

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE POST
OPERADO DE CÁNCER DE COLON CON COLOSTOMÍA
DEFINITIVA EN EL SERVICIO 3 A DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

ROCIO RAFAELA PALMA ALEJANDRO

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTE
- DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES SECRETARIA
- MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 341

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1356-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	2
I.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II.- MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL	13
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	52
III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL	54
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	54
3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA PRE Y POST OPERATORIO	56
IV.- RESULTADOS	64
V.- CONCLUSIONES	70
VI.- RECOMENDACIONES	71
VII.- REFERENCIALES	72
ANEXOS	74

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo.

Es la decimoquinta forma más común de cáncer y la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América. El cáncer colorrectal causa 639,000 muertes a nivel mundial cada año.

Aproximadamente el 80 % de los casos son esporádicos, pero el 20 % tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar, por lo que es necesario un mayor seguimiento y control. La edad es un factor de riesgo fundamental, con un incremento brusco de la incidencia a partir de los 50 años. El aumento de la incidencia depende de las dietas ricas en grasas y de carnes rojas, la obesidad, el tabaquismo, el consumo elevado de alcohol, así como la diabetes asociada a la obesidad.

El cáncer abarca un conjunto de enfermedades en las cuales las células normales del cuerpo pierden la capacidad de controlar su crecimiento por medio de una serie de cambios genéticos. A medida que avanzan los cánceres invaden los tejidos que los rodean (invasión local). Por consiguiente, el cáncer de colon es una enfermedad en la que se forman células malignas en los tejidos del colon.

El ministerio de salud menciona el cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las américas y en nuestro país por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce.

El cáncer colorrectal tiene una incidencia importante en nuestro medio, siendo el adenocarcinoma el tipo más frecuente. Afecta en mayor proporción a la población, independiente del sexo, a partir de la quinta década de la vida.

En nuestro hospital se presenta 250 casos al año, lo cual nos lleva a concluir que nos encontramos frente a una realidad que requiere una atención constante a los cuidados de enfermería al paciente post operado son muy indispensable para la recuperación del estado de salud.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la situación problemática.

La incidencia la frecuencia de cáncer nos obliga a todos los profesionales de la salud a conocer, en cierta medida su curso y tratamiento. La facilidad con que puede establecerse el diagnóstico apropiado en la mayor parte de los casos y el importante efecto que este diagnóstico temprano debería tener sobre la mortalidad, hacen evidente la importancia de que cada médico esté atento a esta posibilidad. El promedio de supervivencia a los cinco años para los pacientes operados de cáncer de colon es mayor que el de los enfermeros de cáncer en otros lugares comunes y se obtienen resultados muchos mejores cuando la lesión se extirpa en fase temprana.

El cáncer de colon en las últimas décadas se ha incrementado, constituyendo una de las entidades malignas más frecuentes en el mundo, que ocupa el cuarto lugar después del cáncer del cuello uterino, seno y estómago. La incidencia de este tumor oscila ampliamente en el mundo, con predominio en personas adultas y ancianas.

Para establecer el comportamiento de esta enfermedad es importante conocer su evolución en las últimas décadas, sin embargo no se cuenta con esos datos, por lo que se decide investigar las características de esta enfermedad y poder contar con un parámetro actual.

La incidencia de esta enfermedad aumento notablemente con la edad muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer y esta acumulación general de factores de riesgo que se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad. Todo paciente intervenido de cáncer de colon o cáncer de recto, post intervenciones quirúrgicas son sometidos al procedimiento de Ostromía. La Ostromía bien a ser la creación de una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal, para abocar al exterior los productos de desecho del organismo, esta comunicación recibe el nombre de estoma.

Es innegable el gran impacto social y anímico que afecta al ser humano, producto de cambios fisiológicos, dietéticos, higiénicos, estéticos, psicológicos, sociales; en muchas ocasiones los pacientes terminan retrayéndose de sus vidas sociales buscando el aislamiento. Esto se debe con frecuencia la ignorancia y prejuicios sociales.

El tratamiento del cáncer requiere una cuidadosa selección de una o más modalidad terapéuticas, como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia; el objetivo consiste en controlar la enfermedad o prolongar considerablemente la supervivencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

El profesional de enfermería que labora en los servicios de cirugía y en la atención a pacientes pos operados de ostomía, debe proporcionar la orientación pertinente al paciente sobre la atención y uso de materiales, además de estar orientada a contribuir en el proceso de recuperación del paciente, promoviendo su independencia a través del cumplimiento e importancia del tratamiento, evitando que se encuentren expuestos a mayores riesgos y complicaciones derivados de su dicha enfermedad.

