

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



**PLAN DE CUIDADOS QUIRURGICOS EN PACIENTES
POSTOPERADOS INMEDIATOS DE HEMICOLECTOMÍA POR
CÁNCER DE COLON EN EL SERVICIO DE RECUPERACIÓN DEL
HNDAC CALLAO 2022**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS QUIRURGICOS**

ADA CECILIA DÁVILA VILLANUEVA

Callao - 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ SECRETARIA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN VOCAL

ASESORA: DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 093-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 02 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Primero a Dios y la virgen María por la firmeza y a mi familia que siempre me acompaña en este proceso de crecimiento personal

AGRADECIMIENTO

A mis docentes por impartirnos sus conocimientos
que sellan mi desempeño profesional
y al personal administrativo por su apoyo.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	5
Capítulo II. Marco teórico	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes Internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	10
2.2 Bases Teóricas	12
2.3 Bases Conceptuales	19
Capítulo III. Plan de cuidados de enfermería	29
3.1 Valoración	29
3.2 Valoración por dominios NANDA	33
3.3 Diagnósticos de enfermería	36
3.4 Planificación	37
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias bibliográficas	46
Anexos	50

INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la salud (OMS) para el año 2021, el cáncer de colon ocupa el cuarto lugar a nivel mundial, entre los cánceres más comunes, por debajo del cáncer de mama, pulmón y próstata, aproximadamente 1.8 millones de pacientes con cáncer de colon serán diagnosticados y 881.000 de muertes ocurrirán durante el año 2022. Es la segunda en términos de mortalidad, representa el 6.1% de todos los casos nuevos de cáncer y el 5.8% de todas las muertes por cáncer. Además, la tasa de incidencia es tres veces más alta en países desarrollados que en los países en desarrollo; sin embargo, la tasa de mortalidad es mayor en lugares con menor índice de desarrollo humano, según GLOBOCAN 2018. El cáncer de colon es una enfermedad muy tratable y a menudo curable cuando se localiza en el intestino. El tratamiento primario es la cirugía (Colectomía o hemicolectomía) que es la resección quirúrgica abierta del intestino, los ganglios linfáticos primarios y regionales y produce cura en cerca del 50 % de los pacientes. La recidiva después de la cirugía es un problema grave y con frecuencia es la causa definitiva de muerte

El presente trabajo académico titulado "Plan de cuidados quirúrgicos a pacientes postoperados inmediatos de hemicolectomía por cáncer de colon en el servicio de recuperación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2022", tiene por finalidad describir los cuidados quirúrgicos enfermeros en pacientes operados inmediatos de hemicolectomía por cáncer de colon, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería, en este tipo de intervenciones quirúrgicas el paciente demanda gran trabajo de la enfermera al estar vulnerable por la presencia del dolor, haber estado expuesto en sala de operaciones a temperaturas bajas por muchas horas, el riesgo de sangrado por ser una cirugía oncológica y las infecciones que se pueden dar por la presencia de los diferentes catéteres que invaden su cuerpo, es por eso que dichos cuidados se caracterizan por la valoración, vigilancia y prevención de complicaciones, favoreciendo la pronta recuperación del paciente y posterior reinserción al ámbito laboral y/o familiar.

Se realizó como parte de mi experiencia profesional como enfermera asistencial del servicio de recuperación y sala de operaciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, actualmente la unidad de recuperación postanestésica (URPA) cuenta con 6 camas que recepciona a los pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica con anestesia general, regional o con sedación de acuerdo a una programación previa y en algunos casos a pacientes provenientes de sala de operaciones de emergencia durante las 24 horas del día.

Al ser un hospital de referencia nacional, casi siempre las camas de UCI y UCIN están llenas, por lo que al recibir pacientes postoperados muy delicados o con soporte de ventilación mecánica, su estancia en la URPA se prolonga por muchas horas hasta días, lo que implica una atención por personal de enfermería altamente capacitado para satisfacer las demandas del paciente quirúrgico aplicando el proceso enfermero por cada especialidad. Es importante mencionar que fue elaborado en su totalidad por mi persona y que se presentará a la jefatura del servicio para estandarizarlo y sirva como guía para todo el personal de enfermería.

Finalmente, el objetivo de este plan de cuidados es describir los cuidados quirúrgicos enfermeros a través del desarrollo del proceso de atención de enfermería donde se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; **Capítulo I:** Descripción de la situación Problemática, **Capítulo II:** Marco teórico, **Capítulo III:** Desarrollo de las Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas, asimismo contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El cáncer de colon es la alteración patológica del epitelio del colon normal debido a la acumulación de cambios genéticos y epigenéticos que transforman las células epiteliales glandulares a adenocarcinomas invasivos. (1) El cáncer de colon es una enfermedad muy tratable y a menudo curable cuando se localiza en el intestino. El tratamiento primario es la cirugía (Colostomía o hemicolectomía) que es la resección quirúrgica abierta del intestino, los ganglios linfáticos primarios y regionales y produce cura en cerca del 50 % de los pacientes. La recidiva después de la cirugía es un problema grave y con frecuencia es la causa definitiva de muerte. (2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. Los cánceres más comunes en 2020, por lo que se refiere a los nuevos casos, fueron los siguientes: de mama (11.7%), pulmón (11.4%), colo-rectal (10%), próstata (7.3%), estómago (5.6%), hígado (4.7%), útero y cérvix (3.1%), esófago (3.1%) y otros (42.9%) de un total de 19292789 de casos nuevos. El cáncer colo-rectal ocupa el segundo lugar de mortalidad con un 9.4%, por debajo del cáncer de pulmón con un 18%, de un total de 9958133 fallecidos. La tasa de mortalidad para el mundo lo lidera Asia con 54.2%, Europa 26.2%, Latinoamérica y el Caribe 7.4%, Norteamérica 6.8% y África con 4.6% fallecidos por cáncer. (3)

En febrero de 2022, la American Society of Clinical Oncology, publica que el cáncer colo-rectal es el tercer tipo más frecuente de cáncer que se diagnostica cada año en los hombres y las mujeres en los Estados Unidos, sin incluir el cáncer de piel.

Se estima que este año se diagnosticará cáncer colo-rectal a 151,030 adultos en los Estados Unidos. Estas cifras incluyen 106,180 casos nuevos de cáncer de colon (54,040 hombres y 52,140 mujeres) y 44,850 casos nuevos de cáncer de recto (26,650 hombres y 18,200 mujeres). A nivel mundial, el cáncer colo-rectal es el tercer tipo más frecuente de cáncer que se diagnostica. Se estima que 1,880,725 personas en todo el mundo fueron diagnosticadas con cáncer colo-rectal en 2020. La incidencia ha aumentado en los jóvenes desde 2014 hasta 2018, la incidencia aumentó un 1.5% cada año en adultos menores de 50 años. Se estima que el cáncer colorrectal será el cuarto cáncer más

comúnmente diagnosticado en hombres y mujeres estadounidenses de 30 a 39 años. (4)

Según la Organización Panamericana de la Salud, en la Región de las Américas, el cáncer es la segunda causa de muerte. Se estima que 4 millones de personas fueron diagnosticadas en 2020 y 1,4 millones murieron por esta enfermedad. Aproximadamente, el 57% de los nuevos casos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas de 69 años de edad o más jóvenes, cuando se encuentran en lo mejor de sus vidas.

Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia entre los hombres son: próstata (21,7%), pulmón (8,9%), colo-rectal (7,8%), vejiga (4,5%) y melanoma de la piel (3,4%). Entre las mujeres, los tipos de cáncer con mayor incidencia son: mama (25,4%), pulmón (8,5%), colorrectal (7,9%), tiroides (5 %) y cervicouterino (3,8%). (5)

En el Perú, el cáncer colo-rectal es una enfermedad a predominio masculino, la incidencia aumenta con la edad generalmente a partir de los 55 años en paciente sin factores hereditarios con un pico de entre los 60 y 75 años (el 70% de los pacientes es mayor de 65 años). Los factores de riesgo asociados son: el medio ambiente. Cerca de un 75% de todos los nuevos casos de cáncer colo-rectal se presenta en persona en las que no se conocen factores de riesgo distinto a la edad. Los estilos de vida, como una dieta alta en grasas, así como una dieta baja en fibras y ácido fólico, existe evidencia que la alta ingesta de carnes rojas o procesadas incrementa el riesgo del cáncer colo-rectal es la denominada dieta occidental., dulces y postres, papas fritas y granos refinados. La obesidad parece influir en la manifestación de pólipos y su progresión a la malignidad, niveles elevados de insulina puede ser un factor condicionante. El tabaco y alcohol se ha ligado al riesgo de manifestar cáncer colo-rectal. El riesgo de morir por cáncer colo-rectal fue mayor entre aquellos que fumaron durante 20 años o más. Los factores hereditarios como la Poliposis familiar adenomatosa (FAP) Síndrome de Peutz-Jeghers (PJS). (6)

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, en el año 2019 se realizaron 3064 cirugías electivas, para el 2020 se esperaba que la demanda se incrementara, pero la Pandemia del Coronavirus SARS-Cov.2 ha

paralizado las intervenciones quirúrgicas electivas; el 2021 las actividades de centro quirúrgico y recuperación postanestésica poco a poco regresa a su normalidad, registrándose 2470 cirugías, de las cuales 157 corresponden a la especialidad de oncología y de este un 14% son cirugías por cáncer de colon.(7)

En lo que va de este año 2022, se puede observar que las cirugías por cáncer de colon, van en aumento en comparación con el año anterior, ya que en este primer trimestre se registró un 13.1% y el 2021 un 14% en todo el año, a esto sumado el problema de la falta de personal de enfermería, ya que en la URPA por turno de 12 horas, trabaja solo una enfermera y que no existe un cuidado estandarizado para este tipo de pacientes quirúrgicos, es de gran relevancia elaborar un plan de cuidados en pacientes postoperados de hemicolectomía por cáncer de colon, y que sirva de guía para el resto del personal de enfermería, lo que facilitará el trabajo de la enfermera y satisfacer la demanda del paciente quirúrgico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

ROS N. (2019). En su estudio “Enfermería durante el proceso postoperatorio en pacientes con cáncer de colon”. Ciudad de Murcia. España. Es un estudio cuyo objetivo es conocer los cuidados de enfermería en la asistencia postoperatoria del paciente sometido a una cirugía por cáncer de colon. El método de estudio fue cualitativo tipo estudio de caso, cuyo sujeto es un varón de 74 años, intervenido de una hemicolectomía derecha por haber desarrollado cáncer colo-rectal. Se plantea estrategias postoperatorias realizadas por el personal de enfermería en la rehabilitación multimodal o también conocido como Fast-track, es la aplicación de un conjunto de intervenciones, basadas en la evidencia, que requiere de un equipo multidisciplinar entrenado y formado, la enfermera juega un papel muy importante a la hora de valorar de manera holística al paciente y así mejorar su afrontamiento a la intervención quirúrgica y su periodo postoperatorio, el resultado postoperatorio depende de la valoración preoperatoria, factores intraoperatorios (técnica quirúrgica y anestésica) y cuidados postoperatorios (analgesia, manejo de fluidos, nutrición, movilización y cuidados enfermeros). Se concluye que el desarrollo del protocolo Fast-track, ha demostrado una significativa mejora en la calidad de vida del paciente y los resultados clínicos favorables en cuanto a las complicaciones postoperatorias donde el personal de enfermería constituye una pieza clave en el programa, debido a su papel específico y activo durante el proceso. (8)

En nuestro servicio los pacientes postoperados de hemicolectomía por cáncer de colon, al ser tan vulnerables, permanecen de 6 a 12 horas y la función de la enfermera en una pieza clave, no sólo por la realización de las actividades asistenciales, sino también por la enseñanza, educación e información que otorgan al paciente.

PONCE G, CARMONA B, SOTOMAYOR S. (2020). En su estudio “La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y

espacio que se sufre o se vive”. México. El objetivo es explorar la experiencia de las personas con cáncer de colon y que portan una colostomía. Se trata de un estudio cualitativo descriptivo fenomenológico en ocho informantes seleccionados por muestreo por conveniencia son adultos mexicanos del sexo masculino y femenino y la recolección de datos fue a través de entrevista a profundidad. Se usó el análisis de los datos de contenido de Strauss y Corbin. El sustento teórico realizado de acuerdo con Martin Heidegger y Henri Lefebvre. Encuentran como resultados que la experiencia más impactante es el sentir que su vida ya no tiene tiempo, el tiempo se volvió finito después del diagnóstico y no alcanza para cuidar de sí mismo y trabajar. Mientras que el espacio condiciona el tiempo y la forma en que se vive la experiencia de tener cáncer, de hecho, la amplitud de un espacio pudiera ser insuficiente cuando se vive la angustia y se desea escapar de la realidad. Concluye que es responsabilidad de enfermería apoyar en el proceso de reconocer y aceptar su cuerpo, aprender a cuidarlo y tener el control tan deseado sobre su vida y sus actividades. (9)

A través de este trabajo podemos identificar los sentimientos del paciente con cáncer y que nos permitirá replantear nuestro quehacer diario como enfermera considerando la parte subjetiva de la valoración del proceso enfermero.

DIAZ T., CARMENATE D., ESPINOSA M. (2019). En su estudio “Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal en Las Tunas”. Cuba. Plantea como objetivo, caracterizar a los pacientes con cáncer colorrectal, intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, en Las Tunas. Es un estudio descriptivo transversal, en una población de 60 pacientes mayores de 19 años, intervenidos quirúrgicamente por cáncer colorrectal. Se evaluaron las variables: grupos de edades, sexo, localización anatómica del tumor, tipo histológico y tratamiento quirúrgico definitivo aplicado. El 56,8 % eran mujeres; el 70 % de los casos eran mayores de 60 años. Las principales causas de preocupación y asistencia a consulta fueron el dolor abdominal, alteraciones del hábito intestinal y anemia. La localización más frecuente

fue colon derecho y el tipo histológico predominante el adenocarcinoma (80 %). La técnica quirúrgica más utilizada fue la hemicolectomía derecha, más ileotransversostomía. Concluye que si se pudo caracterizar a los pacientes con cáncer colorrectal y que el adenocarcinoma fue el tipo histológico predominante. (10)

Es importante este estudio porque se logra identificar qué características comunes presentan los pacientes postoperados de hemicolectomía por cáncer de colon y así planificar nuestro plan de cuidados.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

AMPUERO J. (2017). En su informe de experiencia profesional en el “Cuidado de paciente post operado de cáncer de colon portador de colostomía del servicio 3ro A cirugía de colon y esófago del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Lima. Plantea como objetivo, describir el cuidado del paciente post operado de cáncer de colon portador de colostomía. Este informe está basado en sus 22 años de experiencia profesional, dentro de sus funciones es aplicar el Proceso de Atención de enfermería (PAE) y Proceso de Educación Continua (PEC). Describe las acciones de enfermería en el postoperatorio inmediato y mediato. Para la recuperación inmediata prioriza las funciones vitales, vigilancia de posibles complicaciones y seguridad del paciente. Y en la fase de recuperación mediata toma en cuenta el autocuidado terapéutico, la etapa de negación del paciente portador de colostomía, los cuidados de la estoma, la deambulación precoz y la educación sobre su autocuidado. Llegando a la conclusión que el paciente con colostomía es principalmente adulto mayor de sexo masculino, siendo la hemicolectomía derecha el procedimiento quirúrgico de mayor frecuencia; lo que resulta en la necesidad de brindar mayor educación al familiar a cargo del mismo; la educación acerca de la enfermedad del paciente y sus complicaciones influyen en el autocuidado del paciente durante el periodo post operatorio mediato e inmediato. (11)

Este trabajo al haber descrito las actividades que realizó en su proceso de atención de enfermería, nos facilitara las prioridades en los cuidados

inmediatos de los pacientes postoperados por cáncer de colon monitoreando funciones vitales, vigilando complicaciones y preservar la seguridad del paciente.

