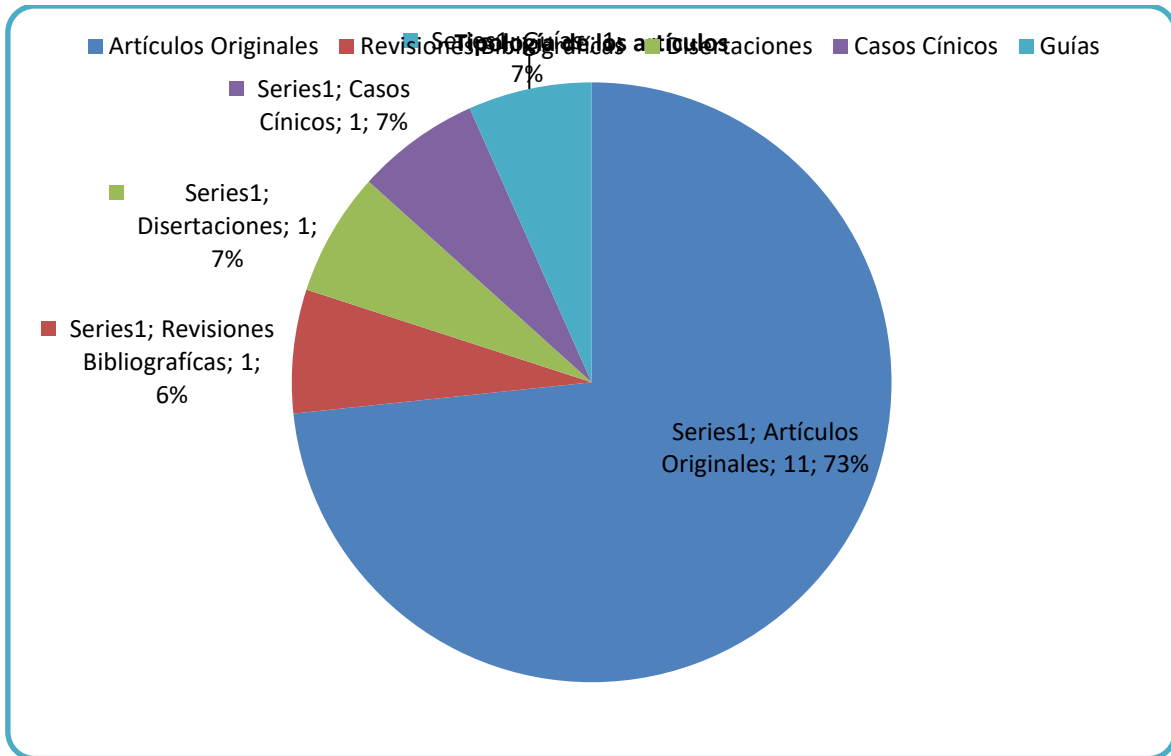


Gráfico 3. Tipología de los artículos



<b>Temas/ Artículo</b>	<b>Villalba et al</b>	<b>Martinez et al</b>	<b>Fernández et al</b>	<b>Tegido et al</b>	<b>ASCERS et al</b>	<b>Millan et al</b>	<b>Mahjoubi et al</b>	<b>Person et al</b>	<b>Youngberg et al</b>	<b>De Miguel et al</b>	<b>Nastro et al</b>	<b>Pittman et al</b>	<b>Colwell et al</b>	<b>Zimnicki et al</b>	<b>Ratliff et al</b>
<b>Procedimiento Marcaje Estoma</b>	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
<b>Calidad de Vida</b>	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
<b>Complicaciones</b>	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SO	SI	SI	SI

*Tabla 2. Vaciado de contenidos*

En base a los 15 artículos revisados sobre evidencias relacionadas con la conveniencia de la práctica del marcaje del punto de ostomía previo a la intervención de colostomía, se intentan responder las siguientes cuestiones:

**Pregunta 1. ¿Cuál es el procedimiento de la intervención enfermera marcaje del estoma?**

Según Villalba et al<sup>20</sup> la intervención enfermera “Marcaje del estoma”, se define como la localización y marcaje preoperatorio del lugar más indicado del abdomen, para la apertura quirúrgica de un estoma con la finalidad de evitar problemas de adaptación al aplicar los dispositivos de ostomía.