En el servicio del Tercero.A Cirugía de Colon del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se ha podido observar que los pacientes ostomizados inicialmente presentan rechazo a la presencia de la estoma por los cambios que esto supone.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia profesional en los cuidados de enfermería en pacientes post operados de cáncer de colon con colostomía en el servicio 3 "A" Colon Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima – 2016.

1.3. Justificación.

La enfermera en la atención del paciente post operado con cáncer de recto, debe contribuir en el proceso de recuperación del paciente promoviendo su independencia a través del cumplimiento e importancia del tratamiento, evitando que se encuentre expuesto a mayores riesgos y complicaciones aunados a los de su enfermedad.

En lo concerniente a las colostomías, pese a los avances y esfuerzos realizados para la conservación del colon, todavía se sigue realizando esta técnica quirúrgica a un gran número de la población con la intención de tratar las patologías causantes así como reducir el dolor o las molestias derivadas de estas, pero la creación de un estoma supone un gran impacto en diversas esferas de la vida del paciente, tanto a nivel físico como psicológico, emocional, familiar y social, que inevitablemente va a influir en su nuevo modo y calidad de vida.

Los motivos de la presentación del presente informe sobre la experiencia profesional está en relación a la Necesidad del desarrollo de la profesión dentro del marco metodológico y basado en evidencias científicas logrando la mejora de la atención del paciente.

Se identificó la necesidad de educar y dar el tratamiento adecuado al momento post operatorio inmediato y mediato, para que el paciente alcance su pronta recuperación y su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social, por ello es importante brindar los cuidados de enfermería altamente especializados a la persona, la familia y la comunidad, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, al paciente, su familia y su entorno.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería que se deben tener para pacientes de cáncer de colon con colostomía. Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente así como se brindara capacitación al paciente para su autocuidado. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados para pacientes de cáncer al colon con colostomía por el tiempo que lo requiera el paciente para su pronta recuperación.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes con cáncer de colon con colostomía. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre la técnica de cuidado y autocuidado en pacientes de cáncer de colon con colostomía.

Nivel Económico: Los pacientes de cáncer de colon son un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente: pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

Se cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo dicha investigación además de contar con el tiempo pertinente y apoyo por parte del servicio en mención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio.

Dr. Gustavo Aldereguía Lima, en su artículo Tumor de Colon, CUBA 2013, Reporte de dos casos y revisión de la literatura, señala que el cáncer de colon es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo, y también en Cuba. Se reportan dos casos de trastornos digestivos y cambios en hábito intestinal, a los cuales se indicó un colon por enema, en el que se observó un estrechamiento a nivel del colon. Se les realizó colonoscopia, que informó la presencia de tumor de colon. Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y se les realizó resección segmentaria del tumor. El informe de anatomía patológica reportó un adenocarcinoma del colon bien diferenciado. Dado el ascenso de la incidencia de cáncer de colon y recto, el objetivo de este estudio es reportar dos casos de dolor abdominal, a causa precisamente de tumores de colon. (2)

Miriam Rosario Salazar (2013) en su artículo: El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el Control del Cáncer en el Perú, menciona que la incidencia estimada de cáncer en el Perú es de 150 casos x 100 000 habitantes. Este ocupa el segundo lugar de las causas mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de

los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima. En ese contexto, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ha promovido la descentralización de la atención oncológica con la creación de los institutos regionales de enfermedades neoplásicas, las unidades oncológicas y los preventorios. Asimismo ha diseñado, desarrollado e implementado el Programa Presupuestal de Prevención y Control de Cáncer, por lo que desde el año 2011, más de 7000 establecimientos del país asignan recursos para la prevención, promoción y detección precoz de los cánceres más frecuentes en el Perú. Con el financiamiento del seguro estatal, se integraron los ejes estratégicos básicos para una atención integral del cáncer en la población de menores recursos. De esta manera y dentro de una política de estado integradora y articulada con el sector salud, nace el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú, denominado "Plan Esperanza". En este artículo, desarrollamos el papel que viene cumpliendo el INEN en el control del cáncer como problema de salud pública, destacando la importancia del Programa Estratégico Presupuestal de Prevención y Control del Cáncer y de su papel en el "Plan Esperanza".(3)