PEREZ B. (2019). En su trabajo “Efectos analgésicos de la infusión endovenosa de lidocaína en dolor postoperatorio en pacientes con cáncer de colon sometidos a cirugía colorrectal convencional en la clínica Oncosalud entre junio 2019 y mayo 2020”. Lima. Presenta como objetivo determinar la efectividad de la infusión endovenosa de lidocaína para el manejo del dolor postoperatorio en pacientes con cáncer de colon sometidos a cirugía colorrectal convencional. Su diseño de estudio es un ensayo clínico en pacientes con cáncer de colon, entre 35 y 70 años, sometidos a cirugía colorrectal convencional. La respuesta endocrina por trauma quirúrgico aumenta la secreción de cortisol y otras hormonas de estrés, causando taquicardia, hipertensión y compromiso de respuesta inmune, las cuales juegan un rol importante en la morbilidad postoperatoria. Para evaluar el dolor, la escala más común disponible es la Escala Visual Análoga (EVA), siendo leve (1 a 3) se puede controlar con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); moderado (4 a 6) se maneja con 3 opioides débiles con efecto techo, solos o en combinación con AINEs; y severo (7 a 10) que necesita opioides fuertes (morfina, fentanilo) junto con AINEs o adyuvantes. Los opioides son frecuentemente utilizados en el tratamiento del dolor. Llega a la conclusión, que el uso de opioides puede ocasionar depresión respiratoria, náuseas y vómitos, íleo, retención urinaria, hiperalgesia y modificación del estado inmunológico. Una alternativa a los opioides es la perfusión de lidocaína intravenosa, demostraron analgesia con baja incidencia de náuseas y vómitos. (12)

Es de importancia este estudio, donde la enfermera es la encargada de administrar los medicamentos por indicación del anesthesiologo, conocer sus efectos de los analgésicos y como el personal de enfermería debe actuar en las posibles complicaciones por el manejo del dolor postoperatorio, no solo en la URPA sino también en el servicio de hospitalización.

CULQUI R. (2019). En su trabajo “Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con cáncer de colon en el Servicio de Emergencia en un instituto especializado de Lima”. Lima. El objetivo principal fue describir la aplicación del proceso de atención de enfermería a una paciente con cáncer de colon en la emergencia. Es un informe sobre su actuar como enfermera en la emergencia, al recibir a una paciente con cáncer de colon durante dos días que duró su estadía en el instituto especializado. Plantea 5 diagnósticos enfermeros priorizados como: dolor crónico, déficit de volumen de líquidos, riesgo de infección, deterioro de la integridad cutánea y ansiedad ante la muerte. Llegó a la conclusión que muchas veces por la demanda de las actividades en el servicio y la cantidad de usuarios se obvia la realización de este proceso lo que ocasiona un cuidado falente. (13)

Este método facilita la atención pues al realizar el proceso de enfermería se obtiene menor rango de actividades no realizadas, al ser tan detallado otorgando un cuidado humanizado que es la base fundamental del que hacer enfermero.

2.2 Base Teórica

2.2.1 Modelo de cuidados de Virginia Henderson

V. Henderson considera que el papel fundamental de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. (14)

Respecto al modelo de Virginia Henderson se han descrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermera** (cuidados o rol profesional): La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

Conceptos y definiciones para la práctica de la enfermería

Concepto de Necesidad: Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.

3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

A. Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson: Se establecen tres niveles:

1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.
2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/la enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.

3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados.

B. Relación del Proceso Enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson

Para lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería.

Proceso de atención de enfermería (PAE)

El proceso de atención de enfermería se define como un, método científico lógico, racional, reflexivo que utiliza la enfermera para brindar cuidados al paciente, el proceso contempla cinco etapas perfectamente definidas y que al ser aplicadas permite garantizar la calidad el cuidado y del registro como evidencia de su desempeño profesional (15)

Las etapas del proceso de atención de enfermería

- **La valoración:** en esta primera etapa, se procede al reconocimiento del enfermo mediante la recogida de datos y documentación, vital para formar una idea de lo que ocurre con el paciente y a partir de ahí establecer un plan de atención. Los datos pueden ser objetivos y subjetivos, obtenidos de la historia clínica, la entrevista tanto al paciente y familia, el examen físico y pruebas de laboratorio. (16)
- **El diagnóstico:** Con los datos obtenidos durante la etapa de valoración se formulan diagnósticos, que se definen como "juicios clínicos sobre las respuestas humanas de una persona familia y comunidad, con el fin de alcanzar resultados de los que la enfermera es responsable "(NANDA 2009), favorecen el cuidado de calidad y permite brindar atención individualizada y favorece la comunicación inter y multidisciplinaria.

- **Planeamiento del cuidado:** se centra en establecer prioridades, o sea determinar qué problemas son los que requieren una inmediata intervención y cuáles pueden postergarse mientras se tratan estos. Determinar los resultados que se esperan, importantes porque servirán para evaluar si realmente ha habido mejoría.
- **La ejecución del plan:** luego de haber establecido el diagnóstico, conocer las prioridades y establecer asimismo el cuidado, procede la ejecución del plan, tomado en cuenta los anteriores se logra trabajar en el sentido de lograr la solución del problema. En esta fase entra en cuenta la planificación administrativa de la enfermería, a fin de garantizar por medio del programa establecido que se van a cumplir todos los cuidados necesarios al paciente en cuestión.
- **La evaluación,** básicamente se compara los resultados obtenidos después de aplicar el plan de cuidados versus el cumplimiento de los objetivos y la calidad del cuidado brindado.

C. Las ventajas en la utilización del PE en la práctica asistencial son:

- Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- Delimita el campo de actuación de la enfermería.
- Demuestra de manera concreta el impacto de la actuación enfermera.
- Facilita y fomenta la investigación en enfermería, por lo que se aumentan los conocimientos, las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.

- Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, teniendo siempre en cuenta el factor humano en los cuidados.
- Implica de forma activa al individuo y familia en los cuidados, aumentando sus capacidades para el autocuidado y la autonomía. (14)

2.2.2 Teoría del Cuidado Humano: Jean Watson

Es de naturaleza existencial y humanista, y está profundamente influenciada por la teoría del cambio Levinasiano, por lo que es necesario salvar los elementos básicos de la enfermería que eventualmente le permitirán trascender (17).

Bases conceptuales de la teoría de Jean Watson

Las definiciones de la teoría de Jean Watson requieren ser determinados más precisamente y son los siguientes (18):

- **Interacción Enfermera/paciente:** La enfermería se define como el desarrollo de comunicación interpersonal entre 2 individuos, con una dimensión personal (enfermera-paciente), que implica valores, disposición y responsabilidad para realizar los cuidados de enfermería. Aquí, las enfermeras son comprometidos de conservar la honestidad del ser humano.
- **Campo fenomenológico:** Pertenece la experiencia vivida a un ser humano, lo que incluye toda el área de los pensamientos, sentimientos y las creencias que cada individuo tiene, las metas, las percepciones, es decir, todo lo que contribuye al alma y el espíritu en el pasado, presente y futuro. (19)
- **Relación del cuidado transpersonal:** se define como extender el propio yo, comulga con la unión espiritual entre dos seres que trascienden cada persona, espacio, tiempo e historia de vida. Esto permite a los pacientes y enfermeras entrar en el campo de la fenomenología del otro. En última instancia, el objetivo de las

relaciones de cuidado transpersonales es proteger, mejorar y mantener la dignidad humana, la humanidad, la integridad y la armonía interior

- **Momento del cuidado:** Según Watson, el momento de enfermería es el momento en el que la enfermera y otra persona conviven y establecen una conexión (focalizándose en el tiempo y el espacio), creando así un momento humano de cuidado

Conceptos de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Al hablar de metaparadigma, se refería al tema central de una disciplina. Los principales conceptos de enfermería han sido nombrados y deben definirse de manera holística de personas, salud, medio ambiente y cuidados. La teoría humanística o cuidado humano es importante porque se enfoca en el nivel espiritual del ser humano, porque se considera parte importante de su complemento. (20)

- **Persona**

Desde la perspectiva de los existencialistas, Watson cree que los seres humanos "existen en el mundo", una unidad de cuerpo y mente, es decir, cuerpo y espíritu. Experimenta y percibe conceptualmente la Gestalt. Es la trayectoria y el cuidado de la existencia humana. (21)

- **Medio ambiente**

También se incluye el marco de referencial, y del subjetivo de la persona, se evalúa la realidad objetiva y externa. El campo de la fenomenología o contexto de lo subjetivo incluye la determinación de la autopercepción, el conjunto de las creencias, las expectativas y la historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

- **Salud**

Watson cree que la salud está relacionada con "la unidad y conformidad entre, el cuerpo, la mente y el alma (espíritu)". Está relacionado con el nivel de correlación entre el yo percibido y el yo experimentado.