El marcaje del estoma es una intervención enfermera incluida en la última actualización de la NIC, propuesta por un grupo de estomaterapeutas españoles entre los que se incluyen los del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Los objetivos del marcaje del estoma son: garantizar la correcta adaptación del dispositivo de ostomía, evitar complicaciones (fugas e irritaciones cutáneas), y optimizar la calidad de vida del paciente ostomizado.<sup>21</sup>

El material necesario para el desarrollo de esta técnica es: rotulador indeleble, bolsa de colostomía, apósito transparente, gasas y alcohol.<sup>22</sup>

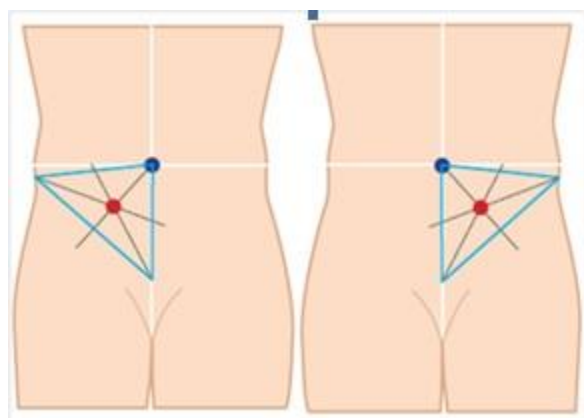
Previamente a la realización del procedimiento el enfermero debe recoger una serie de datos, valorando qué información ha recibido el paciente sobre la patología que padece y el hecho de ser futuro portador de una ostomía.<sup>23</sup>

Según Martínez et al<sup>21</sup> y Tegido et al<sup>23</sup>, en la valoración previa para escoger una correcta ubicación del estoma es esencial tener en cuenta:

- Características físicas. Constitución física, peso (obesidad, caquexia), tipo y forma del abdomen, presencia de pliegues abdominales, prominencias óseas o cicatrices previas.
- Patologías dermatológicas, como la psoriasis.
- Limitaciones motoras, sensitivas (vista y oído), de comprensión y destreza manual.
- Información sobre la situación familiar, social y laboral, el soporte
- y el grado de independencia (hábitos de eliminación urinaria y digestiva e higiene corporal)
- Creencias religiosas, orientación sexual y costumbres culturales.

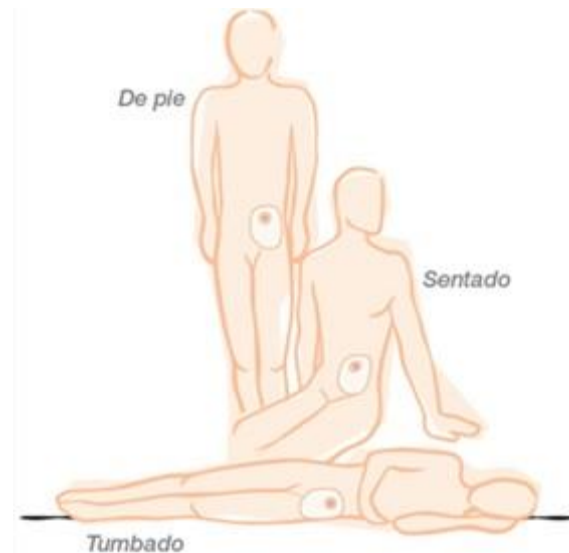
La bibliografía consultada refleja la importancia de evitar la ubicación del estoma en zonas anatómicas como la depresión umbilical, la flexura de la ingle, la línea natural de la cintura, o la zona media del pubis. Se evitará también situarlo sobre o cerca de: prominencias óseas (cresta ilíaca o parrilla costal), incisiones operatorias, cicatrices, prótesis quirúrgicas, zonas con alergia o procesos crónicos cutáneos, zonas de roce continuo, e interferencia con cinturones.<sup>21, 23, 24</sup>

Según Fernández<sup>22</sup> et al y Martínez et al<sup>21</sup>, dependiendo del segmento intestinal a intervenir, el estoma debería localizarse dentro de los músculos rectos del abdomen y su ubicación se determina con una serie de mediciones sobre el abdomen del paciente. Éstas consisten en la creación de un triángulo cuyos vértices serían el ombligo, la cresta iliaca y la sínfisis del pubis. Posteriormente se trazan las bisectrices de los ángulos del triángulo resultando del punto de intersección de las mismas el lugar preferente para la ubicación del estoma.



