

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PORTADORES DE COLOSTOMÍA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA 3A DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS – LIMA, 2014 - 2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICO**

LIC. LIZBETH YANIRA CHIRE RAMOS

CALLAO - PERÚ
2017

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 095

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 30/03/2017

Resolución de Decanato N°707-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. CHIRE RAMOS LIZBETH YANIRA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVOS.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	38
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	38
3.2 EXPERIENCIA LABORAL	38
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	39
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES.....	44
VI. RECOMENDACIONES.....	45
ANEXOS	49

INTRODUCCIÓN

El presente informe titulado "cuidados de enfermería en pacientes portadores de colostomía en el servicio de cirugía 3A del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Lima, 2014 – 2016", tiene como objetivo describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería a pacientes portadores de colostomía.

El cáncer colorectal consiste en el crecimiento descontrolado de células tumorales en esa parte del intestino, cabe resaltar que los tumores de colon y recto suelen analizarse conjuntamente debido a los frecuentes errores de clasificación de los tumores de la porción recto-sigmoide. Entre los principales factores etiológicos conocidos se encuentran: la predisposición genética y los factores dietéticos (ingesta elevada de grasas, proteínas e hidratos de carbono refinados y la deficiencia de fibra en la dieta). El único tratamiento curativo disponible es la resección quirúrgica del tumor, este acto quirúrgico generalmente conlleva a la realización de una ostomía, que es la creación de una apertura del intestino a la piel a través de la pared abdominal con la finalidad de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el tracto final de intestino (1).

Se denomina colostomía si la parte de intestino que se aboca es el colon e ileostomía si es el íleon. Los estomas se clasifican según el tiempo de permanencia en estomas temporales y estomas permanentes y/ o definitivos. Las causas más frecuentes de ostomía definitiva son el cáncer

colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal y la poliposis adenomatosa familiar, entre otras (1).

Es importante resaltar la labor que realiza el profesional de Enfermería, cuyo objetivo principal es identificar las principales necesidades de los pacientes y brindarles un cuidado de calidad, así como una educación sanitaria que favorezca su adaptación a los nuevos cambios en su estilo de vida.

Los capítulos del informe son: Capítulo I: que describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, y justificación; el capítulo II: incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, el capítulo IV: los resultados; el capítulo V: las conclusiones; el capítulo VI: las recomendaciones; el capítulo VII: los referenciales; y finalmente un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

En el Reino Unido 13.000 personas se someten anualmente a la cirugía para la creación de una ostomía, con el fin de proporcionar un desvío fecal; en España que 1 de cada 1000 personas vive con un estoma; y en Estados Unidos 120,000 casos aproximadamente. Siendo las colostomías las principales intervenciones representadas en un 75%, seguido de las urostomías e ileostomías con un 14% y 12% respectivamente (2).

En el Perú, el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, a través de su servicio de Cirugía 3^a, presenta aproximadamente un 35% de pacientes postoperados con colostomía, a quienes se les brinda educación sobre de los correctos cuidados de la colostomía. Asimismo, de acuerdo al informe de la Sala Situacional de la Oficina de Inteligencia Sanitaria, la Colostomía es una de las diez primeras causas de morbilidad del Servicio de Cirugía de Colon, con un 35% de casos presentados durante el año 2016 (3).

En este sentido, es necesario la aplicación de los cuidados de enfermería a los pacientes con colostomía, que les permita reanudar sus actividades cotidianas y fomentar el autocuidado.

Según la definición de *DeFriese*, se entiende por autocuidado a aquellas prácticas de personas y familiares en beneficio de su propia salud, a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas; de esta manera las personas adquieren responsabilidad para manejar por sí mismas su salud. El autocuidado se aplica tanto en individuos sanos, para mantener su estado de salud a través de actividades de prevención y promoción, como en individuos enfermos, para recuperar o mejorar su estado de salud a través de la pesquisa oportuna de patologías secundarias (4).

Para educar a la persona ostomizada en el autocuidado, el personal de salud en general y de enfermería en particular debe tener la formación necesaria, es decir, debe haber adquirido la competencia para entregar esta educación; y además debe existir cultura de autocuidado del paciente ostomizado, es decir, se debe programar el tiempo necesario para que una enfermera le enseñe los contenidos correspondientes y le entregue una atención especializada. Para la realización del autocuidado lo más importante es que la educación sea efectuada por especialistas, según lo estableció como derecho la *International Ostomy Association* en el año 1993, en un proceso individual, gradual, con participación del paciente, demostrado y corregido. Sólo de esta forma el paciente se sentirá motivado, confiado, comprometido y colaborador (4).

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes portadores de colostomía en el servicio de cirugía 3A del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2014 – 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Nivel teórico: Este trabajo profundizará los conocimientos sobre los cuidados de enfermería que se deben tener con los pacientes portadores de colostomía, según los lineamientos teóricos y científicos resultados de la contribución de expertos en el área, que constituyen base importante para el futuro.

Nivel Práctico: Permitirá que los profesionales y familiares incrementen sus conocimientos sobre las consideraciones, técnicas, y cuidados respectivos en este tipo de intervenciones quirúrgicas; a través de la comprensión de los hábitos del paciente, sus percepciones y actitudes, tomando en cuenta sus valores y sentimientos, así como la integración de la familia, para un abordaje adecuado. Es fundamental el apoyo de la enfermera en el cuidado del estoma es paciente, hasta que sea competente para asumirlo de forma individual o con ayuda del familiar (5),

Nivel Social: El paciente se encuentra en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal. Se suceden una serie de vivencias que generan dificultades de adaptación, donde la depresión resulta común por el devastador impacto, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones.

Nivel Económico: Por las cortas estancias hospitalarias, sobre todo donde hay programas de alta precoz, pues hacen que el paciente tenga escaso tiempo para adaptarse y ser competente en el autocuidado de su estoma al alta hospitalaria, y que puede derivar en complicaciones posteriores, dando un panorama de la relación costo beneficio para la institución (5).