- **Enfermería**

El personal de enfermero se centra en la relación del cuidado sobrehumano. "Para Watson, la enfermería es un arte. Cuando una enfermera percibe y conoce las emociones de la otra persona, puede percibir y sentir los sentimientos de la otra persona y ser capaz de expresar estos sentimientos de manera similar a lo que experimentan los demás.

2.3 Base conceptual

2.3.1 Cáncer de colon

A. Definición

Es la alteración patológica del epitelio del colon normal debido a la acumulación de cambios genéticos y epigenéticos (células de Paneth, células neuroendocrinas o pequeños focos de diferenciación de células escamosas), que transforman las células epiteliales glandulares a adenocarcinomas invasivos. (1)

B. Anatomía del colon

El intestino grueso tiene una medida aproximadamente de 1,50 cm estableciéndose en torno al intestino delgado. Por otra parte, el intestino grueso posee mayor calibre que varía dependiendo de la porción, comenzando con un ancho de 5 a 7,5 cm a nivel de ciego disminuyendo de calibre conforme avanza hacia distal.

El colon posee 3 cintillas longitudinales denominas tenías o bandeletas, estas son el engrosamiento de la capa muscular externa de 0,6 cm de ancho, las cuales unen en la base a nivel de la formación del apéndice, el apéndice cecal, el recto y el conducto anal carecen de dichas cintillas; sobre las tenías se encuentran los apéndices epiglóticos, estas son

pequeñas formaciones peritoneales que recluyen las grasas y vasos, en ciertas oportunidades los pacientes adultos presentan la formación de diverticulares provenientes del intestino. Otra de las diferencias que presenta el intestino delgado y el grueso son los abultamientos que sobresalen entre las tenías. (22)

Las criptas de Lieberkühn que se halla en las mucosas de los intestinos, delgado y grueso se diferencia por que el intestino grueso no posee vellos, la secreción de enzimas digestivas por las células epiteliales es menor, las células viscosas que producen mucosidad que contiene iones de bicarbonato en regular proporción. La segregación de mucosidad es regularizada por la estimulación palpable continua de células gomosas en el área interior del intestino grueso y sus reflejos nerviosos particulares se inicia en las células gomosas de las criptas de Lieberkühn. (23)

C. Etiología

Hereditarios (5-10% de los casos): aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer de colón en los EEUU están asociados a un historia familiar o parientes en primer grado diagnosticados con adenoma o carcinoma invasivo colo-rectal, poliposis familiar colónica, cáncer colo-rectal hereditario no poliposo.

Dieta: alta ingesta de carnes rojas, grasas animales, alimentos procesados y baja ingesta de fibra.

Hábitos nocivos: tabaquismo.

Comorbilidades: pólipos intestinales (adenoma vellosos, pólipos colónica no hereditaria), enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa), obesidad, sedentarismo, síndrome metabólico (presión arterial alta, aumento de la circunferencia de la cintura" hipertrigliceridemia, nivel bajo de lipoproteínas de alta densidad, colesterol o diabetes/hiperglicemia).

Factores protectores: consumo de aspirina en pacientes con poliposis colónica familiar, poliposis adenomatosos esporádicos, el uso de estrógeno más progesterona post-menopaúsico.

D. Fisiopatología

Los tumores colo-rectales se presentan con un amplio espectro de neoplasias, que van desde crecimiento benignos a cáncer invasivo y son predominantemente tumores epiteliales derivados de adenomas.

Los patólogos han clasificado las lesiones en los tres grupos siguientes:

- Pólipos no neoplásicos (hiperplásicos, juveniles, hematomatosos, (inflamatorio y linfoides), que generalmente no han sido considerados como los precursores de cáncer.
- Pólipos neoplásicos (pólipos adenomatosos y adenomas)
- Las neoplasias.

Mayor riesgo de cáncer colo-rectal en algunas familias con múltiples miembros afectados de poliposis juvenil, síndrome de Peutz-Jeghers y la poliposis hiperplásica.

Cabe recalcar que menos del 10% de cáncer de colon corresponde a herencia genética.

El adenoma puede reflejar una tendencia innata o adquirida del colón para formar tumores. Los adenomas son la lesión precursora primaria del cáncer de colon.

La transición de epitelio normal a adenoma y carcinoma está condicionada por una serie de eventos moleculares, ocurre entre 5 a 7 eventos moleculares en esta evolución de epitelio normal a neoplásico.

Estos eventos ocurren en dos direcciones:

- Inestabilidad cromosómica.
- Fenotipo metilador de las islas CpG (CIMP) una proporción de estos tienen inestabilidad de micro satélite.

Las principales alteraciones moleculares involucran alteraciones en el número de cromosomas: aneuploidia y pérdida de material genético principalmente a nivel del cromosoma 5q. Gen APC; cromosoma 18q. Gen DCC/MADHZMADH4 y cromosoma 17p gen TP53.

El evento más temprano en el desarrollo del cáncer colo-rectal es la pérdida del gen APC que conjuntamente con el daño de los genes reparados de ADN incrementan el riesgo del desarrollo del cáncer.

La velocidad de transformación de adenoma a carcinoma es variable dependiente de los genes involucrados; es más rápida en aquellos con inestabilidad de micro satélite. (6)

F. Factores de riesgo

❖ Factores no modificables:

Raza y sexo Los afroamericanos tienen las tasas de CCR más altas de todos los grupos étnicos y su tasa de mortalidad es 20% más alta en afroamericanos que en blancos. Además, los CCR se presentan a una edad más temprana, es por ello que hay una mayor frecuencia de CCR en menores de 50 años.

La mortalidad por CCR es aproximadamente un 25% más alta en hombres que en mujeres, y tanto los adenomas de colon como los CCR parecen tener una distribución más proximal en mujeres particularmente en mujeres postmenopáusicas.

❖ Factores modificables

Obesidad: Una revisión sistemática informó que un incremento de peso entre la edad adulta temprana y tardía se asoció con un aumento modesto pero significativo en el riesgo de CCR. El riesgo fue más alto para aquellos con incremento de peso en la adultez tardía. Además, la obesidad también parece aumentar la probabilidad de morir en CCR.

Diabetes mellitus y resistencia a la insulina: Un metanálisis de 14 estudios estimó que el riesgo de cáncer de colon entre los diabéticos era aproximadamente 38% más alto que en los no diabéticos (RR: 1,38) y el cáncer rectal fue un 20 %. Una posible explicación que vincula la diabetes al CRC es la hiperinsulinemia, ya que la insulina

es un importante factor de crecimiento para las células de la mucosa colónica y estimula las células tumorales del mismo.

Consumo de carne roja y procesada: El consumo a largo plazo de carnes rojas (carne de res, cerdo, cordero, ternera, cordero, caballo, cabra) o procesadas parece estar asociado con un mayor riesgo de CCR, particularmente para tumores del lado izquierdo. La cocción a alta temperatura ha sido asociada al riesgo de esta neoplasia, debido a la producción de hidrocarburos poliaromáticos y otros carcinógenos. Un metanálisis de 10 estudios de cohortes informó una relación dosis-respuesta estadísticamente significativa entre el consumo de carne y el riesgo de CCR con un aumento del 17% de riesgo por 100 g de carne roja y un aumento del 18% en riesgo por 50 g por día de carne procesada. El riesgo absoluto es pequeño, sólo ocurre con el consumo diario, y no está claro que todas las personas tienen el mismo riesgo.

