

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



**“PROCESO DEL CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA
DE RECTO EN SALA DE OPERACIONES DE UN INSTITUTO
NACIONAL ESPECIALIZADO. LIMA. 2021”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

LIC. ENF. JUAN ROBERTO MUNAYCO MENDIETA

Callao, 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTA
- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ GÓMEZ SECRETARIA
- Dra. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: Dra. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 7

Nº de Folio: 114

Nº de Acta: 33-2021

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

Callao, 11 de junio de 2021

Resolución de Sustentación:

Nº 083-2021-D/FCS.- Callao; 04 de junio 2021

DEDICATORIA

Al personal de enfermería de sala de operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, por que gracias a ellas /ellos logre engrandecer mis conocimientos y dominar las cirugías oncológicas.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme continuar en esta vida y más aun en tiempos de pandemia COVID - 19

A mis amados padres, por darme la vida, por enseñarme a ser un hombre de bien para servir a la sociedad y a nuestros pacientes.

A mi docente, por transmitir sus conocimientos para poder desarrollar este presente trabajo académico, sin su asesoría no sería posible el cumplimiento de este presente trabajo.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	03
CAPÍTULO I.	
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	05
CAPÍTULO II.	
MARCO TEÓRICO	09
2.1 Antecedentes	09
2.1.1 Antecedentes Internacionales	09
2.1.2 Antecedentes Nacionales	13
2.2 Bases Teóricas	15
2.2.1 Marjory Gordon: Patrones funcionales de salud	15
2.3 Bases Conceptuales	17
2.3.1 Cáncer	17
2.3.2. Tipos de cáncer	18
2.3.3. Tratamiento del cáncer	19
2.3.4. Cáncer de Colorrectal	19
2.3.5. Tratamiento de Cáncer de Colón	20
2.3.6. Resección Anterior Baja De Recto	20
Tiempo operatorio de la cirugía de resección anterior baja de recto	20
2.3.7 Cuidados de Enfermería en Cirugía de Resección Anterior Baja de Recto.	24
Rol del profesional de enfermería en el preoperatorio	25
Rol del profesional de enfermería en el intraoperatorio	26

CAPÍTULO III.	
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	31
• Valoración	32
• Diagnóstico De Enfermería	40
• Planificación	43
• Ejecución y Evaluación	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo (1).

En Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, durante 2004 y 2005, se diagnosticaron en Lima Metropolitana 490 casos nuevos de cáncer de recto; con una tasa de incidencia estandarizada de 3.0 casos por 100,000 habitantes. El cáncer de recto representa el 1.6% de todas las neoplasias malignas vistas en este período. Para el periodo 2018 se diagnosticaron 334 casos de cáncer de colón, de los cuales 168 corresponde a mujeres y 166 a varones. Asimismo, en el mismo año fueron diagnosticado 272 personas con cáncer de recto, siendo 43 pacientes de sexo femenino y 129 masculino (3).

Durante el periodo 2019 y 2020, el departamento de cirugía de abdomen del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN realizó un total de 1141 cirugías oncológicas. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como entre rector en el tratamiento de cáncer a nivel nacional en el mismo periodo realizo 76 cirugías de resección anterior baja de recto, lo que corresponde a 39 en el 2019 y 37 en el 2020.

Para la realización del presente trabajo académico se seleccionó como caso clínico a un paciente adulto mayor con diagnóstico de NM DE COLÓN, que fue intervenido de una RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO, en un Instituto Nacional Oncológico - Lima. Se recolectó información mediante la observación y la entrevista de enfermería que nos facilitó la recolectar la información necesaria de manera eficiente, así mismo se realizó la valoración integral al paciente.

Ante lo mencionado, es importante recalcar que el presente trabajo académico en el paciente sometido a cirugía de resección anterior baja de recto, está basado en la valoración de los patrones funcionales según Marjory Gordon, asimismo en la utilización de los diagnósticos de enfermería para la realización de los planes de cuidados según el NANDA NIC NOC (2018 – 2020).

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El cáncer a nivel mundial, tiene muchas repercusiones en especial en los Estados Unidos, Europa y América Latina. Según datos estadísticos sobre el cáncer, están pueden describir lo que ocurre a nivel mundial, proporcionan información sobre el crecimiento acelerado de nuevos casos de cáncer, asimismo ofrecen una imagen a través del tiempo de la carga que representa el cáncer en nuestra sociedad. Por otro lado, las estadísticas nos dicen cosas como cuántas personas reciben un diagnóstico de cáncer y mueren por la enfermedad cada año, el número de personas que actualmente están viviendo después de un diagnóstico de cáncer, la edad promedio al momento del diagnóstico y la cantidad de personas que todavía están vivas en un momento dado después del diagnóstico. También nos dicen sobre diferencias entre grupos de personas definidas por edad, sexo, grupo racial y étnico, ubicación geográfica y otras categorías (4)

Es por ello, que, el cáncer es la segunda causa de muerte en todo el mundo; en el 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones, de los cuales cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. (5)

Ante lo mencionado, la promoción y prevención de la salud en temas relacionados al cáncer es muy importante en nuestro sistema sanitario. En la actualidad, el profesional de salud que se encuentra vinculado con temas relacionado al cáncer debe de empoderar sus conocimientos técnico y científicos en cuanto a la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer.

El manejo del cáncer es un trabajo multidisciplinarios de profesional de la salud. Cabe descartar, que el profesional de enfermería cumple un rol

importante en el campo de la salud pública y comunitaria. La enfermera (o) educa e informa a la población sobre temas de prevención y detección oportuna de algún tipo de enfermedad.

Según la OMS, el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo (1). En la actualidad, existen diversos tipos de cáncer en hombres y mujeres, asimismo en niños, estas pueden aparecer en cualquier etapa de vida de una persona, hasta inclusive meses después del nacimiento. Según datos estadísticos a nivel mundial y nacional, el principal tipo de cáncer en mujeres es el cáncer de mama y cuello uterino, mientras que en varones el de próstata y pulmón. También, existen otros tipos de cáncer como son las leucemias, el cáncer de colon y recto, estomago entre otros.

En Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, durante 2004 y 2005, se diagnosticaron en Lima Metropolitana 490 casos nuevos de cáncer de recto; con una tasa de incidencia estandarizada de 3.0 casos por 100,000 habitantes. El cáncer de recto representa el 1.6% de todas las neoplasias malignas vistas en este período. El riesgo acumulado de desarrollar esta enfermedad a los 74 años es de 0.38% en los hombres (1 de cada 261 hombres) y 0.36% para las mujeres (1 de cada 274 mujeres) (2). Para el periodo 2018 se diagnosticaron 334 casos de cáncer de colón, de los cuales 168 corresponde a mujeres y 166 a varones. Asimismo, en el mismo año fueron diagnosticado 272 personas con cáncer de recto, siendo 43 pacientes de sexo femenino y 129 masculino (3).

El tratamiento principal para el cáncer de colon y recto es la cirugía, lo cual es una intervención quirúrgica de amplia complejidad, en donde intervienen un equipo multidisciplinario especializado en cirugía oncológicas, desde el cirujano principal, el anestesiólogo, la enfermería instrumentista y todo el equipo de apoyo. Durante el periodo 2019 y 2020,

el departamento de cirugía de abdomen del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN realizó un total de 1141 cirugías oncológicas. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como ente rector en el ttto cáncer a nivel nacional en el mismo periodo realizo 76 cirugías de resección anterior baja de recto, lo que corresponde a 39 en el 2019 y 37 en el 2020.

Es por eso, que el profesional de enfermería en la cirugía de resección anterior baja de recto por cáncer de colon y recto, proporciona al paciente oncológico pre quirúrgico cuidados de enfermería basados en conocimientos científicos e intervenciones que proporcionan seguridad al paciente. El rol del profesional de enfermería en centro quirúrgico no solamente se basa en la instrumentación quirúrgica según el tipo y especialidad, sino que también proporciona cuidados al paciente según el tipo de anestesia y que depende al 100% del equipo quirúrgico.

Cabe señalar, que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN cuenta con el servicio de centro quirúrgico, teniendo 10 quirófanos especializados para la realización de cirugías oncológicas. También cuenta con equipos de última generación, profesional de enfermería especialistas en centro quirúrgicos, expertas en cirugías oncológicas. En la actualidad no se cuenta con un instrumento de gestión en donde se proporcione cuidados de enfermería de forma universal al paciente que será sometido a cirugía de resección anterior baja de recto. Es por eso, que se plantea la creación de un plan de cuidados de enfermería para este tipo de cirugía al paciente oncológico quirúrgico.

Por lo tanto, es de suma importancia que el profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico conozca y domine temas relacionados al cuidado de atención al paciente quirúrgico en el pre, intraoperatorio y por qué no decir también en el post operatorio. Por otro lado, la correcta utilización del Proceso de Atención de Enfermería utilizando la

herramienta internacional del NANDA NIC NOC, donde nos evidencias cuidados que garantizan la seguridad del paciente quirúrgico oncológicos.

Los cuidados que proporciona la enfermera (o) en el área de sala de operaciones deben contener los diagnósticos del NANDA, intervenciones basadas en el NIC, con resultados (NOC), que garanticen una buena calidad de atención al paciente. Es importante mencionar, que el paciente sometido a un tipo de anestesia depende del 100% del equipo quirúrgico es ahí donde la enfermera (o) brinda cuidados de enfermería, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y que esta contribuya al éxito de la cirugía.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

En el sentido indicado, el presente trabajo académico se fundamenta en los siguientes antecedentes.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

GONZALES M., ET AL. (2020). Realizaron un estudio de investigación “Características clínicas, demográficas e histopatológicas de pacientes postoperados de cáncer colorrectal internados en el Servicio de Coloproctología del Hospital Nacional, Itauguá – Paraguay: periodo 2015 y 2018”. Tuvo como objetivo general caracterizar a los pacientes postoperados de cáncer colorrectal del Servicio de Coloproctología del Hospital Nacional, Itauguá – Paraguay en el periodo entre 2015 y 2018. La investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, utilizando fichas de pacientes postoperados de cáncer colorrectal del Servicio de Coloproctología del Hospital Nacional, Itauguá – Paraguay en el periodo entre 2015 y 2018. Obtuvieron como resultado que, de las 26 fichas de pacientes revisados, el 70 % fue de sexo masculino y el rango etario más común fue entre 60 - 71 años (52 %). El motivo de consulta más frecuente fue hemorragia 70 %, la complicación más común fue la dehiscencia y no hubo óbitos. Finalmente llegaron a la conclusión que el mayor porcentaje de pacientes pertenece al sexo masculino y al grupo etario de mayores a 60 años, fue frecuente el adenocarcinoma moderadamente diferenciado y el estadio más común de tipo II A, la ubicación más frecuente fue el recto y motivo de consulta fue hemorragia (rectorragia) (6).