**Imagen 1. Mediciones para la localización del marcaje del estoma**

Tras lograr localizar el lugar, se coloca una bolsa colectora para la realización de una prueba dinámica, haciendo adoptar al paciente diferentes posturas (decúbito supino, sentado y de pie) y simular actividades de la vida diaria (vestirse, caminar, agacharse, etc....).<sup>21,22</sup>



**Imagen 2. Posiciones para evaluar la localización del estoma**

El punto localizado sobre el abdomen se deberá modificar en función de la prueba con el dispositivo o por la morfología del abdomen. En el paciente con obesidad, conviene señalar el punto un poco más arriba del lugar ideal, ya que al recuperar el peso el estoma tiende a desplazarse hacia abajo. Finalmente se debe marcar el lugar elegido con rotulador indeleble que no se borre durante la higiene o la preparación para la cirugía.<sup>21,22</sup>

Esta técnica puede ser llevada a cabo por todo el personal de enfermería que atiende al paciente en su proceso quirúrgico tras adquirir unos conocimientos que le capaciten para ello, aunque es preferible que sea realizada por un estomaterapeuta.<sup>22</sup>

En cuanto a las actividades que se engloban dentro de la NIC: Marcaje del estoma, Villalba et al<sup>20</sup> enumeran 21 actividades validadas.

<b>ACTIVIDADES</b>	
1	Preservar la intimidad del paciente durante la realización de la intervención.
2	Preparar el material necesario (rotulador indeleble, dispositivos de muestra....).
3	Conocer la orientación cultural y religiosa del paciente.
4	Identificarnos y presentarnos al paciente o cuidador.
5	Informar al paciente o cuidador de la técnica a desarrollar y su finalidad.
6	Reforzar la información con ayuda de un esquema anatómico-fisiológico, si procede.
7	Solicitar la colaboración del paciente para realizar la técnica.
8	Pedir al paciente la autorización para marcar el estoma.
9	Identificar necesidades especiales: ropa, prótesis,....
10	Conocer los cambios de peso corporal en el último año.
11	Identificar alergias cutáneas y/o enfermedades de la piel.
12	Identificar alteraciones de la integridad de la piel en la zona abdominal.
13	Efectuar las mediciones necesarias sobre el abdomen del paciente para localizar la posible ubicación del estoma.
14	Seleccionar el punto adecuado para la posterior localización del estoma, evitando las zonas que no resulten apropiadas (pliegues, cicatrices, profusiones óseas, mamas pendulares, otras prótesis...).
15	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..
16	Reubicar el dispositivo; si es preciso, seleccionar un nuevo punto.
17	Retirar el dispositivo de prueba y marcar la ubicación definitiva del futuro estoma con un trazo de escritura indeleble y resistente al agua.
18	Identificar limitaciones del paciente: visuales, manejabilidad, auditivas,...
19	Cuando se establezca el punto de marcaje, asegurarse que es visible y de buen acceso para el paciente con el fin de favorecer su autocuidado.
20	Valorar el grado de comprensión y conocimientos de la información recibida.
21	Documentar las actividades realizadas en la historia clínica del paciente.

**Tabla 3. Actividades de la NIC: Marcaje del estoma**

## **Pregunta 2. ¿Cómo afecta a la calidad de vida del paciente el marcaje del estoma?**

En un estudio comparativo realizado por Tegido et al<sup>23</sup>, analizan dos casos clínicos de dos pacientes con características similares, que necesitaron de una ostomía. En el primer caso la ubicación de la ostomía se realizó en el preoperatorio y en el segundo caso se localizó el estoma durante el acto quirúrgico. En el postoperatorio el primer paciente no mostró miedo al visualizar la ostomía y se interesó por su higiene, la elección del dispositivo colector, la dieta que debía llevar y por cuándo podría reanudar su vida cotidiana. Al alta hospitalaria el paciente era autónomo. En cambio el segundo paciente presentó una conducta de rechazo de la colostomía, poco interés durante el aprendizaje de los autocuidados y un estado anímico de tristeza.