Tabaquismo: El tabaquismo se ha asociado con aumento de la incidencia y la mortalidad por CCR. Un metanálisis de 106 estudios observacionales estimaron que el riesgo de desarrollar CCR se incrementó entre los fumadores de cigarrillos en comparación con los que nunca fumaron. El riesgo de morir de CCR también aumentó entre los fumadores. Es preciso mencionar que la incidencia y la mortalidad estuvo más fuertemente asociada con cáncer de recto que con cáncer de colon.

Alcoholismo: Un metanálisis de 27 estudios de cohorte y 34 estudios de casos y controles encontró un aumento significativo en el riesgo de CCR en aquellos bebedores moderados (2 - 3 bebidas/día) y los bebedores intensos (≥ 4 bebidas/día), pero no en bebedores ligeros (≤ 1 bebida/día). En contraste al estudio previo, un análisis dosis-respuesta encontró un significativo 7% aumento del riesgo de CCR incluso en bebedores ligeros (para la ingestión de 10 g/día de etanol). El riesgo elevado puede estar relacionado con interferencia de la absorción de folato por el alcohol y la disminución de la ingesta de folato.

Colecistectomía: En un estudio de 278.460 pacientes seguidos hasta por 33 años después de una cirugía, los sometidos a colecistectomía presentaron aumento de riesgo de cáncer de colon derecho (RIE: 1,16). El mecanismo está relacionado con alteraciones en la composición de ácidos biliares en el colon después de la colecistectomía.

Agentes bacterianos y virales y microbiana intestinal: El *Streptococcus bovis*, *Helicobacter pylori*, virus JC, papiloma humano virus, *Fusobacterium*, cepas patógenas de *E. coli*, y la disminución de la diversidad de las bacterias intestinales microambientales se han propuesto como factores de riesgo para la CCR. (3)

❖ Factores hereditarios

Las enfermedades se dividen tradicionalmente en síntomas de poliposis caracterizados por un gran número de pólipos y síndromes no asociados a poliposis, con un pequeño número de pólipos o ausencia de ellos.

- Poliposis adenomatosa
- Síndrome de Li-Fraumeni
- Síndrome de poliposis juvenil
- Síndrome de Peutz-Jeghers
- Síndrome de Cowden

Las condiciones de poliposis representan menos del 1% de los casos colo-rectal, su diagnóstico es importante debido a las diferentes condiciones de riesgo, las estrategias de manejo y los riesgos de los familiares. (6)

G. Cuadro clínico

La manifestación de los síntomas va a depender del sitio del tumor y de la extensión. Entre los síntomas más frecuentes, se encuentran: la rectorragia, dolores abdominales intermitentes, disminución de peso y cambios en el patrón de defecación.

➤ **Cáncer de colon derecho**

La localización de tumores, en esta sección del colon, pueden llegar a ser muy grandes, debido a que el contenido intestinal es bastante líquido y para que el tumor pueda provocar síntomas obstructivos o alteraciones notables, el tumor debe estar muy avanzado. En más de un 60% de los casos, el cáncer de colon derecho se manifiesta con dolores tipo cólicos abdominales, en la mitad derecha del abdomen. También en más del 50% de los casos los pacientes presentan anemia microcítica (indicando un déficit de hierro), debido a la continua pérdida de sangre (mínima) a través de las heces, asociándose a melenas o sin modificar su aspecto.

➤ **Cáncer de colon izquierdo**

En el cáncer de colon izquierdo, se evidencia dolor abdominal en la mitad inferior del abdomen, siendo probable que el dolor se alivie con las defecaciones. El crecimiento del tumor podría llegar a obstruir la luz intestinal provocando cambios en el ritmo intestinal, distensión abdominal y obstrucción intestinal. Con gran frecuencia, también estos pacientes suelen presentar hematoquecia (pérdida de sangre roja brillante por las heces) junto a una reducción del grosor de las heces.

➤ **Cáncer de recto**

Es característico del cáncer rectal en el 50% de los casos encontrar rectorragia, también puede presentarse trastornos en el hábito intestinal, tenesmo rectal y defecación imperiosa.

La diseminación del cáncer de colon es distinta que para el recto. En el cáncer de colon se produce a través del sistema portal, predominando las metástasis hepáticas. En el caso del cáncer de recto, se produce a través de la vena cava inferior, llegando a producir metástasis pulmonar y no afectación hepática. (8)

H. Procedimiento quirúrgico

El principal tratamiento para los casos de cáncer de colon es la exéresis quirúrgica, realizando una incisión del segmento intestinal donde se encuentra el tumor, con unos márgenes de excisión suficientes y resección de ganglios linfáticos primarios y regionales. Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico de cáncer colorrectal, se ha realizado la cirugía abierta convencional a través de laparotomía. Sin embargo, algunos autores, sugieren que la cirugía a través de la vía laparoscópica, disminuye el trauma quirúrgico, las

complicaciones intra y postoperatorias relacionadas con la cirugía, conduciendo a una mejor recuperación y en menor tiempo, con respecto a la cirugía convencional abierta. (24)

La cirugía en el 80% de los casos, es el tratamiento potencialmente curativo de cáncer colorrectal, y en los casos demasiado avanzados para conseguir la curación a través de esta, se emplea con fines paliativos, para una mayor calidad de vida.

El abordaje quirúrgico se realiza con una resección del segmento intestinal dañado por el tumor (Colectomía), así como una linfadenectomía. El tipo de cirugía se relaciona directamente con la ubicación del tumor, la cirugía más realizada es la hemicolectomía derecha (45%) con ligadura de los vasos ileocólicos y movilización del ángulo hepático, siguiéndole la hemicolectomía izquierda (18%) con ligadura de los vasos mesentéricos izquierdos y movilización de la flexura esplénica y por último, la sigmoidectomía (13%). (25)

Aproximadamente el 30% de todos los pacientes con cáncer de colon sometidos quirúrgicamente con fin curativo, muestran recurrencias. Para mejorar la supervivencia de los pacientes intervenidos, se realiza durante los dos años posteriores a la intervención quirúrgica, un seguimiento postoperatorio, para la detección precoz de recurrencias. El síntoma más predominante en la reaparición tumoral, es la presencia de un tumor palpable en el abdomen (43%), seguido del dolor abdominal (40%); ofreciendo la oportunidad de diagnosticar recurrencias a tiempo, a través de los exámenes periódicos que se realizan posterior a la cirugía de forma programada. (26)

I. Complicaciones postquirúrgicas

- Infección del sitio operatorio
- Apertura de anastomosis
- Hemorragia postoperatoria
- Íleo
- Absceso pélvico.
- Peritonitis/ shock séptico
- Obstrucción intestinal
- Fístula.

- Infertilidad.
- Hernia incisional
- Tromboembólicas

2.3.2. Cuidados de enfermería en hemicolectomía por cáncer de colon

A. Preoperatorio

- Información al paciente: tipo de anestesia, sondas, drenajes.
- Verificar historia clínica: consentimientos informados firmados, exámenes de laboratorio completo, riesgo quirúrgico, evaluación neumológica con radiografía de tórax, prueba COVID, comprobante de depósito de sangre con su respectiva prueba cruzada y las indicaciones de anestesiología.
- Baño general del paciente: retiro de dentaduras postizas y objetos como anillos y pulseras.
- Ayuno de 12 horas.
- Preparación intestinal: se prescribe enema de limpieza antes de la intervención.
- Suspensión de anticoagulantes y aspirina si los tenía prescritos
- Si fuese diabético tener glucosa presop o hemoglucotest.
- Si fuese hipertenso continuar con su tratamiento.
- Administrar antibiótico profiláctico si estuviese indicado.
- Revisar que los medicamentos e insumos estén completos según receta.

B. Postoperatorio

El traslado del paciente a la URPA es por el anestesiólogo y la enfermera:

- Recepción e identificación del paciente.
- Historia y hoja de tratamiento, nos informaremos de:
 - Estado de salud basal preoperatorio.
 - Tipo de anestesia y duración de la misma.
 - Tipo de cirugía y sangrado intraoperatorio.
 - Fármacos administrados.
- Localización de las punciones venosas, drenajes, catéteres.
- Incidentes o complicaciones intraoperatorios.