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Hernández Fernández, Frida (2012) estudió el “Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado”, con el objetivo de demostrar que realizando un correcto plan de intervención educativo en pacientes ostomizados y familiares, al alta, se mejora la calidad de vida de éstos y se disminuye la carga del cuidador, ansiedad y depresión de sus familiares. Estudio experimental tipo ensayo clínico, que consistió en realizar una intervención educativa y resolución de problemas en la cohorte de intervención, mientras que en la cohorte control, los pacientes y familiares, no tendrán apoyo específico de personas expertas en ostomía, y su seguimiento será realizado por el cirujano, oncólogo y médico de familia, como se ha realizado hasta el momento actual. En ambos grupos se pasaron escalas de: calidad de vida a los pacientes y carga del cuidador y ansiedad y depresión al cuidador principal, para evaluar el impacto del plan de intervención educativa, al mes, a los 6 meses y al año. El estudio se realizó con 230 pacientes enterostomizados de la Comunidad de Madrid, de diferentes áreas sanitarias: Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Área 1), Hospital Universitario Ramón y Cajal (Área 4) y Hôspital Universitario 12 de Octubre (Área 11) (6).

*Ferreira Umpiérrez, Augusto Hernán (2013) investigo un tema similar titulado “**Viviendo con una ostomía: Percepciones y expectativas desde la fenomenología social**”, con la finalidad de comprender la experiencia de vida de un grupo de pacientes portadores de colostomía develando sus expectativas en relación al cuidado de enfermería. Se optó por una investigación cualitativa, con el enfoque fenomenológico social de Alfred Schütz, en la cual participaron nueve pacientes portadores de colostomía. Del análisis de las entrevistas, a la luz del referencial, se identificó el tipo vivido de estos sujetos de estudio los cuales mostraron un contexto vivencial en el cual es de relevancia el poder de adaptación y el entorno socio laboral, mostrando expectativas respecto a la enfermera como asesora para la transición, el deseo del cuidado humanizado y la construcción de nuevos horizontes (7).*

*Pulido J.; Sanchez G.; y Baraza S. (2011) estudiaron la “**Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado**”, para la adecuada aplicación de los cuidados enfermeros fue necesario el conocimiento antropológico de las personas a las que van dirigidos. Concretando en las personas ostomizadas debemos evidenciar los cambios, modificaciones y trastornos producidos por la nueva situación (ser portador de una estoma), a todos los niveles: físico, psicológico, social y cultural. Estos conocimientos nos*

proporcionan la base para proporcionar unos cuidados flexibles, adaptados e individualizados dirigidos a prevenir, disminuir o solucionar los problemas que puedan presentar. Nos basamos en la visión holística y humanista de Virginia Henderson y en la autoridad y autonomía que tenemos las enfermeras para tratar las alteraciones que presenta la persona para cubrir de forma satisfactoria e independiente sus necesidades básicas. Hemos realizado un revisión bibliográfica para conocer cómo la cultura y la educación afectan a la aceptación y al logro de la independencia de la persona ostomizada (8).

*Sandoval, Marisol (2013) realizó una **"Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía"**,*

El incremento del número de personas poseedoras de un estoma, trajo consigo la necesidad de contar con personal capacitado para proporcionarle los elementos necesarios para su reintegración a la vida social, familiar y laboral. El objetivo fue analizar el efecto que tiene la intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Se trató de un estudio de tipo cuasi-experimental, la muestra se constituyó de 110 personas ostomizadas de cuatro hospitales a las que se les aplicó un instrumento que fue validado por expertos en el área. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial por medio de la X². En los

resultados se observó diferencia estadísticamente significativa entre la intervención educativa y la rehabilitación laboral ($p=0.000$), también se observó diferencia estadísticamente significativa entre la intervención educativa y la rehabilitación social y familiar ($p=0.000$). Se concluyó que la intervención educativa en personas ostomizadas planificada, estandarizada y evaluada, es fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar ($p=0.000$) (9).

Gómez del Río; Mesa Castro; Caraballo Delgado; Fariña Rodríguez; Huertas Clemente; y Gutiérrez Fernández (2012), investigaron sobre **“Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado”**, reflexionando sobre la ostomía desde la perspectiva del procedimiento quirúrgico, y la pérdida de todas las implicaciones biopsicosociales que conlleva esta intervención para el paciente ostomizado, donde se produce un cambio en el estilo de vida. Esto repercutió en todas las áreas de paciente: problemas en el autocuidado, disminución de la autoestima, cambio del esquema corporal, alteraciones de las relaciones familiares y laborales, etc. Todo esto va a suponer un gran esfuerzo de adaptación, y será la enfermera la responsable de ayudar a que cada paciente se enfrente a este nuevo cambio, dando unos cuidados integrales, individualizados y de calidad. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión del impacto psicológico en pacientes ostomizados y las

actividades enfermeras en los cuidados psicoemocionales de estos pacientes. La metodología consistió en una revisión bibliográfica de los estudios realizados los últimos 5 años, dirigidos hacia el abordaje individual, psicoemocional e integral del paciente ostomizado por parte del personal de enfermería. Se realizó a través del punto Q de la Universidad de La Laguna en bases de datos como Embase o Medline. La enfermera tiene un papel clave en ayudar al paciente a afrontar los aspectos negativos que conlleva la nueva formación de una estoma. Para ello, debe comprender la repercusión que tiene la estoma en cada paciente para poder dar cuidados individualizados, y debe saber que la educación pre, postquirúrgico y el seguimiento del paciente y de la familia mejoran la calidad de vida del paciente (10).

Brito, Julio R, Tesistas: Jimenez V Karla, Tolorza Gema L, Siques L Patricia, Rojas P Felipe, Barrios P Luis. L (2011) estudiaron el "Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno" para lo cual se determinó las características biosociales y el grado de impacto de la ostomía en los ámbitos psicológicos, social y familiar de los pacientes ostomizados (colostomía, ileostomía) en el Hospital de Iquique durante los últimos 5 años. Las características encontradas revelan un elevado efecto negativo en todos los ámbitos: cambio de imagen corporal, falta de independencia, abandono laboral, tendencia al aislamiento y depresión. Sin embargo, se vió muy

fortalecida su relación y red de apoyo familiar. Dichos aspectos deberían tomarse en consideración para complementar el manejo biológico de la enfermedad o condición y así, mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Nuevamente, surgió la necesidad de equipos o programas especializados para manejo de estos (11).