MONTIEL A., ET AL. (2020). Realizaron un estudio de investigación “Manifestación clínica asociada a la localización del cáncer de colon en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS. Periodo enero 2017- diciembre 2018. Su objetivo principal fue describir las manifestaciones clínicas asociada a la localización del Cáncer de Colon en pacientes internados en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018. El presente estudio, fue de tipo estudio descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de 264 fichas operatorias donde se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor, cuadro clínico y tipo histopatológico. Teniendo como resultado que, de los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transverso (8,71%) y 18 pacientes de tumores de la unión recto sigmoidea, correspondiendo al 18 %. El rango de edad encontrado más frecuente para el cáncer de colon fue de 61 a 70 años. Por último, llegaron a la conclusión que el cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino en el 51,13% de los casos. El rango etario predominante fue el de 61 a 70 años. La localización más frecuente fue en el colon derecho (51,8%) que en el izquierdo (36,3%) (7) .

MONTIEL A., ET AL. (2019). Publicaron su artículo de investigación “Prevalencia del cáncer de colon y su tratamiento quirúrgico en un hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2017- diciembre 2018”. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia del cáncer de colon de acuerdo a su localización y su tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del hospital central del IPS durante el periodo de enero del 2017 a diciembre del 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de

264 fichas operatorias. Obtuvieron como resultados que, de los 264 pacientes de la muestra, 127 pacientes fueron operados de tumores de colon derecho correspondiendo al 51,89 %, 96 pacientes de tumores de colon izquierdo (36,36%), 23 pacientes de tumores del colon transverso (8,71%) y 18 pacientes de tumores de la unión rectosigmoidea, correspondiendo al 18 %. El rango de edad encontrado más frecuente fue de 61 a 70 años; llegando a una conclusión que el cáncer de colon fue encontrado más frecuentemente en el sexo masculino en un 51,13%. El rango etario predominante fue el de 61 a 70 años. El adenocarcinoma grado I a II fue el más frecuente. El proceder quirúrgico varía de acuerdo a la localización, de la urgencia quirúrgica y de la morbilidad del paciente (8).

VILAR-TABANERA A., ET AL. (2019). En su artículo de investigación titulado “Resecciones colorrectales segmentarias en pacientes con colitis ulcerosa y displasia o adenocarcinoma”. Utilizaron como método el análisis retrospectivo de 5 pacientes con colitis ulcerosa a los que se realiza una resección segmentaria por displasia o adenocarcinoma, teniendo como resultado que la mediana de edad al diagnóstico de colitis ulcerosa y de la neoplasia fue de 56 y 62 años respectivamente. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 1 a 13 años. La mediana de seguimiento postoperatorio fue de 57 meses apareciendo en uno de los pacientes un nuevo foco de displasia. Por último, tuvo como conclusión que, en determinados pacientes seleccionados, las resecciones segmentarias podrían ser una opción segura si tienen buen control de la enfermedad, escasa actividad inflamatoria, pocos años de evolución y que puedan realizar un adecuado seguimiento posterior (9).

BARRERA A., MUÑOZ N. (2019). Presentaron un estudio de investigación "Cirugía laparoscópica en cáncer de colon". El objetivo principal es realizar una revisión de los resultados a corto y largo plazo y algunas consideraciones generales y perspectivas futuras y como resultado fue que la CLCC es segura y oncológicamente equivalente a la CACC, con una supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad similar a CACC. Existen muchos beneficios a corto plazo al compararla con CACC. También que su evidencia de ECA ha demostrado la no inferioridad de la CLCC al compararla con CACC. Por último, que la dificultad técnica de la CLCC y su curva de aprendizaje lenta, requieren una base sólida de formación tutorizada en centros experimentados con alto volumen quirúrgico (10).

MUSTELIER A., ET AL. (2019). Presentaron su estudio de investigación "Recuperación acelerada postratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de colon". Plantearon como objetivo caracterizar el comportamiento de los parámetros clínicos y quirúrgicos de los pacientes operados por cáncer colorrectal con la aplicación del protocolo ERAS en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" (Santiago de Cuba), entre enero 2017 y diciembre 2018. El estudio fue de tipo observacional descriptivo transversal en pacientes operados por cáncer colorrectal con la aplicación del protocolo ERAS. La muestra estuvo constituida por 46 sujetos. Los resultados fueron que el rango etario más frecuente fue entre 50 y 59 años (47,8 %). Predominó el femenino (63 %). La aparición de los ruidos hidroaéreos se detectó en las primeras 24 horas en 57,8 %. La complicación postoperatoria más frecuente fue la infección del sitio quirúrgico (4,3 %). La mayoría de los pacientes tuvieron una estadía entre 4 y 5 días (84,8 %). Por último, llegaron a la conclusión que la aplicación del protocolo de recuperación

mejorada después de la cirugía se logró un inicio precoz de la vía oral en los pacientes operados por cáncer de colon, con la aparición temprana de los ruidos hidroaéreos y la defecación, lo que condicionó una estadía postoperatoria corta con un mínimo de complicaciones (11) .

LUNA E. (2018). Realizó en su tesina de pre grado “Proceso de Cuidado Enfermero para pacientes pediátricos con diagnósticos enfermeros derivados de una ostoma de eliminación”. Tuvo como objetivo principal elaborar Proceso de Cuidado Enfermero fundamentando en la taxonomía de las 3 NNN, en el paciente pediátrico sometido a derivación de estoma de eliminación, que sirva para el ejercicio profesional de la enfermería pediátrica. Utilizo como método la recolección de datos y luego sintetizo una variedad de artículos de divulgación científica tomados de diferentes bases de datos como fueron CREATIVA, PubMed (12).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ORTEGA D., ET AL. (2020). Publicaron su artículo de investigación Resultados de la aplicación del Protocolo de Recuperación Mejorada en Cirugía (PREMEC) en el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati – EsSalud. Planteo como objetivo presentar los resultados con la implementación del PREMEC. Utilizando un método observacional de dos cohortes. Se estudiaron 516 pacientes. Una es la cohorte histórica (antes del protocolo) conformada por pacientes operados con cirugía respectiva de colon y recto mediante abordaje abierto entre enero del 2017 y noviembre del 2018. La otra cohorte prospectiva estuvo conformada por pacientes que fueron manejados de acuerdo al PREMEC desde diciembre del 2018 hasta marzo del 2020. Esta cohorte se dividió en dos grupos según el abordaje

quirúrgico, abierto y laparoscópico. Se compararon los grupos entre sí, teniendo en cuenta las variables de estancia postoperatoria, complicaciones, mortalidad, reoperaciones y readmisiones. Sus resultados encontrados fueron que los grupos fueron similares en edad, sexo, estadio del cáncer y cirugía realizada. La estancia hospitalaria en el grupo antes del protocolo fue 13,86 (DS 7,86) días, en el grupo PREMEC abordaje abierto fue 10,62 (DS 5,4) días y el grupo PREMEC abordaje laparoscópico de 6,86 (DS 2,7) días. A nivel de las complicaciones en el grupo PREMEC se demostró la disminución de las fugas anastomóticas, Infecciones de Sitio Operatorio (ISO) e íleo postoperatorio. No se encontró diferencias en la mortalidad, reoperaciones y readmisiones. Llegando como conclusión que la implementación del PREMEC logró disminuir la estancia postoperatoria, las fugas anastomóticas, ISO e íleo postoperatorio, sin incremento de la mortalidad, reoperaciones y readmisiones (13).

CALVO A., ROBLES A. (2018). Perú. Publicaron en el repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa su estudio de postgrado “CONOCIMIENTO DE CIRUGIA SEGURA Y CUIDADOS EN PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS ABDOMINALES, ENFERMERAS DE CENTRO QUIRÚRGICO. HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO” AREQUIPA 2017. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación del conocimiento de cirugía segura con los cuidados en la prevención de infecciones en heridas quirúrgicas abdominales, fue una investigación de tipo descriptivo, corte transversal y diseño correlacional. La población estuvo conformada por 49 enfermeras que laboraron en el centro quirúrgico del mismo hospital. Llegaron a la conclusión que el análisis estadístico con la aplicación del estadístico no paramétrico

del Ji cuadrado: con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5% se encontró relación entre las 94 variables Conocimiento de Cirugía Segura con cuidados en prevención de infecciones en herida quirúrgicas abdominales (14).

FREITAS R., et al. (2015). Perú. Realizaron un estudio de post grado “Variables asociadas a Intervenciones de Enfermería NIC en el intraoperatorio. Hospital Regional de Loreto. Iquitos-2015.” Las autoras establecieron como objetivo determinar las variables asociadas a las intervenciones de enfermería NIC en el intraoperatorio, en un hospital de tercer nivel de Loreto, utilizando un diseño descriptivo transversal correlacional; conto como una muestra de 50 pacientes adultos quirúrgicos. Se llego a la conclusión que los dominios más alterados fueron el dominio 11 (seguridad y protección), dominio 4 (actividad /reposo), domino 9 (afrentamiento/tolerancia al estrés). Por último, llegando a la conclusión que de los 13 dominios de la NANDA (2014- 2016), se identificaron 07 diagnósticos de enfermería que corresponden a 4 dominios, siendo los dominios seguridad/protección y actividad/reposo, afrontamiento/tolerancia al estrés, los que contienen el 50% de diagnósticos de enfermería (15).

2.2. Base Teórica

2.2.1. Marjory Gordon: Patrones funcionales de salud

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (16).

Por otro lado, los patrones funcionales se definen como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (17).