- Monitorización y valoración continua: control de funciones vitales al ingreso cada 5 minutos hasta que el paciente se estabiliza. Luego cada 15´ - 30`, registrando todos los datos en H.C.
- Administrar oxígeno.
- Mantener Tº corporal.
- Comprobar permeabilidad de vías, sondas y drenajes.
- Examinar apósitos quirúrgicos, drenajes y sonda vesical.
- Mantener postura adecuada del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de filiación

- **Nombre** : L. R. P.
- **Edad** : 59 años
- **Sexo** : Femenino
- **Etapas de vida** : Adulto
- **Lugar de Nacimiento** : Piura
- **Grado de instrucción** : 3º primaria
- **Ocupación** : Ama de casa
- **Estado civil** : Conviviente
- **Religión** : Católica
- **Idioma** : Castellano
- **Lugar de procedencia** : Piura

3.1.2 Motivo de ingreso/consulta

Paciente refiere que desde hace dos meses presenta cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen superior tipo cólico de aparición intermitente asociado a pérdida de 17 kg aproximadamente. Dos semanas antes de ingreso, paciente refiere que presenta “deposiciones negruzcas” 2 veces al día interdiario asociado a cansancio y disnea al esfuerzo. Acude a consultorio de medicina interna donde es referida a emergencia del HNDAC por resultado de hemoglobina 5.2 g/dl, compatible con anemia severa.

3.1.3 Antecedentes

A. Antecedentes familiares

- **Padre:** aparentemente sano
- **Madre:** Falleció, desconoce la causa

B. Antecedentes personales

- **Hábitos nocivos:** niega
- **Alergias:** niega

- **Patológicos:**

- Diabetes hace 6 años con tratamiento de metformina 850 mg cada 12 horas VO.
- NM de cérvix hace 4 años.
- **Quirúrgicos:**
 - Histerectomía radical por NM de cérvix hace 4 años.

3.1.4 Diagnóstico médico

- NM colon
- Anemia moderada
- Diabetes mellitus 2
- NM de cérvix por antecedente

3.1.5 Tratamiento quirúrgico

Hemicolectomía de colon derecho por cáncer de colon.

3.1.6 Enfermedad actual

Paciente adulta postoperada inmediata de hemicolectomía derecha, se encuentra en la URPA, somnolienta bajo efectos de anestesia general, facies pálidas y gestos de dolor, ventilación espontánea con apoyo de oxígeno por máscara simple a 6 lt, hipotermia manifestada, apósito de herida quirúrgica limpia, con drenaje sistema Blake presencia de secreción hemática aproximado 50 cc, perfundiendo CINA 0.9% x 1000cc en miembro superior izquierdo, sonda vesical con orina colúrica y vendaje de miembros inferiores. Paciente refiere “me duele” y pregunta ¿Cómo salió mi operación?

3.1.7 Examen físico

➤ Funciones vitales

- **FC:** 76x'
- **FR:** 22x'
- **PA:** 174/65 mmHg
- **T°:** 35.8 °C
- **SatO2:** 89%

➤ Antropometría

- **Talla:** 1.56

- **Peso:** 45 kg
- **Examen físico general**
 - **Ectoscopia:** AREG, AREN, AREH, depresión respiratoria al dormirse por efectos de anestesia, apoyo de oxígeno por máscara simple.
 - **Piel y mucosas:** Fría, hidratada, elástica, llenado capilar <2 seg, palidez +/+++
 - **TCSC:** No edemas
 - **Aparato locomotor:** Moviliza 4 extremidades.
 - **Adenopatías:** No se palpan adenopatías.
- **Examen físico regional**
 - **Piel y mucosas**
 - Piel fría y pálida +/+++
 - Aparente regular estado de hidratación.
 - No presenta edemas.
 - **Cabeza**
 - Somnoliento por efectos anestésicos, Aldrete 9 puntos.
 - Cráneo, normo céfalo.
 - Cara, gestos de dolor.
 - Ojos, simétricos, foto reactivos y conjuntiva palpebral ligeramente pálida.
 - **Cuello**
 - Cilíndrico, no adenopatías.
 - **Tórax**
 - MV pasa bien en ambos hemitórax, no estertores.
 - Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
 - **Abdomen**
 - Inspección: Globuloso, herida quirúrgica cubierta con gasa, drenaje sistema Blake con secreción hemática (50 cc)
 - Auscultación: RHA presentes.
 - Palpación: Blando depresible, doloroso a palpación.
 - Percusión: timpanismo conservado.
 - **Columna vertebral**
 - No se observa particularidades.

- **Genitales**
 - Presencia de sonda vesical con orina colúrica.
- **Extremidades**
 - Vía periférica en miembro superior izquierdo, perfundiendo CNa 0.9% x 1000 cc.
 - Vendaje de ambos miembros inferiores.

3.1.8 Exámenes auxiliares

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	12.13 cel/ μ L
Hemoglobina	8.3 g/dL
Hematocrito	24.9 %
Linfocitos	17 %
Plaquetas	422 cel/ μ L
BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	118
Urea	19
Creatinina	0.60

EXAMEN DE ORINA	RESULTADOS
Células epiteliales	1 – 2 x c
Leucocitos	0 – 1 xc
INMUNOLOGIA	RESULTADOS
HIV I II	No reactivo
Hepatitis B	Negativo

3.1.9 Indicación terapéutica

TRATAMIENTO ACTUAL
NPO estricto
Dextrosa 5% 1000cc + CNa 20% (2) + ClK 20% (1) intercalado I - III
CNa 0.9% 1000cc intercalado II

Ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas
Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas
Ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas intercalado
Tramadol 50 mg SC cada 8 horas intercalado
Insulina R: 180 – 250 (2U) 251 – 300 (3U) 301– 350 (4U) >350 (6U)
Hemoglucotest cada 8 horas
Vendaje de MM.II
BHE

3.2 Valoración por Dominios NANDA

➤ DOMINIO I: Promoción y gestión de la salud.

- **Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: Paciente conoce sobre su enfermedad actual.
- **Clase 2.** Gestión de salud: No manifiesta alergia a medicamentos.

➤ DOMINIO II. Nutrición

- **Clase 1.** Ingestión: NPO estricto, bajó de peso 17 Kg, peso 45 Kg, piel pálida +/-+++, hemoglobina 8.3 g/dl.
- **Clase 2.** Digestión: RHA presentes.
- **Clase 3.** Absorción: No se evidencia.
- **Clase 4.** Metabolismo: Diabetes mellitus 2, glucosa 118 mg/dl.
- **Clase 5.** Hidratación: Drenaje Blake con secreción hemática (50cc), vía periférica en MM SS Izquierdo perfundiendo CIna 0.9% 1000 cc.

➤ DOMINIO III. Eliminación e intercambio

- **Clase 1.** Función urinaria: Presencia de sonda foley (orina colúrica).
- **Clase 2.** Función gastrointestinal: Postoperada de hemicolectomía colon derecho, RHA presentes.

- **Clase 3.** Función tegumentaria: Piel pálida y fría.
 - **Clase 4.** Función respiratoria: Con tendencia a depresión respiratoria por efectos anestésicos, apoyo oxigenatorio por mascara simple 6 lt.
- **DOMINIO IV. Actividad y reposo**
- **Clase 1.** Reposo/sueño: Tendencia al sueño por efectos anestesia.
 - **Clase 2.** Actividad/ejercicio: Reposo absoluto, postoperado inmediato.
 - **Clase 3.** Equilibrio/energía: Grado dependencia III.
 - **Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: FC: 76x', PA: 174/65 mmHg, FR: 22x', patrón con disminución de la presión inspiratoria, SatO2: 99% con apoyo de oxigenoterapia, sin apoyo 89%.
 - **Clase 5.** Autocuidado: Asistido por el personal de URPA.
- **DOMINIO V: Percepción – Cognición**
- **Clase 1.** Atención: Responde al interrogatorio.
 - **Clase 2.** Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.
 - **Clase 3.** Sensación-percepción: No evaluable.
 - **Clase 4.** Cognición: No alterado.
 - **Clase 5.** Comunicación: Se comunica adecuadamente.
- **DOMINIO VI: Autopercepción**
- **Clase 1.** Autoconcepción: No alterado.
 - **Clase 2.** Autoestima: Paciente con el estado de ánimo disminuido, por el dolor de la herida operatoria.
 - **Clase 3.** Imagen corporal: Con riesgo por cirugía.
- **DOMINIO VII: Rol/Relaciones**
- **Clase 1.** Rol de cuidador: Al cuidado de la nuera.
 - **Clase 2.** Relaciones familiares: El hijo le compra medicinas.
 - **Clase 3.** Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.
- **DOMINIO VIII. Sexualidad**
- **Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.
 - **Clase 2.** Función sexual: No refiere.