Rivas Calvete O. (2015) analizó los "Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colostomía transversa" donde se presentó el caso de una paciente de 68 años, portadora de una colostomía transversa prolapsada con problemas de adaptación a los dispositivos colectores. Se utilizó los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se valoró a la paciente identificando los problemas enfermeros, nombrando los pertinentes según la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y describiendo los resultados esperados (Nursing Outcomes Classificatio –NOC–). Para el cumplimiento de los objetivos, a continuación se enunció las intervenciones necesarias (Nursing Intervention Classificatio –NIC–) para que la paciente sea capaz de mejorar el manejo de los dispositivos colectores, de mantener la integridad de la piel periestomal y de adquirir conocimientos suficientes sobre la dieta adecuada para ella, aceptando su nuevo estado de salud y mejorando su autoestima (12)

2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO

2.2.1 Cáncer colorrectal

a. Definición:

El cáncer colorrectal es un término que se emplea para el cáncer que se origina en el colon o el recto. A estos cánceres se les puede llamar por separado cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se origina. Tanto el cáncer de colon como el cáncer de recto comparten muchas características en común. Ambos tipos de cáncer se analizarán juntos en este documento, excepto en la sección sobre el tratamiento, donde se analizarán por separado (13).

Crecimientos anormales en el colon o en el recto. La mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan lentamente durante varios años. Antes de que se origine un cáncer, usualmente se forma un crecimiento de tejido o un tumor que es un pólipo no canceroso en el revestimiento interno del colon o del recto.

Un tumor consiste en tejido anormal que puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Un pólipo es un tumor benigno, no canceroso. Algunos pólipos (no todos)

pueden transformarse en cáncer, y la probabilidad de transformarse en cáncer depende de la clase de pólipo (13):

- Los pólipos adenomatosos (adenomas) son pólipos que pueden transformarse en cáncer. Debido a esto, a los adenomas se les llama una afección precancerosa.
- Los pólipos inflamatorios y los pólipos hiperplásicos, por lo general, no son precancerosos. Pero algunos médicos creen que algunos pólipos hiperplásicos pueden convertirse en precancerosos o pueden ser un signo de un mayor riesgo de adenomas y cáncer, particularmente cuando estos pólipos crecen en el colon ascendente.

La displasia es otra clase de afección precancerosa. La displasia es un área en el revestimiento del colon o del recto donde las células lucen anormales (pero no como células cancerosas verdaderas) cuando son observadas con un microscopio. Estas células pueden transformarse en cáncer con el paso del tiempo. Por lo general, la displasia se presenta en las personas que han tenido enfermedades, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, por muchos años. Ambas enfermedades causan inflamación crónica del colon (13).

b. Tipos de cáncer en el colon y el recto

Varios tipos de cáncer pueden comenzar en el colon o el recto. Adenocarcinomas: más del 95% de los cánceres colorrectales son un tipo de cáncer conocido como adenocarcinomas. Estos cánceres comienzan en las células que forman glándulas que producen mucosidad para lubricar el interior del colon y del recto. Casi siempre que los médicos hablan de cáncer colorrectal se refieren a este tipo de cáncer (14).

Otros tipos de tumores menos comunes también pueden comenzar en el colon y en el recto. Entre estos se incluye:

Tumores carcinoides: estos tumores se originan a partir de células especializadas productoras de hormonas del intestino. Se discuten en nuestro documento *Gastrointestinal Carcinoid Tumors*.

Tumores del estroma gastrointestinal: estos tumores se originan de células especializadas en la pared del colon llamadas células intersticiales de Cajal. Algunos son benignos (no cancerosos), mientras que otros son malignos (cancerosos). Estos tumores pueden ser encontrados en cualquier parte del tracto digestivo, aunque éstos son poco

comunes en el colon. Se discuten en nuestro documento Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST) (14).

Linfomas: éstos son cánceres de las células del sistema inmunológico que típicamente se forman en los ganglios linfáticos, pero que también pueden comenzar en el colon y el recto o en otros órganos. En nuestro documento sobre el linfoma no Hodgkin se incluye información sobre los linfomas del sistema digestivo. Sarcomas: estos tumores pueden comenzar en los vasos sanguíneos, así como en el tejido muscular y conectivo de la pared del colon y recto. Los sarcomas del colon o del recto son poco frecuentes, y se discuten en nuestro documento Sarcoma: cáncer de tejidos blandos en adultos (14)

c. Signos y síntomas del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal puede causar uno o más de los siguientes síntomas.

- Algún cambio en los hábitos de evacuación como diarrea, estreñimiento o reducción del diámetro de las heces fecales (excremento) por varios días.
- Una sensación de que necesita defecar y que no desaparece después de hacerlo. • Sangrado rectal

- Sangre en las heces fecales que puede provocar que se vean más oscuras • Cólicos o dolor abdominal
- Debilidad y cansancio
- Pérdida inexplicable de peso

Los cánceres colorrectales pueden sangrar. Aunque a veces la sangre se puede ver en las heces o causar que estas se vuelvan más oscuras, a menudo las heces se ven normales. Con el tiempo, la pérdida de sangre se puede acumular, y provocar bajos niveles de glóbulos rojos (anemia). En ocasiones, el primer signo de cáncer colorrectal es un análisis de sangre que muestra un bajo recuento de glóbulos rojos (14).

d. Cirugía en caso de propagación del cáncer de recto

Si el cáncer se ha propagado a solo unos cuantos lugares en los pulmones o el hígado (y no hacia otras partes), se puede realizar una cirugía para extraerlo. Por lo general, esto solo se hace si también se extrajo el cáncer principal en el recto (o ya se había extraído). La cirugía puede ayudar a prolongar la vida o, dependiendo de la magnitud de la enfermedad, incluso puede llegar a curarle. Si la cirugía es una opción para eliminar áreas de propagación del cáncer

depende del tamaño, el número y la ubicación de las mismas (13).

e. Efectos secundarios de la cirugía del recto

Los efectos secundarios potenciales de la cirugía dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y la salud general de la persona antes de la cirugía. La mayoría de la gente experimentará algo de dolor tras la operación, pero usualmente esto se puede controlar con medicina de ser necesario. Los problemas con la alimentación normalmente mejoran en unos días después de la cirugía. Además se pueden presentar otros problemas, como sangrado a causa de la cirugía, coágulos sanguíneos en las piernas y daños a los órganos cercanos durante la operación. En raras ocasiones, las conexiones nuevas que se hacen entre los extremos de los intestinos pueden no mantenerse completamente unidos y tener fugas, lo que pueda causar infecciones. También es posible que la incisión abdominal se abra causando una herida abierta. Después de la cirugía, usted pudiera presentar tejido cicatricial en el abdomen que puede causar que órganos o tejidos se adhieran entre sí. Estos (tejidos cicatriciales) son denominados adherencias. En algunos casos, las

adherencias pueden bloquear el intestino, lo que requeriría una cirugía adicional (14).

f. Colostomía o ileostomía:

Algunas personas podrían necesitar una colostomía temporal o permanente (o ileostomía) después de la cirugía, lo que puede tomar un tiempo para acostumbrarse y puede requerir ciertos ajustes en el estilo de vida. Si se le hizo una colostomía o una ileostomía, usted necesitará ayuda para aprender cómo manejarla. Las enfermeras especialmente capacitadas en ostomías o los terapeutas enterosomales pueden ayudarle. Por lo general, estos profesionales de la salud le visitarán en el hospital antes de la operación para discutir la ostomía y marcar el lugar de la abertura. Después de la operación, puede que le visiten en su casa o en un lugar de tipo ambulatorio para proveerle más capacitación (13).