Javier E. Manrique en su artículo Asesoría genética sobre cáncer en el Perú, (2013) menciona que el cáncer es una enfermedad genética producto de alteraciones en la secuencia o expresión del ADN. Estas alteraciones, según su origen, nos permiten clasificar el cáncer como esporádico y hereditario o familiar. En base a los registros de cáncer, en el Perú se espera que del 5 al 30% de todos los pacientes con cáncer, que equivale aproximadamente entre 2000 a 12 000 personas, presentarían cáncer del tipo familiar o hereditario, lo que representaría un similar número de familias con un riesgo mayor de desarrollar cáncer que el de la población en general. El propósito de la asesoría genética es identificar cánceres hereditarios en una familia con el fin de prevenir la enfermedad y la muerte por este mal. Es una estrategia que nos puede permitir detectar y diagnosticar con antelación estos cánceres. Es por este motivo que en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú se realizan consultas de diagnóstico y asesoría genética desde hace cinco años, constituyéndose en un elemento importante para la lucha contra el cáncer, sin embargo, para lograr un mayor impacto en la salud requiere ampliar y fortalecer el proceso de capacitación en genética y asesoría genética a profesionales de la salud, sobre todo a médicos y enfermeras. (4)

2.2 Marco Conceptual.

❖ Cáncer

La palabra cáncer se utiliza para denominar a un grupo de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolados. La célula cancerosa tiene la capacidad para no morir y se divide casi sin límite, estas células llegan a formar unas masas que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales, dando lugar a tumores sólidos o enfermedades hematológicas y/o linfáticas en función de los tejidos afectados. El cáncer puede originarse en cualquier parte del cuerpo.

Según la OMS, el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.

El cáncer es un término utilizado para describir más de 300 enfermedades diferentes caracterizadas por la proliferación descontrolada de células anormales de carácter maligno que afectan a la persona y cuyo crecimiento, de no ser detenido o controlado, invade, desplaza y destruye, localmente y a distancia, otros tejidos sanos (ACS, 2008). Sus altas tasas de incidencia y mortalidad demuestran que es un problema de salud pública a escala mundial. A nivel internacional el cáncer es la segunda causa de muerte mientras que, en Latinoamérica, el cáncer es la tercera causa de muerte, pero no por que las tasas sean menores sino por las elevadas tasas de enfermedades infecciosas ya controladas en países del primer mundo. Solidoro (2005), menciona que la incidencia mundial del cáncer se elevará de 10 a 15 millones de casos para el año 2020 y la mortalidad subirá de 6 a 10 millones. Según la OMS (2008), para el 2005 el cáncer fue la cuarta causa de muerte en el Perú, teniendo un 18.4% de mortalidad y han proyectado que para el 2030 este porcentaje subirá a 22.9% convirtiéndose en la segunda causa de muerte a nivel nacional.

❖ Tipos de Cáncer

El tipo de cáncer se define por el tejido y órgano en el que se desarrolló, aunque pueden definirse muchos tipos de cánceres como enfermedades, cada uno tiene sus alteraciones moleculares y celulares específicas. Los cánceres se pueden definir como; carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas.

- A. Carcinomas – son el tipo más común de cáncer y se origina a través de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo.
- B. Sarcomas – se originan en los tejidos de soporte del cuerpo, como los huesos, cartílagos, grasa, tejidos conectivos y músculos.
- C. Leucemias – son cánceres de las células inmaduras de la sangre que crece en la médula ósea y tienen la tendencia a acumularse en grandes cantidades en el torrente sanguíneo.
- D. Linfomas – se desarrollan en los ganglios linfáticos y tejidos del sistema inmunológico.

❖ **Cáncer de Colon**

El cáncer de colon consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales en esa parte del intestino grueso, se desarrolla debido a que la mucosa del colon contenida en un pólipo existente evoluciona por diferentes causas hasta convertirse en un tumor maligno. Normalmente las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso. Estas células pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Si penetran en el torrente sanguíneo o linfático, pueden extenderse a cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos (metástasis)

El colon y el recto forman parte del sistema digestivo. El colon es la segunda sección de intestino grueso, entre el ciego y el recto. En él se siguen absorbiendo nutrientes y agua de los alimentos que han sido ingeridos, como ocurre en el intestino delgado, y sirve de contenedor para el material de desecho. Este material va avanzando hasta el recto, última parte del intestino grueso, hasta que es expulsado al exterior a través del ano.

El cáncer de colon normalmente evoluciona de forma lenta antes de ser diagnosticado como tal. Antes de que se desarrolle un cáncer suelen aparecer lesiones en el intestino como displasias o como pólipos adenomatosos. El hecho de haber tenido pólipos aumenta la probabilidad de tener en un futuro cáncer.