- **Clase 3.** Reproducción: Tiene 4 hijos.
- **DOMINIO IX: Afrontamiento/Tolerancia al estrés**
- **Clase 1.** Respuesta post traumática: Sin evidencia.
 - **Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Paciente preocupada pregunta ¿cómo salió mi operación?
 - **Clase 3.** Estrés neuro-compartmental: No alterado.
- **DOMINIO X. Principios vitales**
- **Clase 1.** Valores: No manifestado.
 - **Clase 2.** Creencia: Religión católica.
 - **Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: No alterado.
- **DOMINIO XI. Seguridad y protección**
- **Clase 1.** Infección: Leucocitosis, drenaje Blake, herida quirúrgica, vía periférica, sonda foley.
 - **Clase 2.** Lesión física: Herida quirúrgica con gasas, secreción hemática por dren, en cama con barandas.
 - **Clase 3.** Violencia: No alterado.
 - **Clase 4.** Peligros del entorno: No comprometido.
 - **Clase 5.** Procesos defensivos: No alergias.
 - **Clase 6.** Termorregulación: Piel fría, T° 35.8 °C, escalofríos.
- **DOMINIO XII. Confort**
- **Clase 1.** Confort Físico: Con facies de malestar y dolor abdominal.
 - **Clase 2.** Confort del entorno: Cubierto con manta térmica.
 - **Clase 3.** Confort social: No manifestado.
- **DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo**
- **Clase 1.** Crecimiento: No alterado.
 - **Clase 2.** Desarrollo: No alterado.

3.3 Diagnósticos de enfermería

ESQUEMA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

PROBLEMA	FACTOR RELACIONADO	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO NANDA
Patrón respiratorio ineficaz	Sedoanalgesia postanestésica	SatO2 89% sin apoyo Aldrete 8	00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C sedoanalgesia postanestésica E/P SatO2 89%
Dolor	Agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico)	Gestos de dolor Paciente refiere "me duele" PA 174/65 mmHg	00132 Dolor agudo R/C agente lesivo físico (procedimiento quirúrgico) E/P gestos de dolor y referencia verbal
Hipotermia	Transferencia del calor por conducción excesiva Agentes farmacológicos anestésicos	Piel fría T° 35.8 °C	0006 Hipotermia R/C transferencia del calor por conducción excesiva y agentes farmacológicos anestésicos E/P T° 35.8 °C, piel fría.
Riesgo de déficit de volumen de líquidos	Perdida activa	Secreción hemática Palidez facial Orina colúrica	00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C pérdida activa por drenaje
Riesgo de nivel de glucemia inestable	Incremento del estrés por cirugía	Glucosa 118gr/dl DM 2 NPO estricto Postoperada inmediata	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C incremento del estrés por cirugía.
Riesgo de infección	Alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos	Drenaje Blake Sonda foley Catéter periférico Herida quirúrgica	00004 Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos

3.4 Planificación

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	2305 Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C sedoanalgesia postanestésica E/P SatO2 89%	230509 Profundidad de la inspiración	4	3350 Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Administrar oxígeno por máscara simple a 6 Lt. • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración. • Evaluar movimiento torácico. • Monitorizar la saturación de oxígeno. • Observar si aumenta la inquietud, ansiedad o disnea. • Colocar al paciente en posición semifowler. • Auscultar sonidos respiratorios. • Registrar funciones vitales. 	230509 Profundidad de la inspiración	4
	230510 Frecuencia respiratoria	4		230510 Frecuencia respiratoria	4
	230511 Ritmo respiratorio	4		230511 Ritmo respiratorio	4
	230512 Saturación de oxígeno	4		230512 Saturación de oxígeno	4
	230513 Nivel de conciencia	4		230513 Nivel de conciencia	4
		LEVE		DIANA LEVE	

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	2102 Nivel del dolor			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
00132 Dolor agudo R/C agente lesivo físico (proceso quirúrgico) E/P gestos de dolor y referencia verbal	210201 Dolor referido	4	1410 Manejo del dolor: agudo <ul style="list-style-type: none"> • Administrar analgésicos prescritos. • Evaluar la eficacia de los analgésicos. • Identificar la intensidad del dolor con escala EVA. • Preguntar al paciente sobre el nivel de dolor que permita su comodidad. • Asegurarse que el paciente reciba su tratamiento de dolor. • Modificar las medidas de control del dolor. • Prevenir o controlar los efectos secundarios. 	210201 Dolor referido	4
	210217 Gemidos y gritos	4		210217 Gemidos y gritos	4
	210206 Expresión facial de dolor	4		210206 Expresión facial de dolor	4
	210222 Agitación	4		210222 Agitación	4
		LEVE			4 DIANA LEVE

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	0800 Termorregulación			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
0006 Hipotermia R/C transferencia del calor por conducción excesiva y agentes farmacológicos anestésicos E/P T° 35.8 °C, piel fría.	080018 Disminución de la temperatura cutánea	4	3900 Regulación de la temperatura <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura en intervalos de tiempo. • Instaurar el dispositivo de monitorización de la temperatura. • Colocar la manta térmica y ajustar la temperatura adecuada para el paciente. • Cubrir con suficientes cobertores. • Observar si hay signos y síntomas de hipotermia. • Monitorizar la FC, FR, PA, según corresponda. • Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente. 	080018 Disminución de la temperatura cutánea	4
	080007 Cambios de la coloración cutánea	4		080007 Cambios de la coloración cutánea	4
	080015 Comodidad térmica referida	4		080015 Comodidad térmica referida	4
	080013 Frecuencia respiratoria	4		080013 Frecuencia respiratoria	4
		LEVE			DIANA LEVE

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	0601 Equilibrio hídrico			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C perdida activa por drenaje	060101 Presión arterial	5	4120 Manejo de líquidos <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado hemodinámico que incluya niveles PAM y PVC. • Controlar funciones vitales. • Realizar BHE. • Valorar las características de las secreciones por los drenajes. • Administrar terapia endovenosa. • Controlar los resultados de laboratorio. • Organizar la disponibilidad de hemoderivados si fuera necesario. • Vigilar la respuesta del paciente para evitar sobre hidratación. 	060101 Presión arterial	5
	060105 Pulsos periféricos	5		060105 Pulsos periféricos	5
	010607 Entradas y salidas diarias equilibradas	5		010607 Entradas y salidas diarias equilibradas	5
	010617 Humedad de membranas mucosas	5		010617 Humedad de membranas mucosas	5
	010627 Cantidad de orina	5		010627 Cantidad de orina	5
		NO COMPROMETIDO			DIANA NO COMPROMETIDO

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	2300 Nivel de glucemia			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable R/C incremento del estrés por cirugía.	230001 Concentración sanguínea de glucosa	4 LEVE	2120 Manejo de la hiperglucemia <ul style="list-style-type: none"> • Toma de hemoglucotest antes y después de cirugía. • Identificar signos y síntomas de hiperglucemia (poliuria, debilidad, visión borrosa cefalea). • Administrar insulina según prescripción. • Monitoriza el BHE. 2130 Manejo de hipoglucemia <ul style="list-style-type: none"> • Identificar signos y síntomas de hipoglucemia (diaforesis, ansiedad, náuseas, somnolencia, cefalea) • Administrar dextrosa al 33% según prescripción. 	230001 Concentración sanguínea de glucosa.	4 DIANA LEVE