El estudio explica que una mala ubicación del estoma es motivo para que el paciente no pueda cuidarse, ya sea por la dificultades de visualización del estoma, o por problemas para adaptar los dispositivos a la pared abdominal. Todo ello genera situaciones de alta dependencia, aislamiento e inseguridad por temor a las fugas.<sup>23</sup>

Otro artículo publicado en 2009 (Millán et al<sup>25</sup>) en el que se estudiaba el efecto de la educación preoperatoria y el marcaje del estoma en una muestra de 270 pacientes que iban a ser intervenidos para la creación de una ostomía intestinal. Los datos que se obtuvieron reflejan una disminución en la ansiedad en los pacientes a los que se les practicó el marcaje del estoma. El hecho de que se lleve a cabo el marcaje del estoma está relacionado también con una menor dificultad de adaptación al estoma y a todo lo que le rodea.

La función sexual también se ve mejorada con una apropiada ubicación de la colostomía según Mahjoubi et al.<sup>26</sup> Además la función física, cognitiva, emocional y el mantenimiento del rol de la persona se preservan mejor que en pacientes con una mala localización del estoma.

Según Person et al<sup>27</sup>, el marcaje del estoma en el preoperatorio mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes con colostomías, mejorando la seguridad y la independencia. Esta conclusión está basada en un análisis en el Rambam Health Care Campus de Haifa (Israel) de 105 pacientes de los cuales 52 fueron marcados preoperatoriamente y los 53 restantes no. Tras una revisión de las evidencias

existentes al respecto, y del empleo de métodos estadísticos aplicados a los resultados obtenidos de unos cuestionarios administrados a los pacientes, los datos reflejaban una menor preocupación por olores o ruidos de la bolsa, la sexualidad, el descanso y el aislamiento.

También Youngberg<sup>28</sup> refleja en su disertación sobre cómo influye el marcaje previo del estoma en la calidad de vida del paciente y las complicaciones en el paciente ostomizado, la mala ubicación del estoma como una de las causas que disminuye la calidad de vida de estas personas. Tras revisar la literatura existente concluye que si un estoma se coloca de forma incorrecta, esto puede originar una dificultad excesiva para que el paciente pueda realizar sus autocuidados y además tiene un impacto negativo tanto en el plano psicológico como en el emocional. Por el contrario, un estoma bien colocado aumenta la independencia gracias al cuidado personal, permitiendo la reanudación de las actividades normales. Posteriormente escogió una muestra representativa y pasó un cuestionario sobre calidad de vida en los pacientes ostomizados. Los datos obtenidos mostraban una mayor calidad de vida en aquellos pacientes que habían sido marcados preoperatoriamente,

### **Pregunta 3. ¿El marcaje del estoma previo a la intervención influye en la aparición de complicaciones postoperatorias?**

La American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) y la Wound Ostomy Continence Nurses Society (WOCN) recomiendan que a todos los pacientes que van a ser intervenidos para la realización de una ostomía se les debería realizar el marcaje preoperatorio del estoma. Esta técnica puede ayudar a reducir los problemas postoperatorios como fugas, irritación de la piel, o dolor.<sup>24</sup>

En un análisis de la actual situación en la prevención de complicaciones del estoma, De Miguel et al<sup>29</sup> explican que la mala ubicación del estoma dificulta el autocuidado e interfiere la adherencia de las bolsas, provocando fugas de heces que irritarán la piel periestomal, lo que a su vez aumenta la dificultad de mantener la bolsa adherida. Así se crea un círculo vicioso de fuga-irritación cutánea que agrava el cuadro.

Otros estudios recientes como los de Nastro et al<sup>30</sup> y Pittman et al<sup>31</sup> han convenido que la elección preoperatoria de la localización del estoma reduce de manera significativa el riesgo de complicaciones.

En una revisión de las evidencias existentes sobre la influencia en la tasa de complicaciones realizada por Colwell et al<sup>32</sup>, se mostraba que la combinación del marcaje del estoma junto con la enseñanza en el preoperatorio, disminuían el número de complicaciones periestomales.

Otros estudios como los de Zimmicki et al<sup>33</sup> y Ratliff et al<sup>34</sup>, explican que a pesar de las evidencias existentes sobre los beneficios del marcaje del estoma, los resultados de sus análisis no son concluyentes, y no aportan datos que puedan ser extrapolados a la población general.

En estudios de muestras de pacientes ostomizados también se obtuvieron datos que reflejaban una disminución del número de complicaciones.