Entonces, los patrones funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físicos, psíquicos, sociales, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta(18).

M. Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente(16), denominándose de la siguiente manera:

1. Patrón 1: Percepción y manejo de la salud.
2. Patrón 2: Nutricional y Metabolismo.
3. Patrón 3: Eliminación.
4. Patrón 4: Actividad y Ejercicio
5. Patrón 5: Sueño y Descanso
6. Patrón 6: Cognitivo y Perceptual.
7. Patrón 7: autopercepción y Autoconcepto.
8. Patrón 8: Rol y Relaciones.
9. Patrón 9: Sexualidad y Reproducción.
10. Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés.
11. Patrón 11: Valores y Creencias.

Según la NANDA (2018 – 2020), recomienda la utilización de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la realización de la valoración de enfermería en las diferentes especialidades. Una correcta valoración al paciente permite establecer criterios y, parámetros que aseguren y garanticen el éxito de las intervenciones que el profesional de enfermería realiza en sus cuidados al paciente sano, enfermero o en proceso de recuperación, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es nuestra prioridad.

Los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, permiten establecer los cuidados de enfermería en la parte de promoción y prevención de la salud, en el ámbito hospitalario, recuperativo y en el proceso del duelo por la pérdida de un familiar o persona cercana en el paciente, familia y entorno.

2.3. Base Conceptual

2.3.1. Cáncer

Según la OMS, define que “el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células”, esta enfermedad puede presentarse prácticamente en cualquier lugar del cuerpo y en cualquier edad cronológica de la persona (3).

Para el Instituto Nacional del Cáncer, el cáncer es el nombre que se da a un conjunto de enfermedades que se relacionan entre sí, estas células cancerosas se dividen sin detenerse llegando a diseminarse por todo el cuerpo causando la muerte del paciente si no recibe un tratamiento oportuno (19).

El Instituto nacional de enfermedades Neoplásicas INEN, conceptualiza al cáncer como una enfermedad que se puede originar en cualquier parte del cuerpo. Esta empieza cuando las células cancerígenas crecen descontroladamente y se disemina por todo el

cuerpo, teniendo como consecuencia el funcionamiento adecuado del organismo (20).

De la Garza J., Juárez P. En su publicación definen que el cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos (21).

Por último, el Dr. Eduardo Payet, director ejecutivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima - Perú en una entrevista con el Diario la República menciona que "El cáncer siempre va a existir. Pero soñamos con un país libre de cáncer avanzado"(22).

2.3.2. Tipos de cáncer

El cáncer en general tiene múltiples tipos cada uno de ellos presentan diferentes características, en algunas oportunidades se llegan a considerar enfermedades independientes, con sus causas, evolución y su propio tratamiento.

Por otro lado, los tipos de cáncer en hombres y mujeres pueden ser las siguientes: Cáncer de cabeza y cuello, colon y recto, cuello uterino, hígado, páncreas, mamas y tejidos blandos, sarcomas, riñón, próstata, tumores retroperitoneales, linfomas, mielomas, leucemias, etc.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, cuenta con las especialidades de Medicina oncológica, Radioterapia y Braquiterapia, Medicina Nuclear, Cirugía oncológica, Pediatría Oncológica, Genética, Anatomía Patológica, entre otras especialidades más; cuenta con un gran equipo de profesionales en donde tratan los diferentes tipos de cáncer que son derivados para su manejo y tratamiento oportuno.

2.3.3. Tratamiento del cáncer

Los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad (23).

El principal tratamiento para el cáncer es la quimioterapia y cirugía oncológica, al pasar el tiempo y la evaluación con las nuevas tecnologías biomédicas se fue agregando la radioterapia, braquiterapia de alta y baja tasa, inmunoterapia, hormonoterapia y los cuidados paliativos.

En la actualidad, los tratamientos en mención son en conjunto. La neoadyuvancia y adyuvancia se aplican para todos los tipos de cáncer, en donde busca garantizar la efectividad del tratamiento de elección.

2.3.4. Cáncer de Colorrectal

A nivel mundial el cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos, pero en países desarrollados llega a ser la segunda. Las tasas de supervivencia a cinco años son significativamente diferentes por estadio, siendo de 90% para enfermedad localizada y de 10% para enfermedad a distancia, evidentemente ligada a la detección temprana (24).

El cáncer colorrectal es el crecimiento incontrolado de las células del colon y/o el recto. Los tumores malignos colorrectales pueden originarse en cada una de las tres capas: mucosa, muscular y serosa.

El adenocarcinoma se origina en las glándulas. Es el más frecuente: más del 90% de los cánceres colorrectales son adenocarcinomas.

Por esta razón, todos los capítulos siguientes se refieren al adenocarcinoma.

Los linfomas, los sarcomas y los melanomas son infrecuentes (25) .

2.3.5. Tratamiento de Cáncer de Colón

- La discusión multidisciplinar es importante para la selección del tratamiento.
- El tratamiento básico del cáncer de colon con intención curativa es la exéresis del tumor primario y de los ganglios linfáticos.
- El abordaje laparoscópico comparado con la vía tradicional abierta ha demostrado tener ventajas en cuanto a una rehabilitación postoperatoria más precoz, con resultados oncológicos semejantes cuando la exéresis es correcta.
- El tatuaje de las lesiones con tinta china es conveniente en el lecho de los pólipos extirpados, sospechosos de malignidad, y en los cánceres, para la localización intraoperatoria especialmente en cirugía laparoscópica (26).

Por otro lado, el tratamiento de elección es la cirugía oncológica, es un procedimiento quirúrgico en donde es la extirpación de la porción del colon grueso, sigmoides hasta inclusive base del recto. Muchos pacientes después de la cirugía recién el tratamiento de quimioterapia o radioterapia para destruir las células cancerígenas que hayan quedado de forma microscópicamente.

2.3.6. Resección Anterior Baja De Recto

Algunos cánceres rectales en etapa I y la mayoría en etapa II o III en la parte superior del recto (cerca de donde se conecta con el colon) pueden ser extirpados mediante una resección anterior baja (low

anterior resection, LAR). En esta operación, se extrae la parte del recto que contiene el tumor. Luego el colon es adherido a la parte remanente del recto (inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía) para que el paciente pueda tener sus evacuaciones intestinales de la manera usual (27).

Una resección anterior baja se hace con anestesia general para que el paciente entre en un sueño profundo evitando que sienta dolor. El cirujano procede a hacer varias incisiones pequeñas (cortes) sobre el abdomen. Se extrae el cáncer y un margen (borde) de tejido normal circundante al tumor, junto con los ganglios linfáticos y otros tejidos alrededor del recto (27).

Luego el colon se vuelve a conectar al recto restante, por lo que una colostomía permanente no es necesaria (una colostomía es necesaria cuando, en lugar de reconectar el colon y el recto, el extremo superior del colon se conecta a una abertura que se hace sobre la piel del abdomen y por la cual los residuos fecales son desechados) (27).

Si se administra radioterapia y quimioterapia antes de la cirugía, es común que se haga una ileostomía de corto plazo (esto consiste de conectar la parte final del intestino delgado, el íleon, a un orificio que se hace sobre la piel del abdomen). Esto le da tiempo al recto para sanar antes de que los residuos fecales sean evacuados de nuevo a través del colon. En la mayoría de los casos, la ileostomía se puede revertir (se reconectan los intestinos) aproximadamente después de ocho semanas (27).

La mayoría de los pacientes pasará varios días en el hospital después de una resección anterior baja, dependiendo de cómo se realizó la cirugía y de su estado general de salud. Puede que la recuperación tome de tres a seis semanas en casa (27).

Por otro lado, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, el personal de enfermería sigue el tiempo operatorio según la técnica quirúrgica del cirujano; también, se utiliza una variedad de instrumental quirúrgico, insumos y materiales en la cirugía de Resección Anterior Baja de Recto, lo que se detalla a continuación:

- **Tiempo operatorio de la cirugía de resección anterior baja de recto**

1. **Diéresis**

Apertura Abdominal: instrumentos: bisturí #22, cauterio, separadores farabeu, separados mayo, separador balford.

2. **Exceresis o extracción tumoral**

Tiempo de cavidad Abdominal: instrumentos: pinzas Mixter-Cístico, Disecciones tute, dientecillos o Bakey, cauterio, ligadura, separadores anteriores.

1. Disección y movilización del sigmoides y recto.
 - Realizan la disección a ambos lados del meso del colon sigmoides hasta identificar el uréter en ambos lados.
 - Continúa la disección hasta llegar a la concavidad sacra e identifican la tumoración.
 - Se disecciona y liga la arteria mesentérica inferior y la vena mesentérica inferior.
 - Delimitan la zona de sección proximal y distal.
2. Sección del sigmoides con sutura THR 60.
3. Sección del recto: instrumental a utilizar: pinza dipson, electrocauterio, parto agujas, tijera mayo recta larga.
4. Se retira la zona operatoria.

Tiempo perineal

- Se usa la sutura CDH 29.

- 3. Revisión de hemostasia:** instrumental: pinzas mixter cístico, disección bakey, ligaduras, tijera de mayo recta. Cauterio.
- Agua tibia
 - Colocación del Dren Blake
 - Conteo final de gasas e instrumental quirúrgico.
- 4. Síntesis o cierre por planos:** instrumental: porta aguja, disección con uña o Martín, con una tijera mayo recta.
- Cubrir la herida operatoria.
 - **Materiales:** estos pueden varias dependiendo la preferencia del cirujano, a continuación, se detalla los materiales más utilizados en la cirugía de Resección Anterior Baja de Recto:
 - **Ropa quirúrgica:** es recomendable la utilización de ropa quirúrgica descartable y esta son las siguientes:
 - Campos pequeños (4)
 - Campos medianos (2)
 - Campos grandes (4)
 - Sabanas (5)
 - Pierneras (2)
 - Mandil quirúrgico (5)
 - **Instrumental quirúrgico:** Utilizamos el siguiente instrumental quirúrgico:
 - Pinzas Kelly (8)
 - Pinzas Moscos (4)
 - Separadores farabeu (4)
 - Cánula de yankawer (2)
 - Mango de bisturí # 4 y # 7 (1)
 - Disección martin (1)
 - Disección dientesillo (2)

- Disección tute (1)
- Tijera mayo recta chica y larga (1)
- Tijera metzembau chica y larga (1)
- Pinzas Craford
- Pinzas mixter
- Pinzas cístico
- Pinzas beycock largas
- Pinzas Yuds allis
- Clamp blandos curvos y rectos
- Porta aguja vascularres
- Porta agujas chicas, medianas y largas
- Separador balfor
- Separadores maleables
- Separador de mayo
- Pinzas backaus
- Argollas
- Pinzas les (vascular)
- Pinzas satiskis (vascular)
- Pinzas baybe adson
- Disecciones bakey de 24cm y 30 cm (vascular)
- Separadores de vena
- Agujas de cavidad
- Pinzas dipson
- Separadores anteriores

2.3.7. Cuidados de Enfermería en Cirugía de Resección Anterior Baja de Recto.

Los cuidados de enfermería que brinda el personal de enfermería en la cirugía de Resección Anterior Baja de Recto, el profesional de enfermería garantiza la seguridad del paciente quirúrgico oncológico.