DIAGNOSTICO ENFERMERIA NANDA	RESULTADOS NOC		INTERVENCION NIC	EVALUACION	
	1902 Control del riesgo			Escala Likert (DIANA)	
	INDICADOR	LIKERT		INDICADOR	LIKERT
00004 Riesgo de infección R/C alteración de la integridad de la piel y procedimientos invasivos	190220 Identifica los factores de riesgo	4 Frecuentemente demostrado	6550 Protección contra las infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar resultados de hemograma: glóbulos blancos, granulocitos, formula leucocitaria. • Mantener normas de asepsia. • Administrar antibiótico indicado. • Inspeccionar sitio de incisión en busca de eritema, inflamación, dehiscencia o evisceración. • Observar los signos y síntomas de la infección • Restringir las visitas 1876 Cuidados del catéter urinario <ul style="list-style-type: none"> • Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la manipulación del catéter urinario. • Asegurarse que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga. 	190220 Identifica los factores de riesgo	4 DIANA Frecuentemente demostrado

			<ul style="list-style-type: none"> • Evitar inclinar las bolsas o sistemas de medición de orina para vaciar o medir la diuresis. • Limpiar la zona dérmica genital y el catéter por fuera. • Mantener la permeabilidad del catéter urinario • Observar si hay distensión de vejiga • Cambiar el catéter urinario con regularidad, según lo indique el protocolo. <p>1870 Cuidados del drenaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener higiene de manos antes, durante y después de manipular el drenaje. • Mantener permeabilidad del drenaje. • Mantener el recipiente del drenaje al nivel adecuado. • Monitorizar la cantidad y características de la secreción del drenaje. 		
--	--	--	---	--	--

CONCLUSIONES

- Los cuidados enfermeros a través de la aplicación del proceso de enfermería en pacientes postoperados inmediatos facilitan el trabajo de la enfermera, ya que estos pacientes son vulnerables hemodinámicamente y demandan gran tiempo de atención de parte del personal.
- La atención de enfermería a pacientes postoperado de hemicolectomía por cáncer de colon, se debe caracterizar por la valoración, vigilancia y prevención de complicaciones, teniendo en cuenta la presencia de dolor, el riesgo de hipotermia, el riesgo de sangrado y de infecciones debido a los diferentes catéteres que invaden su cuerpo.
- Un plan de cuidados estandarizados, es un instrumento que facilita y optimiza el trabajo asistencial del enfermero, mediante el uso de taxonomía NANDA que va permitir identificar problemas y la actuación inmediata para la pronta recuperación del paciente quirúrgico.
- Se aplicó este plan de cuidados en el servicio de URPA del hospital Carrión, logrando que el trabajo de la enfermera sea más ordenado y de mejor calidad en la atención al paciente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de enfermería en actualizarse a través de las capacitaciones continuas con el fin de garantizar una atención de calidad a los pacientes postoperados de hemicolectomía por cáncer de colon.

- Se recomienda al Departamento de enfermería en promover la realización de trabajos científicos que ayuden al personal para estar a la vanguardia y a las demandas de la actualidad.

- Se recomienda a la jefatura de enfermeras garantizar la adecuada dotación de personal de acuerdo a la demanda del servicio.

- Sensibilizar al personal de enfermería para que aplique el plan de cuidados a pacientes postoperados de hemicolectomía por cáncer de colon.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) DeVita H, Rosenberg's. Cáncer: Principles & Practice of Oncology. (2014). Ed. 11. Pág. 2234.
- (2) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Revista. Estadística global de cáncer. (2018) URL <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>
- (3) The Global Cancer Observatory. GLOBOCAN (2020). World Health Organization. URL: <https://gco.iarc.fr/today>
- (4) Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer y del programa Surveillance Epidemiology and End Results (SEER, Vigilancia epidemiológica y resultados finales). (2022). Cáncer colorrectal: Estadísticas. URL: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-colorrectal/estadisticas>
- (5) Basu P, Lucas E, Carvalho AL, Sauvaget C, Muwonge R, Herrero R, Sankaranarayanan R (2019). Detección de cáncer en los cinco continentes. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. URL: <https://canscreen5.iarc.fr>
- (6) Ministerio de Salud. Hospital Cayetano Heredia. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto. (2018). URL: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/rd-023-2018.pdf>
- (7) Censo registral de cirugías electivas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. (2019 – 2022)

- (8) Ros N. Enfermería durante el proceso postoperatorio en pacientes con cáncer de colon. Murcia. España. (2019). URL: <http://193.147.26.104/bitstream/handle/10952/4933>
- (9) Ponce G, Carmona B, Sotomayor S. La experiencia de la persona con cáncer de colon y colostomía: tiempo y espacio que se sufre o se vive. México. (2020). URL: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/108758>
- (10) Díaz T, Carmenate D, Espinosa M. “Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal en Las Tunas”. Cuba. (2019). URL: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1871>
- (11) Ampuero J. Informe de experiencia profesional en el cuidado del paciente postoperado de cáncer de colon portador de colostomía del servicio 3ro A del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima. Perú. (2017). URL: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4970>
- (12) Pérez B. “Efectos analgésicos de la infusión endovenosa de lidocaína en dolor postoperatorio en pacientes con cáncer de colon sometidos a cirugía colorrectal convencional en la clínica Oncosalud entre junio 2019 y mayo 2020”. Lima. Perú. (2019). URL: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6969>
- (13) Culqui R. “Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con cáncer de colon en el Servicio de Emergencia en un instituto especializado de Lima”. Lima. Perú. (2019). URL: <https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/1878>
- (14) Hernández C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera Trabajo de fin de grado. España. Universidad de

Valladolid.(2016)...URL:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711>

- (15) Mendoza C. PAE de paciente postoperado de fractura de cadera. Trabajo académico. Universidad José Carlos Mariátegui. Moquegua. 2016
- (16) Heardman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. (2018_2020). Ed. 11. Pág. 50
- (17) Pecho M. Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados en el Hospital “Augusto Hernández Mendoza” Essalud Ica - 2016. Tesis. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. (2017).
- (18) Tarapués B. Conducta ética en el cuidado enfermero del paciente basado en la teoría de Jean Watson, medicina interna – Hospital San Vicente De Paúl, Ibarra 2018. Tesis. Ecuador: Universidad Técnica Del Norte, Servicio de medicina interna. (2019).
- (19) Cusinga F, Mejía F, Obeso L. Aplicación de la Teoría de Enfermería de Jean Watson y la Calidad del Cuidado Enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, 2017. Tesis. Lima: Universidad Peruana Unión. (2017).
- (20) Acosta C, García E. Cuidado humanizado de enfermería y su relación con la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina general atendidos en un Hospital Nacional de Lima, 2018. Tesis. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. (2019).
- (21) Collado G. Estrés laboral de la enfermera y percepción del cuidado humanizado de la persona adulta hospitalizada, Hospital Central Majes

Arequipa-2018. Tesis. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. (2019).

22) Valencia A, Zuniga M. Complicaciones según manejo quirúrgico en pacientes con vólvulo de sigmoides en los Hospitales del Ministerio de salud del Cusco 2015 - 2019. Tesis. Cusco: Universidad Andina del Cusco; 2020.

23) Chorres S. Obstrucción Intestinal en Pacientes Atendidos en el Hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa Piura, 2019. Tesis. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2020.

(24) Cuesta, M., Poza, A., Roig, P., Espinosa, G., y Rodero, R. Las primeras experiencias en cirugía laparoscópica de colon en España. Cirugía Española. (2016).

(25) Herrera, D., y Campo, S. Caracterización de pacientes y resultados de la cirugía laparoscópica en cáncer colorrectal. Organización Clínica General del Norte. Biociencias. (2018).

(26) Fernández, R., Louis, J., Prieto, C., Chacón, P., y Álvarez, J. Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. Medisan. (2015).

ANEXOS



Cuidados de enfermería en la recuperación inmediata