Millan et al<sup>25</sup>, en el estudio que llevó a cabo en 12 unidades de cirugía colorrectal españolas, analizó complicaciones como la isquemia, el edema, la irritación de la piel periestomal, la dermatitis, la retracción o el prolapso, obteniendo en todas ellas una disminución de su aparición en comparación con pacientes a los que no se les había practicado el marcaje del estoma. Los datos de la irritación de la piel periestomal y dermatitis fueron significativamente más evidentes ya que la primera ocurrió solo en un 8,8% de la muestra, en comparación con el 36'3% de personas a las que no se les hizo el marcaje; y la segunda ocurrió en un 10,2 % de la muestra, en comparación con el 24'2% de los que no recibieron el marcaje.

En el documento de Person et al<sup>27</sup>, la aparición de complicaciones postoperatorias también es menor en personas a las que se les hizo el marcaje. Son menores los porcentajes de ostomizados con fugas, irritación de la piel periestomal, hernias, reintervenciones y prolapsos.



## **Reflexiones finales/Conclusiones.**

Tras el análisis de los documentos se ha llegado a una serie de conclusiones en relación a los objetivos específicos elaborados para conseguir una visión global de las evidencias existentes en cuanto a la conveniencia de practicar el marcaje previo del estoma en pacientes con colostomías:

1. En relación al primer objetivo “*conocer cuál es el procedimiento del marcaje del estoma*”, hemos concluido que:

El marcaje del estoma, se define como la localización y marcaje preoperatorio del lugar más indicado del abdomen, para la apertura quirúrgica de un estoma con la finalidad de evitar problemas de adaptación al aplicar los dispositivos de ostomía.

El marcaje del estoma es una intervención enfermera incluida en la última actualización de la NIC, propuesta por un grupo de estomaterapeutas españoles entre los que se incluyen los del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Este procedimiento busca garantizar la correcta adaptación del dispositivo de ostomía, evitar complicaciones (fugas e irritaciones cutáneas), y optimizar la calidad de vida del paciente ostomizado.

Debido a las grandes ventajas que conlleva es muy recomendable la aplicación de este procedimiento en la práctica asistencial, pudiendo ser llevado a cabo por el estomaterapeuta o por todo el personal de enfermería que atiende al paciente en su proceso quirúrgico tras adquirir unos conocimientos que le capaciten para ello. La relación calidad-precio es otro punto a favor del marcaje del estoma.

2. En relación al segundo objetivo “*comprender cómo afecta a la calidad de vida del paciente*”, las conclusiones son:

En la calidad de vida de la persona colostomizada influye en gran medida el grado de colaboración del paciente para que logre recuperar recobre su autonomía y se incorpore a su vida cotidiana lo más prontamente posible.

La colocación incorrecta del estoma puede originar una dificultad excesiva para que el paciente pueda realizar sus autocuidados y además tiene un impacto negativo tanto en el plano psicológico como en el emocional, generando situaciones de alta dependencia, aislamiento e inseguridad por temor a las fugas.

Por el contrario, un estoma bien colocado aumenta la independencia gracias al cuidado personal, y la aceptación y adaptación a esta nueva situación, permitiendo la reanudación de las actividades normales y disminuyendo la ansiedad del paciente.

3. En relación al tercer objetivo “*cuantificar la aparición de complicaciones con marcaje del estoma y sin él*”, hemos obtenido estas conclusiones:

El marcaje del estoma consigue disminuir complicaciones como la isquemia, el edema, la irritación de la piel periestomal, la dermatitis, la retracción o el prolapso. Los datos de la irritación de la piel periestomal y dermatitis son significativamente más evidentes. Como se ha comentado anteriormente, la mala ubicación del estoma dificulta el autocuidado, ello interfiere en la adherencia de las bolsas, provocando fugas de heces que irritarán la piel periestomal, lo que a su vez aumenta la dificultad de mantener la bolsa adherida. Así se crea un círculo vicioso de fuga-irritación cutánea que agrava el cuadro.

Por ello se puede concluir que, en relación a sí es conveniente o no realizar el marcaje preoperatorio del estoma, sí aporta beneficios evidenciados.