- **Rol del profesional de enfermería en el preoperatorio:** se basan en garantizar la seguridad del paciente quirúrgico oncológico en la etapa pre operatorio y estas se detallan a continuación:
 - Lavado de manos clínico.
 - Verificar la limpieza y desinfección del quirófano.
 - Verificar el equipamiento del quirófano con el instrumental, ropa quirúrgica adecuada de acuerdo al tipo y complejidad de la cirugía.
 - Verificar el mobiliario con el adecuado funcionamiento y en óptimas condiciones, así como el buen funcionamiento del aire acondicionado del quirófano.
 - Verificar los equipos biomédicos a utilizar como consola de electrocauterio, consola de algún sellador de vaso (Ligachure, Armónico).
 - Verificar los insumos quirúrgicos y/o material especial a utilizar para la cirugía a realizarse.
 - Identificar al paciente con el nombre y apellidos completo, esta deberá ser corroborado con el brazalete de identidad y la historia clínica del paciente.
 - Identificación del profesional de enfermería hacia el paciente.
 - Revisar la historia clínica que contenga el consentimiento informado, formado por el paciente y cirujano principal, exámenes de laboratorio (hemograma, perfil de coagulación, grupo y factor, exámenes serológicos, otros), exámenes complementarios (tomografía, radiología, resonancia magnética, etc.)
 - Brindar apoyo psicoemocional al paciente.

- Proporcionar seguridad al paciente.
 - Educar al paciente sobre la experiencia del paciente en la sala de operaciones.
 - Consultar al equipo quirúrgico sobre la utilización de algún instrumental, material e insumo adicional.
 - Verificar que el equipo quirurgo se encuentre completo antes de ingresar el paciente al quirófano.
 - Coordinar con el equipo de enfermería sobre el proceso de la cirugía a realizarse.
- **Rol del profesional de enfermería en el intraoperatorio.**

Enfermera circulante: es le profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada de la circulación en la cirugía y cumple un rol importante que se detalla a continuación:

- Brindar apoyo emocional al paciente en todo momento, cuanto este se encuentre aun despierto.
- Brindar seguridad al paciente quirúrgico oncológico, proporcionando cuidados adecuados en su posicionamiento.
- Verificar y/o consultar si el equipo de anestesiología necesita algún insumo, material o medicina adicional a utilizar para la inducción y posterior a la intubación del paciente.
- Da inicio (entrada) a la lista de verificación de la cirugía seguro.
- Apertura los paquetes, campos e instrumental quirúrgico a utilizar en la cirugía de resección anterior baja de recto.

- Mantienen y cuidan de forma escrita los espacios entre la zona estéril y no estéril al momento de desplazarse por el quirófano y de la misma forma los miembros del equipo quirúrgico.
- Proporciona todo el material a utilizar, teniendo en cuenta de no contaminar la zona estéril.
- Realiza y continúa con sus actividades en relación a la cirugía a realizarse.
- Participa en el inicio del conteo de gasas, compresas e instrumental quirúrgico. Tener presente la conformidad de la actividad realizada entre la enfermera (o) instrumentista y la circulante.
- Proporciona algún tipo de antiséptico (Isodine en espuma y Isodine en solución o clorhexidina al 2%) para el lavado de la zona operatoria (abdominal y perineal).
- Proporciona todo el material para la colocación de sonda vesical.
- Proporciona iluminación correcta al cirujano para la realización de la misma, así mismo verifica el correcto lavado de la zona operatoria del paciente.
- Supervisar rápidamente que el médico cirujano realice el correcto lavado de manos en el tiempo indicado.
- Posiciona nuevamente al paciente dormido en coordinación con el equipo de anestesiología teniendo en cuenta la cirugía a realizar, manteniendo la seguridad del paciente.
- Coloca la placa de electrocauterio en la mejor zona de elección.

- Da inicio de la pausa quirúrgica de la lista de verificación de cirugía segura, de forma clara, precisa y segura, obteniendo la respuesta del equipo quirúrgico.
- Proporciona materiales e insumos a la enfermería instrumentista en el acto operatoria según sea la necesidad.
- Esta atenta a la recepción de la pieza patológica para su respectivo registro y envió a anatomía patológica.
- Participa activamente en el reencuentro de gasas, instrumental y agujas.
- Da la conformidad de la actividad realizada entre la enfermería instrumentista y la enfermera circulante.
- Realiza la parte final de la lista de verificación de cirugía segura, así mismo hace cumplir al equipo quirúrgico el respectivo registro, como firma y sella de las mismas.
- Continúa con sus actividades propiamente dicha.
- Proporciona material para la fijación de algún dispositivo, drenajes, sonda vesical, entre otras al médico cirujano (ayudante).
- Verifica y cuantifica la diuresis del paciente.
- Brinda seguridad, protección y cuidado especial al paciente dormido en todo momento.
- Brinda privacidad al paciente, cubriéndole con cobertores y/o ropa hospitalaria (mandil).
- Retira y verifica la integridad de la piel en donde fue colocado la placa neutra (cauterio). Por otro lado, comunica a la enfermera instrumentista si hay alguna eventualidad.

- Realiza la entrega de la lista de verificación de cirugía segura con el llenado correcto al médico anesthesiologo para posteriormente ser archivado en la historia clínica del paciente.
- Proporciona cuidado al paciente al momento de salir del quirófano.
- Entrega los insumos no utilizados a farmacia de sala de operaciones.
- Descarta la ropa quirúrgica (sucia) utilizada en la cirugía.
- Hace el desequipamiento del quirófano para la limpieza y desinfección.
- Continúa con sus actividades para la cirugía siguiente.

Enfermera instrumentista: es le profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico, encargada en la instrumentación quirúrgica, garantiza la seguridad del paciente en el acto quirúrgico, el rol que cumple son las siguientes:

- Verifica que los paquetes quirúrgicos se encuentren aperturados por la enfermera circulante.
- Realiza el lavado de manos quirúrgico según la normativa vigente.
- Ingresa al quirófano y se posiciona para proseguir con sus actividades.
- Coge correctamente una toalla o papel toalla estéril para la realización del secado de manos correctamente, manteniendo la distancia correspondiente de no contaminar el área estéril.

- Coge el mandil estéril, se viste correctamente y tiene en cuenta que la enfermera circulante realice el amarre correspondiente manteniendo la distancia de no contaminar.
- se coloca los guantes estériles con la técnica de mayor preferencia (abierta o cerrada).
- Verifica si los indicadores internos que se encuentren virados correctamente teniendo en cuenta el método de esterilización. Posterior a ello, se comunica a la enfermera circulante.
- Inicio de la vestimenta del mobiliario quirúrgico que se va a utilizar en la cirugía, como la mesa de mayo, mesa auxiliar, mesa de media luna, mesa de lavado y mesa auxiliar (zona perineal).
- Inicio del conteo de compresas, gasas a utilizar en la cirugía “tener presente la conformidad de la actividad realizada de ambas partes”.
- Conteo del instrumental quirúrgico, argollas manteniendo comunicación directa con la enfermera circulante.
- Arma la mesa de lavado de la zona operatoria, proporciona insumos para la colocación de la sonda vesical manteniendo el campo estéril.
- Proporciona toalla, papel estéril a los cirujanos, posterior a ello continua con la vestimenta correcta, calza los guantes dependiendo la preferencia del cirujano.
- Verifica el correcto amarre del mandil estéril al cirujano por la enfermería circulante manteniendo la distancia de no contaminar.

- Continúa con la distribución del instrumental quirúrgico según el tiempo quirúrgico y la posición de la enfermera en el acto operatorio.
- Brinda todo lo necesario para el inicio de la cirugía.
- Participa activamente en la pausa de la lista de verificación de cirugía segura.
- Esta atenta al desarrollo de la cirugía de resección anterior baja de recto, sigue el tiempo operatorio, proporciona los insumos, materiales, suturas e instrumental quirúrgico a utilizar.
- Realizar el reencuentro de gasas, argolla, agujas e instrumental quirúrgico utilizados en la cirugía.
- Da conformidad a la actividad realizada en conjunto con la enfermera circulante. Asu vez, comunica al equipo quirúrgico sobre la conformidad teniendo la respuesta del cirujano principal.
- Participa en la realización de la pausa quirúrgica de la lista de verificación de cirugía segura.
- Fin de la cirugía de resección anterior baja de recto.
- Continúa con las actividades propiamente dicha.
- Verifica la integridad de la piel en la zona de la colocación de la placa neutra (electrocauterio).
- Proporciona cuidado al paciente post operado en el despertar y la salida del quirúrgico.
- Contabiliza todo el instrumental quirúrgico utilizado.
- Coloca en un contenedor para el transporte a la central de esterilización.
- Continúa con sus actividades para la cirugía siguiente.

CAPÍTULO III.

PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA

I. VALORACIÓN

1.1. Datos de filiación

- **Nombres y apellidos del paciente:** C .R.S.A
- **Documento de identidad:** xxxx
- **Grado de instrucción:** Secundaria completa
- **Grupo Sanguíneo:** o “+”
- **Edad:** 50 años
- **Sexo:** masculino
- **Estado civil:** casado
- **Ocupación:** casa
- **Religión:** católico
- **Lugar y fecha de nacimiento:** Acos Vinchos / Huamanga / Ayacucho
- **Nacionalidad:** Peruana
- **Dirección actual:** AAHH HUAYCAN UCV 84 LT 36 ZONA E - ATE
- **Departamento:** Lima
- **Provincia:** Lima
- **Distrito:** Ate

1.2. Motivo de consulta: paciente acude por presentar deposiciones con sangre y dolor al defecar.

1.3. Enfermedad actual: D/C NM RECTO

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes perinatales: No aplica

1.4.2. Antecedentes familiares:

- Padre: cáncer de estómago, HTA, DM.
- Madre: HTA, ERC.

1.4.3. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Disminución de la agudeza visual, hace 15 años intervenido de apendicetomía en el Hospital Nacional Dos de Mayo

1.4.4. Antecedentes socioeconómicos y culturales: Bajo nivel socioeconómico, paciente jubilado.

1.5. Examen físico

1.5.1 Control de signos vitales

- Presión arterial: 120/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 81 x´
- Frecuencia respiratoria: 17 x´
- Saturación de oxígeno: 98%
- Temperatura corporal: 36.3 °C

1.5.2 Exploración céfalo caudal:

- Cabeza: Normo cefálico, no signos de anormalidades
- Oreja: Simétricas y con disminución de la agudeza auditiva.
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada. Ausencia de piezas dentales en regular estado de higiene.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil, no doloroso a la palpación, no signos de ganglios inflamados.

- Tórax: Simétrico, con buen murmullo vesicular en ACP, no signos de anormales.
- Mamas: no aplica
- Abdomen: ligeramente distendido, leve dolor a la palpación EVA 2/10
- Genito urinario: No evaluable
- Columna vertebral: Normal, sin presencia de alteraciones anormales.
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con movimientos simétricos.
- Fuerza muscular: disminución del tono muscular.

1.6. Exámenes auxiliares

- Hemograma,
- Quiomíticos y
- otros

análisis	resultados	rango de referencia	unidades	reporte adjunto
HEMOGRAMA CBC				
		(niños)		
LEUCOCITOS	5.1	(4.0 - 11.0) (4 - 16)	x10 ³ /mm ³	
- diferencial porcentual:				
- mielocitos	0	(0)	%	
- metamielocitos	0	(0)	%	
- abastionados	0	(0 - 5)	%	
- segmentados	59	(42 - 72)	%	
- linfocitos	29	(20 - 51)	%	
- monocitos	11	(0 - 12)	%	
- eosinófilos	0	(0 - 5)	%	
- basófilos	1	(0 - 1)	%	
- otros	0	(0)	%	
- diferencial absoluto:				
- mielocitos	0.0	(0)	x10 ³ /mm ³	
- metamielocitos	0.0	(0)	x10 ³ /mm ³	
- abastionados	0.0	(0.0 - 0.7)	x10 ³ /mm ³	
- segmentados	3.0	(1.8 - 7.7)	x10 ³ /mm ³	
- linfocitos	1.5	(1.0 - 5.0) (2.0-8.0)	x10 ³ /mm ³	
- monocitos	0.6	(0.0 - 1.0)	x10 ³ /mm ³	
- eosinófilos	0.0	(0.0 - 0.5) (0.0-0.7)	x10 ³ /mm ³	
- basófilos	0.1	(0)	x10 ³ /mm ³	
- otros	0.0	(0)	x10 ³ /mm ³	
-observaciones del frotis:				

HEMATIES	4.43	(3.80 - 5.80)	x10 ⁶ /mm ³
HEMOGLOBINA	13.5	(12.0 - 17.2) (11 - 15)	g/dL
HEMATOCRITO	38.0	(36.0 - 51.0) (33 - 44)	%
VOL. CORPUSCULAR MEDIO (VCM)	85.8	(82.0 - 98.0) (75 - 90)	fL
HB. CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	30.5	(27.0 - 32.0) (25 - 30)	pg
CONC.HB.CORPUSC.MEDIA (CHCM)	35.5	(30.0 - 35.0)	%
R.D.W.(índice de anisocitosis)	13.0	(11.5 - 14.0)	
PLAQUETAS RECUENTO DE	372	(150 - 450)	x10 ³ /mm ³
VOL. PLAQUETARIO MEDIO (VPM)	8.8	(7.0 - 11.0)	fL
GLUCOSA	110	(65 - 115)	mg/dL
UREA	19	(20 - 50)	mg/dL
CREATININA	0.6	(0.4 - 1.4)	mg/dL
PRUEBAS HEPATICAS			
BILIRRUBINA TOTAL	0.77	(0.40 - 1.20)	mg/dL
BILIRRUBINA DIRECTA	0.24	(0.10 - 0.40)	mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.53	(0.30 - 0.80)	mg/dL
PROTEINAS TOTALES	7.18	(5.80 - 8.10)	g/dL
ALBUMINA	4.39	(3.50 - 5.00)	g/dL
GLOBULINA	2.79	(2.00 - 3.50)	g/dL
RELACION ALB/GLOB	1.57	(1.30 - 2.50)	
TRANSAM. PIRUVICA (SGP/ALT)	12	(0 - 40)	U/L
TRANSAM. OXALACETICA(SGO/AST)	24	(0 - 40)	U/L
FOSFATASA ALCALINA	44	(15-60); niños=(20-150)	U/L
GGTP(G-GLUTAMILTRANSPEPTIDASA)	8.2	(5.0 - 24.0 en hombres)	U/L
		(4.0 - 18.0 en mujeres)	

ORINA, EXAMEN COMPLETO

EXAMEN MACROSCOPICO

Color	amarillo	
Aspecto	limpio	
Densidad	1.011	(1.005-1.030)
Reacción	ácida	
pH	6.5	

ELEMENTOS ANORMALES

Proteínas	negativo	(< 15= negativo)	mg/dL
Glucosa	negativo	(< 20= negativo)	mg/dL
Acetona	negativo		
Pigmentos biliares	negativo		
Urobilina	negativo		
Hemoglobina	negativo		
Nitritos	negativo		

EXAMEN MICROSCOPICO

Células epiteliales	1+	(1+ 2+ 3+ 4+)	
Leucocitos x campo	2		
Hematíes x campo	1		
Cilindros	no hay		
Cristales	no hay		
Flora microbiana	no hay		
Otros	no hay		

1.7. Indicación terapéutica

Indicaciones pre – operatoria

- NPO
- Cefazolina 1 gr EV, 30 minutos antes de ingresar a SOP
- Espirometría manual 3 veces c/ 15 minutos
- Vendaje de miembros inferiores
- Bajar a SOP con TAC
- Bajar a SOP en el primer turno

1.8. Esquema de valoración

Nombre: CRSA de 50 años de edad, con diagnóstico médico de NM COLÓN, con antecedentes de Hipertensión arterial, Disminución de la agudeza visual, hace 15 años intervenido de apendicetomía en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Esposa refiere que hace 2 años “le dolía mucho el estómago después de comer”, “tenía muchas náuseas y sensación de estar lleno”, “decía que no quería comer”, “me decía que tenía dolor al momento de ir al baño” y “cuando se limpiaba manchaba de sangre el papel higiénico”, yo le miraba que estaba bajando de peso. Un día, amaneció sin ganas de comer, tenía mucho dolor al momento de ir al baño y empezó a sangrar, me asuste y le lleve al Hospital Nacional Dos de Mayo por emergencia, el médico después de casi dos horas le atendió, las enfermeras le pusieron calmante y le mandaron hacer una colonoscopia. En el hospital la cita demoraba mucho porque el equipo estaba malogrado, y como seguía sangrando le lleve al Hospital de la Solidaridad, conocimos a un médico que nos atendió y dijo que probablemente sería hemorroides y para estar seguro tenía que hacerle una colonoscopia y que tomaría una muestra para analizarlo. Después de 3 días lo hicieron la colonoscopia a mi esposo, le tomaron una biopsia y lo llevaron a estudiar. Pasaron 2 semanas aproximadamente, fuimos a recoger el resultado, el médico nos dijo que mi esposo tenía cáncer en el recto y que si no se iba ahorita mismo al Neoplásicas para que lo curen se podía complicar más. Una sobrina que trabaja acá nos ayudó para que le atiendan a mi esposo y por eso estamos aquí. El día de hoy, le van a operar, no sé exactamente de que, solo sé que le van a operar y le van a sacar el tumor que tiene.

Paciente adulto mayor en camilla en la unidad de Pre anestesia del servicio de sala de operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, programado para **RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO**. Se observa con facies de tristeza, angustiado, preocupado por

su cirugía. Paciente despierto, Lucio en tiempo, espacio y persona, en ayunas por más de 8 horas, ventilando espontáneamente, cara y ojos simétricos, abdomen con leve dolor a la palpación, con genitales externos sin ninguna alteración, no se evidencia signos de sangrado, portando vía periférica para fluido terapia de Cloruro de Sodio 9% x 1000 ml sin agregados, miembros superiores e inferiores con movimientos simétricos, micción espontánea. Según hallazgos encontrados en la Historia Clínica, se observa el estudio de anatomía patológica, tumoración a 10 centímetros del canal anal, exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales (Hemoglobina: 13.3 mg/dl, Hematocrito: 38%, INR: 1,2, plaquetas 372mil, glucosa sérica: 110mg/dl), exámenes serológicos (VIH, VDRL Hepatitis B) negativo. Riesgo cardiológico III, por antecedentes de hipertensión arterial hace más de 15 años con tratamiento. Por otro lado, cuenta con el consentimiento informado de la cirugía y del tipo de anestesia, firmado por el paciente y médico según corresponda.

A la entrevista con el paciente, refiere: “me trajeron en una camilla muy temprano y estoy en espera para que me operen”, “dice que aún no llega el médico quien me va a operar”, “en piso me transfundieron sangre para poder operarme”, “tengo mucho miedo”, “siento demasiado temor porque me han dicho que es una cirugía mayor” y “tengo miedo de morir”.