Función sexual y fertilidad: si usted es hombre, una resección abdominoperineal puede impedir sus erecciones o la capacidad de llegar al orgasmo. En otros casos, puede que el placer en el orgasmo sea menos intenso. El envejecimiento normal puede ocasionar algunos de estos

cambios, pero éstos pueden empeorar debido a la cirugía. Una resección abdominoperineal puede causar daño a los nervios que controlan la eyaculación, provocando orgasmos secos (sin semen). Algunas veces la cirugía causa eyaculación retrógrada, lo cual significa que el semen fluye hacia atrás, hacia la vejiga durante un orgasmo. Esta diferencia es importante si usted quiere tener hijos. Si usted tiene eyaculación retrógrada, los especialistas en infertilidad a menudo pueden recuperar las células espermáticas de la orina, las cuales se pueden usar luego para fertilizar un óvulo. Si no se pueden recuperar las células del semen o de la orina, es posible que los especialistas puedan extraerlas directamente de los testículos mediante cirugía menor, y luego usarlas para la fertilización in vitro. Si usted es mujer, la cirugía del recto (excepto exenteración pélvica) usualmente no causa ninguna pérdida de las funciones sexuales. Las adherencias abdominales (tejido cicatricial) algunas veces pueden causar dolor o molestia durante el acto sexual. Si el útero es extirpado, el embarazo ya no sería posible. Una colostomía puede tener un impacto en su imagen corporal y en el nivel de armonía sexual tanto en hombres como en mujeres. Aunque puede que se requieran

ciertos cambios, no debe impedir que disfrute de su vida sexual (14).

- **Tipos de estomas.** Estoma es una palabra que deriva del griego y que significa "boca". Según el asa abocada, las estomas digestivas de eliminación más frecuentes son (15):

- **La ileostomía:** consiste en abocar un asa del intestino delgado (normalmente del íleon distal) a la pared abdominal. Su ubicación más frecuente es en el hemiabdomen derecho.

- **La colostomía:** es la exteriorización de un segmento del colon a través de la pared abdominal. Habitualmente se localiza en el hemiabdomen izquierdo, aunque también se puede ubicar en el derecho.

Es importante resaltar que las ileostomías, cecostomías y colostomías del colon ascendente producen más de 500 ml al día de efluente rico en enzimas digestivos, mientras que las colostomías del colon descendente/sigma producen heces formadas que no contienen enzimas, por lo que estas últimas suelen dar menos complicaciones (15).

Según la técnica de construcción quirúrgica, las estomas se pueden clasificar en:

- **Terminales:** se caracterizan por tener una sola boca ostomótica. En el caso de la ileostomía, el ileon evertido debería tener una altura de 3 a 4 cm y su diámetro ser 2,5 a 3 cm, con objeto de evitar complicaciones cutáneas, mientras que en las colostomías el colon evertido suele tener de 1 a 2 cm de altura y de 3 a 4 cm de diámetro.

- **Laterales o asas de protección:** Estos estomas tienen dos bocas. En las ileostomías es importante que la boca proximal sea un poco más protruyente que la distal y que ambas sean bien visibles, es decir, excluyentes, para evitar el paso del contenido intestinal. Este tipo de estoma suele ser mayor y algo más difícil de manejar que los estomas terminales.

Las estomas también se pueden clasificar, dependiendo del tiempo de permanencia, como:

- **Temporales:** se realizan para prevenir complicaciones en la cirugía y favorecer la cicatrización, evitando el paso del contenido intestinal por las anastomosis. En la actualidad, el procedimiento ideal para proteger 5 una anastomosis distal colónica es la ileostomía de protección, más que la colostomía.

- **Definitivos:** cuando no existe la posibilidad de reconstrucción del tránsito intestinal en el futuro. Información preoperatoria y marcaje de la estoma. Un principio básico es que nunca debería ir un paciente a quirófano sin saber qué es lo que se le va a hacer. El cirujano ha de informar al paciente de la técnica quirúrgica prevista, así como de la posibilidad de que se necesite realizar un estoma. Siempre que se pueda, la información al paciente por parte del cirujano o del ET debe de iniciarse antes del ingreso hospitalario. De esta forma, el paciente y sus familiares pueden aclarar y resolver las dudas y miedos relativos a la pérdida del control del esfínter, a la anestesia, al dolor, al cambio de la imagen corporal, y asumir el alcance de la intervención, lo que facilitará su adaptación y su colaboración en el proceso. Por ello es necesario, ya desde esta etapa, unos cuidados de enfermería especializados, llevando a cabo una información individual y progresiva de lo que le va a suceder para facilitar la adaptación psicológica, fomentando la comunicación y la interrelación. (15)

La experiencia nos muestra que los pacientes informados presentan un mejor postoperatorio y una mejor adaptación a la nueva situación. La percepción de angustia, de miedo y de

ansiedad producida por el temor al hecho de ser portador de una ostomía puede minimizarse con el bio-feedback de la información. En esta primera etapa es de gran importancia el marcaje de la ubicación exacta del estoma antes de la cirugía, teniendo en cuenta tanto el tipo de intervención programada como las características propias del paciente en el terreno laboral o social. Este marcaje lo debería realizar, preferentemente, el ET. Es vital que el paciente se lo pueda ver para que se lo pueda cuidar de manera adecuada, con lo que conseguirá mayor seguridad y autonomía en su cuidado, mejor aceptación y se evitarán complicaciones (15).