## **Limitaciones y prospectiva.**

### ○ Limitaciones.

Con respecto a las limitaciones encontradas durante el desarrollo de este trabajo, se debe mencionar la escasez de guías de práctica clínica y protocolos relacionados con el tema abordado. Además de ello hay pocos estudios existentes de análisis de casos comparativos entre pacientes a los que se les practica el marcaje del estoma y pacientes a los que no, por lo que hay algunos datos que no ofrecen conclusiones significativas. También sería necesaria la realización de estudios en distintas situaciones como en el embarazo, en niños, o en pacientes en situación terminal, donde los objetivos que se buscan son distintos.

### ○ Prospectiva.

Con esta revisión se pretende que las conclusiones obtenidas puedan ser utilizadas en la práctica asistencial, fundamentalmente a través de los organismos oficiales con la creación de guías, protocolos y otros estudios que aporten mayor grado de evidencias que sustenten la práctica clínica y de este modo, se contribuya a concienciar sobre la importancia de practicar el marcaje previo del estoma en pacientes colostomizados.

**Bibliografía:**

1. Charúa Guindic L. Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006; 69 (2) Abr.-Jun, 113 – 118.
2. Ramos Girona M.R. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Enferm Integral. 2012. 99, 12-16.
3. Juárez Ruiz L, López Galiano M.C, Rojas Aguilar Y. Evolución histórica de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. Rev Paraninfo Digital. 2011; 13.
4. Corella Calatayud, JM; Vázquez Prado, A; Tarragón Sayas, MA; Mas Vila, T; Corella Mas, JM; Corella Mas, L. Estomas. Manual de Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) 2005. Disponible en: [http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro\\_47.pdf](http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf). [Consultado el 20.04.2015].
5. Manual de Patología quirúrgica. Ostomías. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir\\_023.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.html). (Consultado el 13/04/2015).
6. OMS. Informe sobre la salud en el mundo de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/whr/es>. Consultado el 20/04/2015.
7. Asociación española contra el cáncer. Memoria 2011. Madrid. Disponible en: [https://www.aecc.es/Nosotros/Dondeestamos/Madrid/quienessomos/Documents/Memo\\_aeccMadrid\\_2011.pdf](https://www.aecc.es/Nosotros/Dondeestamos/Madrid/quienessomos/Documents/Memo_aeccMadrid_2011.pdf). Consultado el 20/04/2015.
8. 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).
9. American Cancer Society. Colostomía: una guía. 2015. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf>. (Consultado el 13/04/2015).

10. United Ostomy Associations of America, Inc. Colostomy Guide. 2011. Accessed at [www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy\\_info/ColostomyGuide.pdf?direct=1](http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/ColostomyGuide.pdf?direct=1). Consultado el 20/04/2015.
11. Principales Complicaciones de las ostomías digestivas. Manual de Cuidados en ostomías. Disponibles en: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>. (Consultado el 13/04/2015).
12. Thibaudeau E, Roch A, Branger F, Arnaud J. Colon: Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las colostomías. EMC – Técnicas Quirúrgicas – Aparato Digestivo. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S1282912913659607/1-s2.0-S1282912913659607-main.pdf?\\_tid=5da1219c-e856-11e4-abe8-00000aab0f6b&acdnat=1429642016\\_d1032e4cb8084a1a48842e68b8d7d731](http://ac.els-cdn.com/S1282912913659607/1-s2.0-S1282912913659607-main.pdf?_tid=5da1219c-e856-11e4-abe8-00000aab0f6b&acdnat=1429642016_d1032e4cb8084a1a48842e68b8d7d731). Acceso el 21/04/2015.
13. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallen AM, Lindholm E. Stoma related complications and stoma size, a 2-year follow-up. *Colorectal Dis* 2010; 12:971–6.
14. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis* 2007; 9:834–8.
15. Ripoché J, Basurko C, Fabbro-Peray P, Prudhomme M. Éventrations péristomiales, étude de la Fédération des stomisés de France. *J Chir Viscer* 2011; 148:494–501.
16. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TR, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg* 2010; 97:1885–9.
17. Julio Brito R. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. *Rev Chi Cirug*. Vol 56, nº 1, Febrero 2004; 31-34.
18. Constantino Luis N, Lázaro E.A, Miguel F, Francisco L.V, Margarita L.R. Problemática actual del paciente con ostomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2001; (4): 256.
19. United Ostomy Associations of America, Inc. What is an Ostomy? Disponible en: [www.ostomy.org/What\\_is\\_an\\_Ostomy.html](http://www.ostomy.org/What_is_an_Ostomy.html). Consultado el 22/04/2015.
20. Villalba Vinagre, Esperanza; Cantarino Martí, Isabel; Viñals Sala, M<sup>a</sup> Antonia; Serinarell Roca, M<sup>a</sup> Dolors; Durán Ventura, M<sup>a</sup> Carmen; Penín Castiñeira, M<sup>a</sup> Ángeles;

García Rambla, M<sup>a</sup> Lidón; Cobos Serrano, José Luis. Propuesta de una nueva intervención enfermera: Marcaje del estoma. Rev Paraninfo Digital. 2011. Año V(13).