09:00am, paciente CRSA de 50 años de edad ingresa al quirófano para ser intervenido. Paciente refiere “tengo mucho frío”, “todo están con máscara y ropa verde”, “ya me van a dormir”.

- Fecha de ingreso al INEN: 24/02/2021.
- Fecha de cirugía: 26/02/2021 – Primer turno

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

1.1. Lista de hallazgos significativos

- Ansiedad
- Temor
- Riesgo De Hipotermia Perioperatoria
- Riesgo De Infección De La Herida Quirúrgica
- Riesgo De Lesión Postural Perioperatoria.
- Riesgo De Caídas.
- Riesgo De Perfusión Tisular Periférica Ineficaz.

1.2. Diagnóstico de enfermería según datos significativos

- Ansiedad R/C necesidades no satisfechas y/o estresores E/C angustia, incertidumbre, incremento de la preocupación M/P expresión verbal del paciente.
- Temor R/C entorno desconocido y/o proceso de la cirugía E/C reducción de la seguridad en sí mismo, sensación de temor M/P expresión verbal del propio paciente.
- Riesgo de lesión postural R/C inmovilización del paciente y/o posición de litotomía del paciente en el acto quirúrgico.
- Riesgo de hipotermia perioperatoria R/C procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C posición de litotomía del paciente y/o tiempo quirúrgico de aproximadamente 6 horas.
- Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).

- Riesgo de infección de la herida operatoria R/C posible contaminación de la herida quirúrgica (Resección anterior baja de recto) y/o mala técnica de asepsia y antisepsia.

1.3. Esquema de diagnóstico de enfermería

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Ansiedad	necesidades no y/o satisfechas estresores	Paciente adulto mayor a la entrevista se observa con fascias de tristeza, preocupado por el acto quirúrgico.	Ansiedad R/C necesidades no satisfechas y/o estresores E/C angustia, incertidumbre, incremento de la preocupación M/P expresión verbal del paciente.
Temor	necesidades no y/o satisfechas estresores	paciente adulto mayor a la entrevista se observa con temeroso por el proceso y resultados de la cirugía.	Temor R/C necesidades no satisfechas y/o estresores E/C reducción de la seguridad en sí mismo, sensación de temor M/P expresión verbal del propio paciente.
Lesión postural	Inmovilización del paciente y/o posición de litotomía del paciente en el acto quirúrgico.	Paciente adulto en el intraoperatorio en posición de litotomía.	Riesgo de lesión postural R/C inmovilización del paciente y/o posición de litotomía del paciente en el acto quirúrgico.
Termorregulación	procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.	Paciente adulto en el quirófano portando una bata quirúrgica, temperatura del	Riesgo de hipotermia perioperatoria R/C procedimiento quirúrgico y/o

		quirófano 23°C.	temperatura del quirófano 23°C.
Cardiovascular	Posición de litotomía del paciente y/o tiempo quirúrgico de aproximadamente 6 horas.	Paciente adulto en el intraoperatorio en posición de litotomía, con tiempo quirúrgico de aproximadamente 6 horas.	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C posición de litotomía del paciente y/o tiempo quirúrgico de aproximadamente 6 horas.
Lesión física	Deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).	Paciente adulto post operado inmediato, en el proceso de despertar, aún bajo efectos de anestesia general, con tubo orotraqueal.	Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).
Infección	Posible contaminación de la herida quirúrgica (Resección anterior baja de recto) y/o mala técnica de asepsia y antisepsia.	Paciente adulto en el intraoperatorio, cavidad abdominal abierta, cirujano realizando cirugía según tiempos quirúrgicos.	Riesgo de infección de la herida operatoria R/C posible contaminación de la herida quirúrgica (Resección anterior baja de recto) y/o mala técnica de asepsia y antisepsia.

III. PLANIFICACIÓN

3.1. Esquema de planificación

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	EVALUACIÓN NOC
<p>Código: 00146</p> <p>Ansiedad R/C necesidades no satisfechas y/o estresores E/C angustia, incertidumbre, incremento de la preocupación M/P expresión verbal del paciente.</p>	<p>Código: 1412</p> <p>Control de la ansiedad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de la ansiedad. • Verbaliza sentimientos. 	<p>Código: 5820</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar al paciente sobre los procedimientos, inclusive las sensaciones que ha de experimentar durante el procedimiento quirúrgico. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Escuchar con atención. • Identificar los cambios de niveles de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la ansiedad (4). • Verbaliza sentimientos (5).

		<p>Código: 5820 Enseñanza: prequirúrgica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y familiar de la duración aproximada de la cirugía. • Evaluar la ansiedad del paciente y de los familiares respecto a la cirugía. • Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y comente sus inquietudes. • Educar al paciente sobre el proceso desde el ingreso hasta la salida del quirófano. • Reforzar la confianza del paciente con el personal involucrado. 	
<p>Código:00148</p> <p>Temor entorno desconocido y/o proceso de la cirugía E/C reducción de la R/C</p>	<p>Código: 1212:</p> <p>Nivel de estrés.</p> <p>Indicadores:</p>	<p>Código: 5230</p> <p>Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno, 	<ul style="list-style-type: none"> • 121213 inquietud (4). • 121222 ansiedad (4).

<p>seguridad en sí mismo, sensación de temor M/P expresión verbal del propio paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 121213 inquietud. • 121222 ansiedad. 	<p>tranquilizador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. • Proporcionar información objetiva respecto al proceso quirúrgico. <p>Código: 5270</p> <p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con la paciente. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. 	
<p>Código: 000087</p> <p>Riesgo de lesión postural R/C inmovilización del paciente y/o posición de litotomía del paciente en el acto quirúrgico.</p>	<p>Código: 0208:</p> <p>Nivel de Movilidad.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 020802 mantenimientos de la posición corporal. • 020803 movimiento muscular. 	<p>Código: 0842</p> <p>Cambio de posición: intraoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 020802 mantenimientos de la posición corporal (4). • 020803 movimiento muscular (4).

	<ul style="list-style-type: none"> • 020804 movimiento articular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica. • Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía. • Comprobar la integridad de la piel. <p>5. Colocar material acolchado en las prominencias óseas.</p> <p>6. Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar las extremidades inferiores.</p> <p>7. Vigilar la posición del paciente durante la operación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 020804 movimiento articular (4).
<p>Código: 00006</p> <p>Riesgo de hipotermia perioperatoria R/C procedimiento quirúrgico y/o temperatura del quirófano 23°C.</p>	<p>Código: 0800:</p> <p>Termorregulación.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80007 cambios de coloración cutánea. • 80020 hipotermia 	<p>Código: 3902:</p> <p>Regulación de la temperatura: perioperatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores de riesgos del paciente para experimentar anomalías de la temperatura corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • 80007 cambios de coloración cutánea (4). • 80020 hipotermia (3).

		<ul style="list-style-type: none"> • Precalentar al paciente con dispositivos de calentamiento. • Ajustar la temperatura ambiente para minimizar el riesgo de hipotermia. • Monitorizar las soluciones de irrigación. <p>5. Asegurar de que la temperatura corporal es adecuada hasta que el paciente este despierto y alerta.</p>	
<p>Código: 00228</p> <p>Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C posición de litotomía del paciente y/o tiempo quirúrgico de aproximadamente 6 horas.</p>	<p>Código: 0407</p> <p>Perfusión tisular: periférica.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 040716 llenado capilar de los dedos de los pies. 	<p>Código: 4070</p> <p>Precauciones circulatorias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica (pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad inferior. • Explorar las extremidades en busca de áreas de calor, eritema, dolor o tumefacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • 040716 llenado capilar de los dedos de los pies (4).

<p>Código: 00155</p> <p>Riesgo de caída R/C deterioro de la movilidad (Efectos secundarios a la anestesia general).</p>	<p>Código: 1909</p> <p>Conducta de prevención de caídas.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 190916 controla la inquietud. 	<p>Código: 6490</p> <p>Prevención de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> • 190916 controla la inquietud (5)
<p>Código: 00266</p> <p>Riesgo de infección de la herida operatoria R/C posible contaminación de la herida quirúrgica (Resección anterior baja de recto) y/o mala técnica de asepsia y antisepsia.</p>	<p>Código: 1902</p> <p>Control de riesgo</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 190220 identifica los factores de riesgos. 	<p>Código: 6440</p> <p>Control de infecciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. <p>Código: 3440</p> <p>Cuidados del sitio quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica. • Limpiar desde la zona limpia hasta la zona sucia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 190220 identifica los factores de riesgos (5).

Fuente. Datos obtenidos de la valoración de enfermería según los patrones funcionales de Marjory Gordon, según (NANDA Internacional, Inc. Diagnosticos Enfermeros (2018 -2020), Clasificación de intervenciones de enfermería - NIC (2018) y Clasificación de resultados de enfermería - NOC (2018)

IV. EJECUCION Y EVALUACION

4.1. Registro de enfermería:

S	<p>Paciente refiere “tengo miedo a morir”, “siento demasiado temor porque me han dicho que es una cirugía mayor”.</p> <p>Paciente bajo efectos de anestesia general</p>
O	<p>Paciente ingresa al quirófano en camilla para cirugía de resección anterior baja de recto, despierto, LOTEPE, ventilando espontáneamente, niega molestia alguna, abdomen ligeramente doloroso a la palpación, portando vía periférica permeable pasando solución salina al 0.9%, micción espontánea, movimientos simétricos de miembros superior e inferiores.</p> <p>Paciente bajo efectos de anestesia general, en posición de litotomía, con campos quirúrgicos estériles, equipo quirúrgico completo para dar inicio a la cirugía. Se evidencia placa indiferente en muslo izquierdo.</p>
A	<p>Temor R/C entorno desconocido y/o proceso de la cirugía E/C reducción de la seguridad en sí mismo, sensación de temor M/P expresión verbal del propio paciente.</p> <p>Riesgo de lesión postural R/C inmovilización del paciente y/o posición de litotomía del paciente en el acto quirúrgico.</p>
P	<p>Disminuir los niveles de temor al paciente.</p> <p>Evitar lesiones al paciente en el intra operatorio y/o disminuir riesgos</p>