La zona debe de estar libre de pliegues, cicatrices o prominencias óseas. Con el paciente vestido con su ropa habitual, se marcará su ubicación tanto de pie como sentado, agachado y tumbado. Dispositivos, métodos continentes y accesorios. Dispositivos digestivos o bolsas colectoras Se utilizan para lograr una recogida eficaz de las excreciones intestinales. Es importante que se adapten al tamaño del estoma, que protejan la piel periestomal, que sean de fácil manejo, que la filtración de gases sea sin olor y que no abulten (que sean discretas). Estas bolsas colectoras pueden ser de una pieza o de dos piezas, cerradas o

abiertas, transparentes u opacas, de diferente capacidad en función del débito de la ostomía y la base puede ser plana o convexa para los estomas complicados (15).

La mayoría de los sistemas colectores están reembolsados por el Sistema Nacional de Salud. Aparte de seleccionar el dispositivo que mejor se adapte a las características del paciente, según la construcción y la ubicación de la ostomía, hay varios criterios a considerar a la hora de elegir un dispositivo:

- **Tipo de piel periestomal:** si la piel periestomal es muy sensible y se irrita con facilidad, lo más recomendable es elegir un dispositivo de dos piezas, ya que al permanecer el disco pegado a la piel periestomal durante varios días se asegura el reposo de la misma. Si, por el contrario, los cambios del adhesivo no son frecuentes y no le causan problemas a la piel periestomal, quizás lo más cómodo y discreto sea un sistema de una pieza.

- **Tipo de efluente:** si las heces son sólidas se recomienda una bolsa cerrada y si son líquidas o semipastosas, como por ejemplo en las ileostomías, una bolsa abierta. Métodos continentes. Son todos aquellos cuya finalidad es conseguir la continencia del paciente ostomizado. Estos pacientes

pueden perder o disminuir su autoestima por su incapacidad para controlar la evacuación. Distintos estudios demuestran que los métodos continentales ayudan a mejorar la calidad de vida de estas personas al aumentar la confianza en sí mismas y facilitar la vida social.

Los métodos o dispositivos continentales son:

- La irrigación: sólo se puede utilizar en colostomías en colon descendente. Está contraindicada en las ileostomías.
- El obturador: sólo se puede utilizar en colostomías con heces formadas. Consigue una continencia de unas 8 a 12 horas. Se puede combinar con la irrigación.

Accesorios. El uso de accesorios puede ser conveniente en determinadas situaciones clínicas para solucionar problemas de fijación, adherencia, heridas, úlceras o irritaciones. En cualquier caso, si al paciente le va bien con un dispositivo determinado, no será necesario recurrir a ellos.

Hay diferentes tipos de accesorios, siendo los más utilizados el cinturón, las pastas, los polvos, los aros y las tiras moldeables:

- **Cinturón:** se emplea para reforzar la sujeción de los dispositivos y dar mayor seguridad. Se coloca en los enganches adaptados de los dispositivos (bolsa o placa/disco).

- **Pastas:** se usan como relleno para mejorar el sellado, obteniéndose una mayor protección de la piel periestomal y una mejor fijación de los dispositivos.
- **Polvos:** se emplean para absorber la humedad producida por heridas húmedas o irritaciones.
- **Aros y tiras moldeables** (de resina natural, sintética o mezcla de ambas): se utilizan con la misma finalidad que las pastas o cremas, y a veces simultáneamente para obtener mejores resultados. Su presentación suele ser en forma de barritas o de anillos maleables.

Hay otros accesorios como los desodorantes, las lociones, los lubricantes y los gelificadores, que no son reembolsados por el Sistema Nacional de Salud:

- **Desodorantes:** se introducen en el interior de la bolsa antes de su colocación para disminuir o neutralizar el olor. Se pueden encontrar en forma de polvo, cápsulas,...
- **Lociones o toallitas:** sirven para limpiar la zona periestomal y para aumentar la fijación.
- **Lubricantes:** se incorporan dentro de la bolsa para facilitar el deslizamiento de las deposiciones.
- **Gelificadores:** sirven para aumentar la consistencia de las deposiciones en pacientes con ileostomía y heces muy

líquidas. Se suelen presentar en forma de comprimidos que se introducen en la bolsa.

2.2.2 Cuidados de enfermería en pacientes colostomizados

- **Higiene de la estoma.**

La higiene y los cuidados del estoma deben realizarse cada día, con el objetivo de detectar y prevenir posibles complicaciones tanto del estoma como de la zona periestomal.

Antes de comenzar a realizar la higiene del estoma, comprobaremos que tenemos todo el material necesario: bolsa para recoger el material de desecho, dispositivo digestivo, papel higiénico, esponja suave, agua y jabón neutro (sin 10 perfumes), toalla de algodón, tijeras y plantilla adaptada al tamaño y a la forma del estoma.

En primer lugar, retiramos el dispositivo y realizamos la higiene con suavidad.

Comprobaremos que el nuevo dispositivo se adapta a las características del estoma y se adhiere sin que se formen pliegues. Si el dispositivo es de una pieza se cambia cada día y si es de dos, la base se cambia dos veces a la semana, aunque la higiene se realiza cada día.

Seguiremos las instrucciones para el manejo de los dispositivos según las recomendaciones de la marca comercial.

Durante la higiene el estoma puede sangrar un poco ya que es un tejido muy vascularizado, pero este hecho no tiene mayor importancia y lo normal es que cese enseguida. No se debe utilizar gasas para limpiar el estoma y la zona periestomal, ya que pueden dañarlo.

Evitar también la utilización de alcohol, cremas o sprays, ya que pueden dificultar la fijación de la placa y lesionar la zona periestomal.

Se debe recortar el adhesivo adecuándolo al tamaño del estoma, sin estrangularlo, evitando que roce con la mucosa, pero sin dejar zonas desprotegidas.

Cuando se aprecia que la bolsa tiene pérdidas o está mal pegada, es necesario cambiarla para evitar lesiones en la piel. Si existiera vello alrededor del estoma, recortar con las tijeras o rasurar en la dirección del crecimiento del vello, sin apurar, y sin utilizar depilatorios.

Para disminuir el olor en el baño, una vez se haya cambiado la bolsa, se puede encender una cerilla de madera, lo que evitará los malos olores. No se recomienda el secado de la

piel periestomal con secador (utilizar una pequeña toalla o servilletas de papel).