21. Martínez Morales, María; Martínez Castillo, José; Menéndez Muñoz, Isabel; Marcos Lozano, Rosario; Ruiz Marcos, M<sup>a</sup> Rosario; Lerín Cabrejas, Pilar; Laínez Pardos, Pilar L; Salvador Estelles, Fuensanta; González Fuentes, Margarita; Cobos Serrano, José Luis. Diseño de un díptico para la realización correcta del marcaje del estoma. Rev Paraninfo Digital. 2011. Año V(13).

22. Fernández Camiñas, José Antonio; Méndez López, Elba; Lorenzo Díaz, Celia; Barral Rodríguez, M<sup>a</sup> José; Sobrado Otero, M<sup>a</sup> José; Pérez Taboada, M<sup>a</sup> Jesús. Guía fotográfica para el marcaje prequirúrgico de pacientes susceptibles de ser portadores de ostomías digestivas. Rev Paraninfo Digital. 2011. Año V(13).

23. Tegido Valentí, Montserrat; Ripoll, Pilar Solé; Nebot Salabert, Sergi. Ubicación del estoma y autonomía del paciente. 2004 Enfermería Clínica vol. 14 (01) p. 41-45.

24. American Society of Colon and Rectal Surgeons Committee Members; Wound Ostomy Continence Nurses Society Committee Members. ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2007 Nov-Dec;34(6):627-8.

25. Millan M; Tegido M; Biondo S; García-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis;12(7 Online): e88-92, 2010 Jul.

26. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammad-Sadegui H. Quality of life in stoma patiens: appropriate and inappropriate stoma sites. World Journal of Surgery. 2010. 34(1); 147-52.

27. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. Dis Colon Rectum. 2012 Jul; 55(7):783-7.

28. Youngberg, Diane R. Maydick. Individuals with a permanent ostomy: quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications,

and out-of-pocket financial costs for ostomy management. *Journal of wound ostomy and continence nursing*. 2011; 38(3,S), S5-S6.

29. Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Current status of the prevention and treatment of stoma complications. A narrative review. *Cir Esp*. 2014 Mar;92(3):149-56.

30. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TR, Lunnis PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. 2010;97:1885–9.

31. Pittman J. Characteristics of the patient with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2011. 38 (3): 271-279.

32. Colwell JC, Gray M. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2007 Sep-Oct;34(5):492-6.

33. Zimnicki KM. Preoperative stoma site marking in the general surgery population. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013 Sep- ct;40(5):501-5.

34. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2005;32:33–7.

35. Cots I, Villalba, E. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según patrones funcionales. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(2).

**Anexos.**Anexo 1. Planes de cuidados del paciente con colostomía. <sup>35</sup>

<p><b>Baja autoestima situacional (00120)</b></p>	<p>Factores relacionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteración de la imagen corporal</li> <li>Deterioro funcional</li> <li>Falta de reconocimiento</li> <li>Cambio en el rol social</li> </ul> <p>Características definitorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones</li> <li>Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.</li> </ul>
<p><b>NOC: Autoestima (1205)</b></p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>120502 Aceptación de las propias limitaciones</li> <li>120503 Mantenimiento de una postura erecta</li> <li>120504 Mantenimiento del contacto ocular</li> <li>120519 Sentimientos sobre su propia persona</li> </ul>
<p><b>NIC: Potenciación de la autoestima (5400)</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios</li> <li>Animar al paciente a identificar sus virtudes</li> <li>Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente</li> <li>Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede</li> <li>Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos</li> </ul>