	<p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. 2. Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. 3. Proporcionar información objetiva respecto al proceso quirúrgico. <p>Apoyo emocional</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comentar la experiencia emocional con la paciente. 2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. <p>I</p> <p>Cambio de posición: intraoperatorio</p> <p>Actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente. 2. Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica. 3. Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía. 4. Comprobar la integridad de la piel. 5. Colocar material acolchado en las prominencias óseas. 6. Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar las extremidades inferiores. 7. Vigilar la posición del paciente durante la operación.
<p>E</p>	<p>Paciente logro disminuir los niveles de temor debido a las intervenciones del personal de enfermería.</p> <p>se logro en su totalidad disminuir el riesgo de lesión postural debido a los cuidados de enfermería que se proporcionó en el intra operatorio.</p>

CONCLUSIONES

1. En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN, para el periodo del 2019 y 2020 se realizaron 39 y 37 cirugías de resección anterior baja de recto.
2. El rol fundamental del profesional de enfermería en la cirugía de resección anterior baja de recto esta basado en dos pilares fundamentales, los cuidados que se proporciona al paciente en el trans operatorio y en el acto quirúrgico en donde pone en prácticas sus habilidades, destreza y conocimientos en cuanto a la instrumentación quirúrgica oncológica.
3. Realizar la valoración con patrones funcionales según Marjory Gordon, proporciona una mejor visión a la enfermería en centro quirurgo para mejor y/o implementar cuidados que garanticen la calidad y seguridad del paciente quirúrgico oncológico.
4. De los 7 diagnósticos realizados en el presente estudio de caso clínico y según la priorización se obtuvo como resultado en la evaluación del logro NOC una puntuación de (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado y (5) siempre demostrado.

RECOMENDACIONES

1. Capacitar al personal de enfermería de sala de operaciones, en relación a la estandarización del lenguaje enfermero, en la correcta utilización de la taxonomía NADA – NIC – NOC.
2. Implementar planes de cuidados al paciente en la etapa del intraoperatorio en las diferentes IPRES públicas y privadas.
3. Sensibilizar al personal de enfermería en sala de operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas sobre los planes de cuidados a los pacientes en el intraoperatorio.
4. Incentivar al personal de enfermería a realizar estudios de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Cáncer [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2. Meza DEP, Mejía IPP. EDITADO POR: DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA DEL CÁNCER. :223.
3. INEN-2009-2018.pdf [Internet]. [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>
4. Estadísticas del cáncer - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2015 [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
5. Cáncer [Internet]. [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
6. González Vázquez JM, Yegros Ortiz CD, Cabrera Maciel RE, Ferreira Bogado M, Aveiro-Róbaló TR. Clinical, demographic and histopathological characteristics of postoperative colorectal cancer patients admitted to Servicio de Coloproctología at the Hospital Nacional, Itauguá - Paraguay: period 2015 and 2018. Rev Nac Itauguá. 30 de diciembre de 2020;12(2):73-82.
7. Roa AJM, Franco BMR, Galván AD, Garbini SDM. Manifestación clínica asociada a la localización del cáncer de colon en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central del IPS. Periodo Enero 2017- Diciembre 2018. 2020;44:3.
8. Montiel Roa A, Mendoza E, Dragotto Galván A, Diaz Benitez MI, Portillo Sosa JP. Prevalence of colon cancer and its surgical treatment in a high-complexity hospital from january 2017 to december 2018. Cir Paraguaya. 30 de diciembre de 2019;43(3):10-3.

9. Vilar Tabanera A, Puerta Vicente A, Abadía P, Die J. Resecciones colorrectales segmentarias en pacientes con colitis ulcerosa y displasia o adenocarcinoma. Rev Cir [Internet]. 28 de septiembre de 2020 [citado 22 de febrero de 2021];72(5). Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/6912452-4549-revistacirugia-72-02-0164.pdf> [Internet]. [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revistacirugia/v72n2/2452-4549-revistacirugia-72-02-0164.pdf>
10. Mustelier AW, Milán Dinza EM, López Wilson A, Rodríguez Fonseca RA. Accelerated recovery after surgical treatment in patients with cáncer of the colon. Rev Nac Itauguá. 30 de diciembre de 2019;11(2):51-63.
11. tesina elsa gabriela luna parra.pdf [Internet]. [citado 22 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://ninive.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4614/tesina%20elsa%20gabriela%20luna%20parra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Checa DO, Hernandez IMV, Carrillo DP. Resultados de la aplicación del Protocolo de Recuperación Mejorada en Cirugía (PREMEC) en el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati – EsSalud. :8.
13. ENScameam.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7003/ENScameam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Rosa_Tesis_Especialización_2015.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5184/Rosa_Tesis_Especializaci%C3%B3n_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. 9788417470050.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>
17. Tesis Renata y Nay.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en:
<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67973/Tesis%20Renata%20y%20Nay.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
18. 07Capitulo4.pdf [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/07Capitulo4.pdf>
19. ¿Qué es el cáncer? - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 1980 [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
20. INFOCÁNCER INEN Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://portal.inen.sld.pe/infocancer-inen/>
21. El_Cancer.pdf [Internet]. [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en: http://eprints.uanl.mx/3465/1/El_Cancer.pdf
22. LR R. Eduardo Payet: “El cáncer siempre va a existir. Pero soñamos con un país libre de cáncer avanzado” [Internet]. 2019 [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://larepublica.pe/domingo/2019/12/08/eduardo-payet-el-cancer-siempre-va-a-existir-pero-sonamos-con-un-pais-libre-de-cancer-avanzado/>
23. OMS | Tratamiento del cáncer [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 23 de febrero de 2021]. Disponible en:
<https://www.who.int/cancer/treatment/es/>

24. Arcos DMC. ARTÍCULOS DE REVISIÓN. :17.
25. Cáncer de colon y recto - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?showall=1>
26. Ortiz Hurtado H, Asociación Española de Cirujanos (AEC). Cirugía colorrectal. 2012.
27. Cirugía del cáncer de recto [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-rectal.html>

ANEXOS

Anexo A.
Formato valoración por Patrones Funcionales

VALORACION DE ENFERMERÍA AL INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre del paciente.....Fecha de Nacimiento..... Edad.....

Dirección..... Fecha de ingreso al servicio.....

Hora..... Persona de referencia.....

Telf.....

Procedencia: Admisión () Emergencia ()

Otro hospital () Otro () Forma de llegada: Ambulatorio ()

Silla de ruedas () Camilla () Otro ()

Peso: Estatura..... PA..... FC.....

FR..... T°.....

Fuente de información: Paciente () Familiar ()

Otro.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD Y QUIRURGICAS:

HTA () DM () Gastritis/Úlcera () Asma () TBC ()

Otros..... Cirugías Si () No ()

Especifique..... Fecha..... Alergias y otras

reacciones: Fármacos () Alimentos ()

Signos y síntomas..... Otros..... Dx.

Médico.....

VALORACION DE ENFERMERIA SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

PATRON 1: PERCEPCION – MANEJO DE LA SALUD

¿Qué sabe Ud. Sobre su enfermedad?

.....

¿Qué necesita saber sobre su enfermedad?

.....

Estado de enfermedad: Controlada: Si ()
 No ()

Herida
 Quirúrgica.....

Estilos de vida/Hábitos

USO DE TABACO SI () NO ()
 Cant/Frec. USO

DE ALCOHOL SI () NO () Cant/Frec.

Comentarios.....

Consumo de medicamentos con o sin indicación:

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec.
 Ultima dosis

.....

.....

.....

Motivo de incumplimiento de indicaciones
 médicas en la familia y

comunidad.....

Estado de higiene:

Corporal.....

Hogar.....

Comunidad.....

Estilo de alimentación.....

Termorregulación: Inefectiva ()

Motivo.....

Hipertermia () Hipotermia ()

Temperatura.....

Vías aéreas permeables Si () No ()

Secreciones () Otros () Alergias:

Látex () Otros ()

Test del Apgar: al minuto..... a los 5 minutos.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

• ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera "sano", "enfermo"?

• ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc.) en los últimos tiempos?

• ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?

- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?
- ¿Cómo es su temperatura y termorregulación habitual?

PATRON 2: NUTRICIONAL -

METABOLICO

Cambios de peso durante los últimos 6 meses:

Si ()
 No ()

Apetito: Normal () Anorexia () Bulimia ()

Dific. Para deglutir: No () Si ()

Motivo.....

Nauseas () Pirosis () Vómitos ()

Cant.....

SNG: No () Si ()

Especificar.....

Abdomen: Normal () Distendido ()

Doloroso ()

Ruidos hidroaéreos: Aumentado ()

Disminuido ()

Ausente ()

Drenaje: No () Si ()

Especificar.....

Hidratación piel: Seca () Turgente ()

Otro.....

Estado de piel y mucosas.....

Edema: No () Si () Tipo y localización.....

Comentarios adicionales:

Aliment. Niño: Lactancia No ()

Motivo.....

Lactancia Si () Frecuencia.....

Exclusiva ()

Otro.....

Dentición.....

.....

Diagnósticos nutricionales: Normal ()

Desnutrición global: Leve () Moderada () Severa ()

Desnutrición Crónica: Leve () Moderada () Severa ()

Riesgos Nutricionales.....

Obesidad ()
 DIAGNOSTICOS DE DESARROLLO:
 Normal ()
 Riesgo () Retraso () en:
 Motricidad: Gruesa () Fina ()
 Lenguaje () Coordinación ()
 Social () Comentarios
 Adicionales.....

FACTORES DE RIESGO: Nutricional ()
 Ceguera () Pobreza () Lesión cerebral ()
 Enfermedad mental ()

ADULTO: NUTRICIÓN:
 IMC.....
 Normal () Delgadez () Obesidad ()
 DESARROLLO:

Signos de incapacidad para mantener su desarrollo
 Anorexia () Fatiga () Deshidratación ()
 Enfermedad ()
 Dificultad para razonar ()
 Otros ().....

¿Qué come frecuentemente su niño?..... Comentarios Adicionales.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos? ¿Tiene prótesis dentarias? ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Deambula	total	ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1
Puntuación	5 a 9	10 a 12	13 a 14	mayor 14	
Riesgo	Muy alto	Alto	Medio	No riesgo	

- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas? ¿Qué características de elasticidad,

hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de las mismas? ¿Qué temperatura corporal tiene?