Cuando el paciente salga de paseo es aconsejable que lleve el material necesario para poder realizar un cambio de la bolsa (incluirá un dispositivo recortado al tamaño del estoma, pañuelos de papel y una bolsa de plástico para tirar después todo a la basura).

- **Recomendaciones dietéticas.**

La dieta es una parte muy importante en todo el proceso, especialmente en el postoperatorio. Una alimentación equilibrada, saludable y adaptada a los requerimientos energéticos del paciente es fundamental para la recuperación del estado general y la normalización del tránsito digestivo.

Como recomendaciones generales, se aconsejan comidas poco abundantes pero frecuentes. Así, se recomienda hacer un mínimo de 6 comidas al día de poca cantidad, según la tolerancia de cada paciente (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y comida ligera antes de acostarse). Además se aconseja tomar un mínimo de 1,5 litros de líquido al día.

Entre las bebidas aconsejadas están las isotónicas, el agua sin gas, las infusiones, el zumo de manzana, la horchata y la fruta licuada. Se desaconseja el café y las bebidas con gas. Los líquidos deben tomarse entre las comidas, de 30 a 60 minutos antes o después de las comidas y no más de medio vaso.

En caso de diarrea se ha de tomar un mínimo de 5 vasos de agua diarios para compensar la pérdida de agua, pero repartidos en pequeñas tomas. Se recomienda no consumir los alimentos ni muy fríos ni muy calientes.

Las cocciones recomendadas son los alimentos a la plancha, al horno, salteados, hervidos o al vapor. Se debe evitar los alimentos crudos y eliminar las salsas, sobre todo las industriales, los guisos, los rebozados y los fritos. La ampliación de la dieta y la reintroducción de los alimentos y otras formas de cocción se harán de manera progresiva. Se aconseja introducir sólo un alimento nuevo cada vez (por comida o día) para poder valorar la tolerancia.

Dicha tolerancia se comprueba mediante la consistencia y cantidad de las heces y por las flatulencias o la distensión abdominal. Los pacientes portadores de una ileostomía deben ser siempre controlados por la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del hospital.

En el caso de pacientes portadores de colostomía, tanto el enfermo como sus familiares deben conocer los alimentos que producen malos olores y que son flatulentos, como las legumbres, la coliflor, las coles de Bruselas, el brócoli, los espárragos, la cebolla, el ajo, los quesos fuertes o el calabacín. Por el contrario, el yogur, la mantequilla y el perejil ayudan a disminuir los olores y los gases. Estos pacientes deben de ingerir suficiente fibra y líquidos para evitar el estreñimiento.

Las complicaciones pueden aparecer tanto en el estoma (mucosa) como en el periestoma (zona que rodea el estoma).

2.2.3 Teoría de enfermería según Virginia Herdenson

El presente informe de experiencia profesional aplica la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson, toda vez que se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad (13).

- **Cliente/paciente:** Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial:
 1. Necesidad de respirar.
 2. Necesidad de beber y comer.
 3. Necesidad de eliminar.
 4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
 5. Necesidad de dormir y descansar.
 6. Necesidad de vestirse y desvestirse.
 7. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
 8. Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
 9. Necesidad de evitar los peligros.
 10. Necesidad de comunicarse.
 11. Necesidad según sus creencias y sus valores.
 12. Necesidad de ocuparse para realizarse.
 13. Necesidad de recrearse.
 14. Necesidad de aprender.

La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

- **Rol de la enfermera:** Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él, aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos (13).

En este informe se aplica la Teoría de Henderson, ya que promueve el cuidado de enfermería y asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cuidado de enfermería:** Es la atención que brinda el profesional enfermería hacia el paciente.
- **Colostomía:** Abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron fuentes de datos como son las historias clínicas de pacientes, libro de registro de ingresos y egresos del servicio y el libro de programación de sala de operaciones, cuaderno de estadística diaria y consolidado mensual.

3.2 EXPERIENCIA LABORAL

El autor de esta experiencia laboral es Licenciada de Enfermería egresado de la Universidad Católica del departamento de Arequipa, ingresé a laborar en el Hospital Edgardo Rebagliati en el Área de Cirugía de Colon hace 15 años, desempeñando actividades de tipo asistencial, administrativa y de docencia.

El Servicio de Cirugía 3 A donde actualmente laboro, consta de 48 camas hospitalarias. Las principales funciones que realizo son las siguientes:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas bio-psico-sociales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación y rehabilitación.

- Brindar atención con comodidad y confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos.
- Participar en el reporte de enfermería
- Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

El Servicio de Enfermería de Cirugía 3 A tiene como misión "Somos el Servicio de Cirugía, que brinda atención integral de enfermería especializada con conocimiento, calidad, calidez y compromiso social para satisfacer las necesidades y expectativa del paciente.

Tiene como visión "Ser líder en la atención de enfermería especializada, con una atención eficiente e innovadora, brindando con seguridad bienestar y confianza a los pacientes sometidos a cirugía del Servicio de Cirugía".

He tenido como experiencia ser miembro de los comités de Programa de Educación Continua y de Mejoramiento de la Calidad, motivo por el cual presento este informe como un aporte para fortalecer las actividades que realiza la profesional de enfermería en el cuidado y autocuidado de los pacientes portadores de colostomía.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON COLOSTOMIA SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS, LIMA 2015 – 2016.**

GRUPO ETARIO	2015		2016	
	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
20 -30	0	0	0	1
31 – 60	7	10	7	6
60 a más	15	9	9	15
Total	22	19	16	22