<p><b>NIC: Apoyo emocional (5270)</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Comentar la experiencia emocional con el paciente</li> <li>Proporcionar apoyo durante la negación ira, negociación y aceptación de las fases de aceptación de pena</li> <li>Proporcionar ayuda en la toma de decisiones</li> <li>No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado</li> <li>Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa</li> </ul>
<p><b>NIC: Escucha activa (4920)</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mostrar interés en el paciente</li> <li>Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos sentimientos y preocupaciones</li> <li>Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones</li> <li>Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas</li> <li>Identificar los temas predominantes</li> <li>Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación</li> <li>Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura)</li> <li>Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones</li> </ul>

**Tabla 4. Diagnósticos, NOCs y NICs más frecuentes en pacientes con colostomías.**

<p><b>Trastorno de la imagen corporal (00118)</b></p>	<p>Factores relacionados:</p> <p>Cirugía</p> <p>Características definitorias:</p> <p>No mirar y no tocar una parte del cuerpo</p> <p>Preocupación del cambio</p>
<p><b>NOC: Imagen corporal (1200)</b></p>	<p>Indicadores:</p> <p>12001 Imagen interna de si mismo</p> <p>12014 Adaptación a cambios corporales por cirugía</p> <p>12016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada</p> <p>12017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto</p>
<p><b>NIC: Potenciación de la imagen corporal (5220)</b></p>	<p>Actividades:</p> <p>Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía</p> <p>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal</p> <p>Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio</p> <p>Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto</p> <p>Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.</p>

**Tabla 5. Diagnósticos, NOCs y NICs más frecuentes en pacientes con colostomías.**

<p><b>Disfunción Sexual (00059)</b></p>	<p>Factores relacionados:</p> <p>Alteración de la estructura corporal (cirugía). Alteración de la función corporal</p> <p>Características definitorias:</p> <p>Limitaciones reales impuestas por la terapia (cirugía, tratamientos) Verbalización del problema</p>
<p><b>NOC: Funcionamiento Sexual (0119)</b></p>	<p>Indicadores:</p> <p>011901 Consigue la excitación sexual 011905 Adapta la técnica sexual cuando es necesario 011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas 011909 Expresa autoestima 011910 Expresa comodidad con su cuerpo 011911 Expresa interés sexual 011912 Expresa capacidad para intimar 011918 Expresa conocimiento de las capacidades sexuales funcionales 011921 Se comunica con facilidad con la pareja.</p>
<p><b>NIC: Asesoramiento sexual (5248)</b></p>	<p>Actividades:</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</p> <p>Proporcionar intimidad i asegurar la confidencialidad Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas</p> <p>Discutir a cerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, si procede</p> <p>Utilizar el humor y animar al paciente a utilizarlo para aliviar la ansiedad o a vergüenza</p> <p>Disponer derivación/consulta con otros miembros del equipo de cuidados, si procede</p>

**Tabla 6. Dignósticos, NOCs y NICs más frecuentes en pacientes con colostomías.**

<p><b>Aislamiento Social (00053)</b></p>	<p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones del aspecto físico.</li> <li>Alteraciones del bienestar.</li> <li>Recursos personales inadecuados.</li> </ul> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de persona o personas de apoyo significativas</li> <li>Enfermedad</li> <li>Tristeza</li> <li>Retraimiento</li> <li>Expresa sentimientos de ser distinto a los demás</li> <li>Inseguridad en público.</li> </ul>
<p><b>NOC: Equilibrio Emocional (1204)</b></p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>120402 Muestra un estado de ánimo sereno</li> <li>120405 Muestra concentración</li> <li>120423 Mantiene el arreglo y la higiene personal</li> <li>120425 Expresa el seguimiento del régimen terapéutico</li> <li>120415 Muestra interés por lo que le rodea</li> <li>120417 Refiere un nivel de energía estable</li> </ul>
<p><b>NIC: Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el grado de apoyo familiar</li> <li>Determinar el grado de apoyo económico de la familia</li> <li>Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso</li> <li>Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas</li> <li>Remitir a un grupo de autoayuda si se considera oportuno</li> </ul>
<p><b>NIC: Potenciación de la autoestima</b></p>	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Observar las frases del paciente sobre su propia valía</li> <li>Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios</li> </ul>

<b>(5400)</b>	<p>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación</p> <p>Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros si procede</p> <p>Fomentar el aumento de responsabilidad sobre si mismo, si procede</p> <p>Explorar las consecuencias anteriores</p> <p>Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos</p>
---------------	---

**Tabla 7. Diagnósticos, NOCs y NICs más frecuentes en pacientes con colostomías.**