- Portador de algún dispositivo de ayuda sondas, estomas, etc

PATRON 3: ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: Número de deposiciones/día.....
 Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia ()
 Ostomía ()
 Comentarios Adicionales....

Hábitos Vesicales:
 Frecuencia.....
 Disuria () Retención () Incontinencia ()

GRADO	LESION	CARACTERISTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes dedos en garra, deformidad ósea
I	Ulceras superficiales	Dstrucción del espesor total de la piel
II	Ulceras profundas	Penetra la piel hasta la grasa y ligamentos, pero sin afectar hueso, infectada
III	Ulceras profunda más absceso	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Clase 0 : Sin signos visibles o palpables de insuficiencia venosa
 Clase 1 : Telangiectasias, venas reticulares, corona maleolar
 Clase 2 : Venas Varicosas
 Clase 3 : Edema sin cambios cutáneos
 Clase 4 : Cambios cutáneos debido a la insuficiencia venosa (eczema venioso, lipo-dermato-esclerosis)
 Clase 5 : Cambios cutáneos, con ulcera cicatrizada
 Clase 6 : Ulcera activa

Otros.....
 Edema: No () Si () Tipo y localización.....

Sistemas de ayuda: Si () No ()
 Pañal ()
 Sonda () Fecha coloc.....
 Colector () Fecha coloc.....

Hábitos alimentarios.....

Consumo de líquidos.....

Ruidos Respiratorios: Claros ()
 Sibilancias ()
 Estertores () Secreciones traqueobronquiales ()

Disnea () Cianosis () Palidez () Otro.....

Comentarios Adicionales.....

Escala de Norton:

Clasificación de Úlceras Vasculares – Wagner

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria? ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

Fatiga Si () No () Otros motivos de déficit de autocuidado

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso () Irregular ()
 Pulso periférico : Pedio () () ()
)..... () ()
 Poplíteo () () ()
)..... () ()

0 = AUSENCIA
+1 = DISMINUCION NOTABLE
+2 = DISMINUCION MODERADA
+3 = DISMINUCION LEVE
+4 = PULSACION NORMAL

PATRON 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Índice de Katz (Actividades de la vida diaria)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
Bañarse	INDEPENDIENTE : Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo DEPENDIENTE :incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
Vestirse	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos DEPENDIENTE : No se viste solo
Usar Retrete	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda entrar o salir de la bañera. Usa el baño DEPENDIENTE :incluye usar el orinal o la chata
Movilidad	INDEPENDIENTE : No requiere la ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE :Requiere de ayuda
Continencia	INDEPENDIENTE : Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE :Incluye control total o parcial mediante enemas o sondas o el empleo horario del urinario o chata o cuña
Alimentación	INDEPENDIENTE : Lleva la comida del plato, o equivalente a la boca sin ayuda DEPENDIENTE : Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
Clasificación	A. Independientemente en todas las actividades B. Independientemente en todas las actividades, salvo en una. C. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional D. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional E. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional F. Independientemente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional G. Dependiente en la seis funciones

Edema Si () No ()
 Localización.....

+ (0 - 0.65cm.) ++ (0.65 – 1.25cm.) +++(1.25 – 2.50cm)

Riesgo periférico:
 Extremidades Superiores: Normal () Cianosis () Fría ()
 Extremidades Inferiores: Normal () Cianosis () Fría ()
 Presencia de líneas Invasiva.....

ACTIVIDAD RESPIRATORIA:

Respiración: Regular () Irregular ()
 Disnea () Cianosis ()
 Fatiga () Otro ()
 Gasometría.....
 Comentarios Adicionales.....
 Traqueostomía No () Si ()
).....
 ...
 Ayuda endotraqueal / Ventilador Mecánico.....
 SatO₂.....
Escala de Disnea (Medical Research Council) MRC Modificada

Aparatos de ayuda: Ninguno () Muletas () Andador () S. de Ruedas () Bastón () otros ()
 Movilidad de miembros: Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida ()

0. Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1. Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente
2. La Disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3. La Disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 90 metros o después de pocos minutos de andar en llano.

4. La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Perfusión tisular: Renal Hematuria ()
 Oliguria () Anuria ()
 BUN:..... Creatinina:..... P.T.
 Cerebral:.....
 Habla.....
 Pupilas:..... Parálisis ()
 P. T.
 Gastrointestinales.....
 Sonidos () Hipo () Nauseas ()
 PT. Cardiopulmonar.....
 PT Periférica: Palidez Extrema ().....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial? ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de yeso o estructura de yeso?
- ¿Presencia o riesgo de úlceras o heridas?

PATRON 5: SUEÑO DESCANSO

Horas de sueño.....
 Problemas para dormir:
 Si () No () tiempo:minutos
 Toma algo para dormir Si () No ()
 Padece de insomnio () Pesadillas ()
 Conciliar el sueño adecuadamente si
 No
 Excesiva somnolencia
 Cuantas veces se ha despertado por la noche:

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?
- ¿Tiene pesadillas?
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRON 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

Estado de inconsciencia: No () Si ()
 Tiempo.....
 NIVEL DE CONCIENCIA (ESCALA DE GLASGOW)

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 () Espontanea	5 () Orientado	6 () obedece
3 () A la voz	mantiene conversación	ordenes
2 () Al dolor	4 () Confuso	5 () Localiza el dolor
1 () No responde	3 () Palabras inapropiadas	4 () Se retira
	2 () Sonidos incomprensibles	3 () Flexión anormal
	1 () No responde	2 () Extensión anormal
		1 () No responde

Orientado: Tiempo () Espacio ()
 Persona ()
 Lagunas mentales: Frecuentes ()
 Espaciados ()
 Alteración en el proceso del pensamiento: Si () No ()
 Alteraciones sensoriales: Visuales ()
 Auditivas () Cenestésicas ()
 Gustativas () Táctiles () Olfatorias ()
 Otro:.....

COMUNICACIÓN:

Alteración del habla () Alteración del Lenguaje ()
 Barreras: Nivel de conciencia () Edad ()
 Barrera Física ()
 Diferencias culturales () Medicamentos ()
 Autoestima ()
 Barrera Psicológica () Alteración de la percepción ()
 Incapacidades: Invalidez () Ceguera ()
 Demencia ()
 Dolor / Molestias: No () Si () Crónica () Aguda ()

Especificar intensidad

Tiempo y frecuencia.....

Nauseas: No () Si ()

Motivo.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?

- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?
- ¿Muestra alguna discapacidad a nivel visual, tacto, etc.?
- ¿Caidas o riesgos personales/ambientales?
- ¿Tiene dolor?
- ¿Qué tipo de dolor es agudo o crónico?
- ¿Qué medidas toma para controlar?
- ¿Se automedica?

PATRON 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Concepto de sí mismo:.....
 ..
 Sensación de fracaso: Familia () Trabajo () Otro ()
 Especifique.....
 Tiempo.....
 Cuidado de su persona
 Corporal.....

 Vestimenta.....

 Alimentación.....

 Aceptación en la familia y comunidad: Si () No ()
 Motivo.....

 Reacción frente a cirugías y enfermedades graves:
 Ansiedad () Indiferencia ()
 Desesperanza () Rechazo ()
 Comentarios.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRON 8 : ROL/RELACIONES

Estado Civil
 Profesión/Ocupación.....

 Con quien vive: Solo () Con su familia () Otros ()
 Fuentes de apoyo: Familia () Amigos () Otros ()
 Cuidado personal y familiar en caso de enfermedades o niños
 Desinterés () Negligencia ()
 Desconocimiento ()
 Cansancio ()
 Otros.....

 Composición familiar:

Divorcio () Muerte () Nacimiento de un nuevo ser ()
 Reacción individual y de la familia frente a estos acontecimientos

Conflictos familiares: No () Si ()
 Especifique.....

VIOLENCIA FAMILIAR: Física ()
 Psicológica ()
 Intento de suicidio ()
 Motivo.....

Problemas: Alcoholismo () Drogadicción () Pandillaje ()
 Especifique.....

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Efectivo () Inefectivo ()
 Motivo.....

Relación Familiar en torno al recién nacido:
 Buena ()
 Mala ()
 Especifique.....

Cuidados del recién nacido:
 Inadecuado.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?
- ¿Pertenece a algún grupo social?
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRON 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCION

Problemas de identidad sexual No () Si ()

 Problemas en actividad sexual con su pareja:
 No () Si ()
 Especifique.....

 Motivo de disfunción sexual: Enfermedad Biológica ()
 Edad () Enfermedad psicológica ()
 Otro ()

Comentarios
Adicionales.....
.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?
- ¿Cómo es el período menstrual?
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

PATRON 10: ADAPTACION - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Cambio de vivienda familiar en los últimos años
No ()

Si () Especifique motivo.....

VIOLENCIA SEXUAL No () si ()

Fecha.....

Conducta psicológica frente al hecho.....

.....
Comentarios
Adicionales.....
.....

Reacción frente a enfermedades y muerte:

Preocupación () Ansiedad ()

Indiferencia () Temor ()

Desesperanza () Tristeza () Negación ()

Otro ()

Comentarios
Adicionales.....
.....

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO: Normal () Problemas ()

Signos palidez () bradicardia o taquicardia ()

Hipertensión paroxística () Diaforesis ()

Manchas ()

Otros.....

.....
Lesiones medulares No () Si ().....

Conducta del lactante: Normal () Inadecuada ()

Signos: Irritabilidad () Nervioso ()

Inquieto ()

Flacidez () Movimientos descoordinados ()

Otros.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRON 11: VALORES - CREENCIAS

Religión..... Restricciones religiosas.....

Solicita visita de capellán.....

Comentarios
Adicionales.....

.....
Dificultad para tomar decisiones en.....

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

Anexo B.
MESA QUIRÚRGICA DE CIRUGÍA DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO



Anexo C.

FOTOGRAFÍAS INTRAOPERATORIA DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO



Descripción: Cirugía de Resección Anterior Baja de Recto
Fuente: autoría propia



Descripción: Pieza operatoria
Fuente: autoría propia



Descripción: Equipo Quirúrgico
Fuente: autoría propia