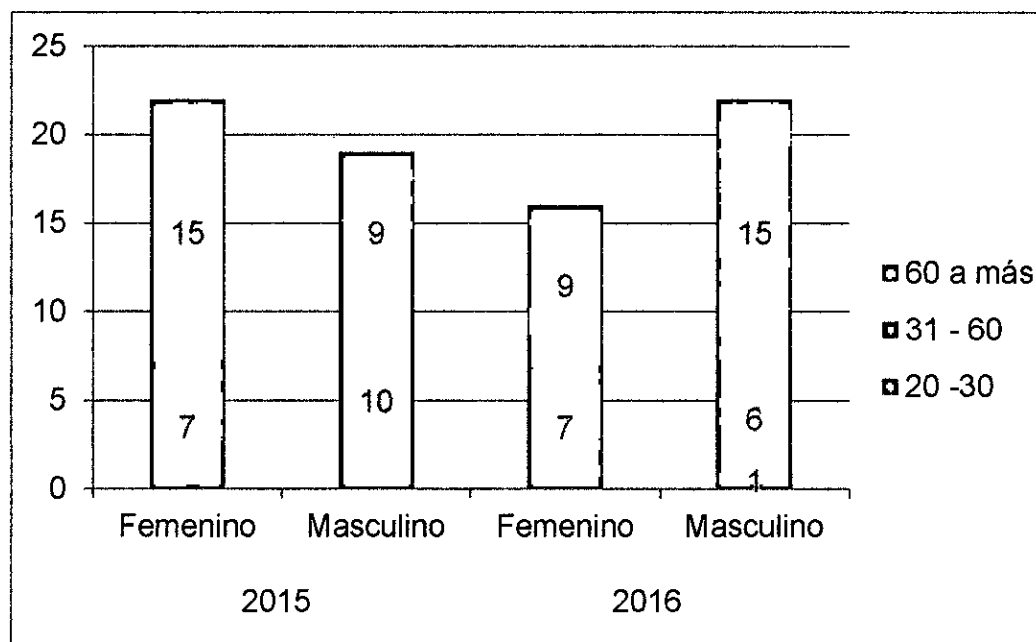
Fuente: Libro de Egresos del Servicio 3 A Cirugía de Colon, 2015 – 2016.

Interpretación:

En el cuadro N° 1, podemos observar es que para el 2015 existe igual cantidad de pacientes con colostomía siendo el numero de 22, y la mayor cantidad de prevalencia se encuentra para ambos sexos entre los 61 años y 70 años siendo de 9 para los de sexo femenino y de 7 para el sexo masculino. Sin embargo, para el 2016 la situación se invierte, y la mayor cantidad de pacientes con colostomía son de sexo masculino y entre las edades de 41 años a 50 años, con total de 5, entre los 51 y 60 años con un total de 5, y de 61 a 70 años con un total de 4 años.

GRAFICO N° 4.1

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON COLOSTOMIA SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2015 – 2016.



Fuente: Libro de Egresos del Servicio 3 A Cirugía de Colon, 2015 – 2016.

Interpretación:

En el gráfico N° 1, lo que podemos observar es que la mayor cantidad de pacientes con nutrición parenteral para el 2015 son de sexo masculino, asimismo que el mayor número de pacientes son de las edades comprendidas entre 61 y 70 años, y de 71-80 años y de 81 a 90 años. sin embargo, para el 2016 se observa mayor cantidad de pacientes con colostomía son de sexo masculino y entre las edades de 41 años a 50 años, con total de 5, entre los 51 y 60 años con un total de 5, y de 61 a 70 años con un total de 4 años.

CUADRO N° 2

PORCENTAJE DE PACIENTES CON EDUCACIÓN DE CUIDADOS DE LA COLOSTOMÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2015 – 2016.

Años	Total de paciente con colostomía	Porcentaje de pacientes educados acerca de los cuidados de la colostomía
2015	44	100%
2016	35	100%

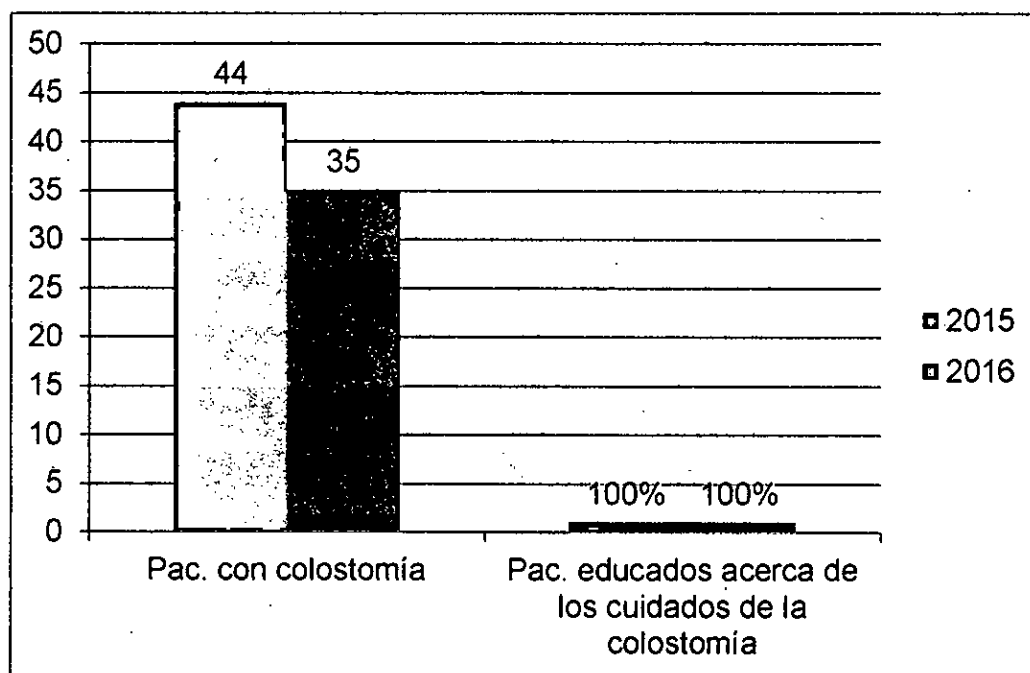
Fuente: Cuaderno de registro de educación a pacientes colostomizados, 2015 y 2016.

Interpretación:

Podemos observar es que en el año 2015 tenemos el porcentaje de 100% de pacientes con educación acerca de los cuidados de colostomía. En el año 2016 tenemos el porcentaje de 100% de pacientes con educación acerca de los cuidados de colostomía.

GRÁFICO N° 2

PORCENTAJE DE PACIENTES CON EDUCACIÓN DE CUIDADOS DE LA COLOSTOMÍA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, LIMA 2015 – 2016.



Fuente: Cuaderno de registro de educación a pacientes colostomizados, 2015 y 2016.

Interpretación:

Se observa que del año 2015 al 2016 disminuyen la cantidad de pacientes con colostomía, sin embargo el porcentaje de pacientes educados sigue alcanzando el 100% en ambos periodos.

V. CONCLUSIONES

- a. El cuidado de enfermería en los pacientes con colostomía se cumplen de manera adecuada.
- b. Es importante la detección precoz de complicaciones producidas en los pacientes portadores de colostomía.
- c. La educación acerca de los cuidados de la colostomía mejora la atención de enfermería y la imagen profesional.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Mantener una adecuada comunicación con el equipo multidisciplinario para una adecuada atención y educación a los pacientes y familiares portadores de colostomía asegurando la dotación adecuada de los materiales médicos necesarios para su atención y de materiales educativos.

- b. Proponer a la Jefatura de Servicio la implementación de un Programa de Familiar acompañante para los pacientes portadores de colostomía

- c. Motivar la capacitación del personal de enfermería en la creación del Consultorio de Enfermería para pacientes ostomizados.

VII. REFERENCIALES

1. Casquete, Noelia. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado 25 Febrero, 2014 por Portales Médicos. Revista Médica Electrónica
2. Andrés Martín, Laura. Impacto psicológico y social de una colostomía en el paciente desde el enfoque de enfermería. Tesis de grado. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 2016
3. Sala Situacional de la Oficina de Inteligencia Sanitaria del Servicio de Cirugía de Colon 2016.
4. Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado. Medwave 2009 Abr;9(5):e3852 doi: 10.5867/medwave.2009.04.3852
5. Ferreira Umpiérrez, Augusto Hernán. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. 1 Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(4): 687-94
6. Frida Hernández Fernández Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Master. 3 (3): 504-533, 2011 ISSN: 1989-5305
7. Augusto Hernán Ferreira Umpiérrez. Viviendo con una ostomía: Percepciones y expectativas desde la fenomenología social. (2013). Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Jul-Set; 22(4): 687-94

8. Pulido, Justicia, Rita; Sanchez Garcia, Judit; Baraza Saz, Aurora. "Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado". (2011). Cultura de los cuidados. Año V, n. 10 (2. semestre 2001). ISSN 1138-1728, pp. 100-108
9. Sandoval, Marisol, Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía 2013. Enferm. univ vol.7 no.2 México abr./jun. 2010
10. Nazaret Gómez del Río, Nuria Mesa Castro, Cynthia Caraballo Delgado, Ana María Fariña Rodríguez, María José Huertas Clemente, Yaiza Gutiérrez Fernández. "Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado". (2012)
11. Brito, Julio R, Tesistas: Jimenez V Karla, Tolorza Gema L, Siques L Patricia, Rojas P Felipe, Barrios P Luis. L "Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno".(2011) Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 1, Febrero 2004; págs. 31-34
12. Rivas Calvete O. "Cuidados de Enfermería a una paciente portadora de colostomía transversa" (2015). Metas de Enfermería 2015;18(10): 12-18
13. Brunner, Enfermería médico - quirúrgico. Interamericana mc Graw-Hill. 2011.

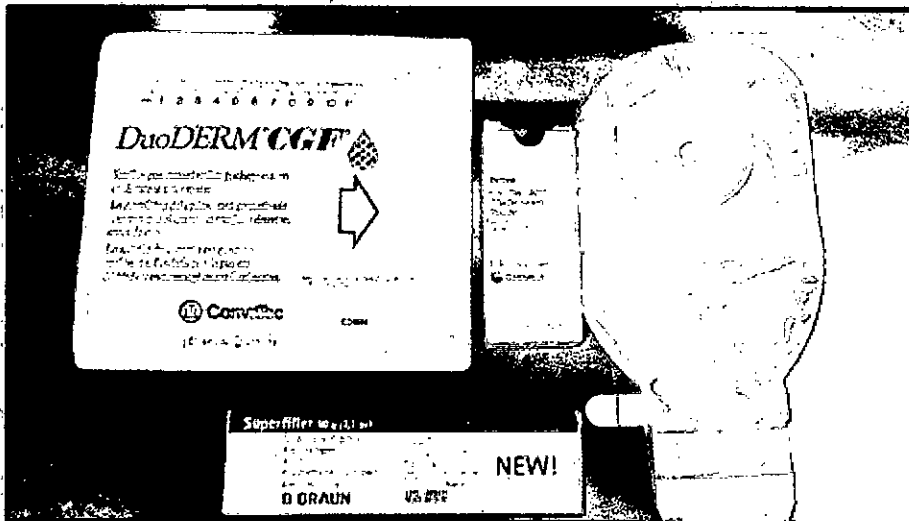
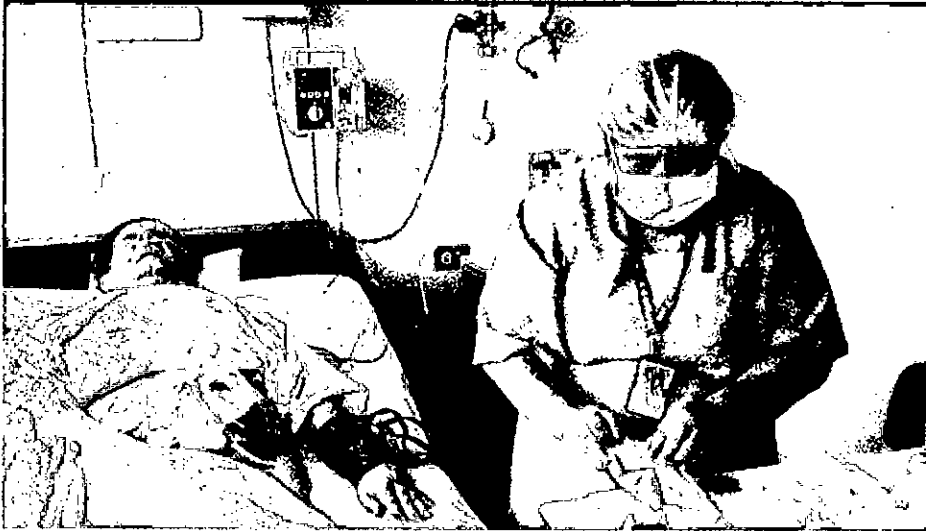
14. Baughman D.C. y Otro. Manual de enfermería médico quirúrgico. Editorial Interamericana. Madrid. 2010.

15. Chocarro G., Lourdes; y Venturini M., Cármen. Procedimientos y Cuidados de Enfermería Médico-Quirúrgica. Edit. ELSEVIER. Madrid – España. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

PREPARACIÓN PARA LIMPIEZA QUIRÚRGICA



ANEXO 2

HERIDA OPERATORIA



ANEXO 3

INTERVENCION DE ENFERMERIA



ANEXO 4
ENFERMERÍA