El cáncer de colon puede crecer de tres formas:

1. Crecimiento local: En este caso el tumor invade profundamente todas las capas de la pared del tubo digestivo. En primer lugar, el tumor maligno crece desde la mucosa, se expande por la serosa y llega a las capas musculares. En el momento que el cáncer traspasa la pared del intestino puede diseminarse a todos los órganos.
2. Diseminación linfática: Cuando el tumor va profundizando en la pared del intestino puede llegar a los órganos utilizando la red de vasos linfáticos que permiten el acceso a múltiples regiones

ganglionares. Una de las características de esta difusión es que se realiza de forma ordenada alcanzando primero a los ganglios cercanos hasta llegar a los más alejados.

3. Diseminación hematológica: Aquí el tumor se sirve del torrente sanguíneo para diseminar las células cancerígenas al hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro, principalmente.

❖ **Causas del Cáncer de Colon**

Aunque no sabemos la causa exacta de la mayoría de los cánceres colorrectales, existen numerosas investigaciones que se están realizando al respecto.

Las principales causas que provocan esta enfermedad son:

Edad: La mayor parte de los casos de cáncer de colon se localizan en personas entre los 65 y los 75 años aunque puede haber casos que se manifiesten entre los 35 y los 40 años. Si se diagnostican antes de esa edad suele deberse a que el paciente tiene una predisposición genética a padecer esta patología.

Dieta: El cáncer de colon parece estar asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra. En este sentido, actualmente se están llevando a cabo numerosas investigaciones.

Herencia: En el cáncer de colon desempeña un importante papel la genética, ya que existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente y predisponga a la persona a sufrir

la enfermedad. Sin embargo, esto puede detectarse y permitir tratar el cáncer de manera precoz.

Historial médico: Se ha demostrado que quienes tienen una mayor predisposición a padecer esta enfermedad son las personas que tienen o han tenido pólipos (crecimiento benigno) de colon o recto, colitis ulcerosa (enfermedad inflamatoria intestinal), cáncer de mama, útero u ovarios.

Parientes de primer o segundo grado que también han tenido cáncer de colon.

Estilo de vida: Existen ciertos factores que dependen del estilo de vida y que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, por ejemplo, la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo.

Los investigadores están comenzando a entender cómo ciertos cambios en el ADN pueden causar la transformación de las células normales en células cancerosas. El ADN es el químico en cada una de nuestras células que porta nuestros genes (las instrucciones sobre cómo funcionan nuestras células). Por lo general, nos asemejamos a nuestros padres porque de ellos proviene nuestro ADN. Sin embargo, el ADN afecta algo más que sólo nuestra apariencia. Algunos genes contienen instrucciones para controlar cuándo nuestras células crecen, se

dividen y mueren. A ciertos genes que aceleran la división de las células o ayudan a las células a vivir por más tiempo se les denomina oncogenes. Otros, que desaceleran la división celular o que causan que las células mueran en el momento oportuno, se llaman genes supresores de tumores. El cáncer puede ser causado por mutaciones (defectos) en el ADN que activan a los oncogenes o desactivan a los genes supresores de tumores. Las mutaciones en varios genes diferentes parecen ser necesarios para que se origine el cáncer colorrectal. Algunas mutaciones del ADN pueden ser transmitidas de una generación a otra, y se encuentran en todas las células del cuerpo. Cuando esto ocurre, decimos que las mutaciones son hereditarias. Otras mutaciones ocurren durante la vida de una persona y no son transmitidas a la próxima generación. Sólo afectan las células que provienen de la célula original que mutó. Estos cambios en el ADN se deben a mutaciones adquiridas. Éstos son los tipos de mutaciones más comunes. Algunos de los mismos genes están involucrados tanto en las mutaciones hereditarias como en las adquiridas. Mutaciones genéticas hereditarias: Se sabe que una pequeña porción de cánceres colorrectales son causados por mutaciones genéticas hereditarias. Ahora se conocen muchos de estos cambios en el ADN y sus efectos en el

crecimiento celular. Por ejemplo, los cambios hereditarios en un gen llamado APC son responsables de la poliposis adenomatosa familiar (FAP) y del síndrome de Gardner. El gen APC es un gen supresor de tumores (normalmente ayuda a mantener el crecimiento celular bajo control). En las personas que tienen cambios hereditarios en el gen APC, este "freno" del crecimiento celular se desactiva, causando que se formen cientos de pólipos en el colon. Con el tiempo, el cáncer casi siempre se forma en uno o más de estos pólipos debido a nuevas mutaciones genéticas en las células de los pólipos. El cáncer de colon hereditario sin poliposis (HNPCC), también conocido como síndrome de Lynch, es causado por cambios en los genes que normalmente ayudan a una célula a reparar un ADN deficiente. Las células deben hacer una copia nueva de su ADN cada vez que se dividen en dos células nuevas. Algunas veces se cometen errores en la copia del código del ADN. Afortunadamente, las células tienen enzimas reparadoras de ADN que actúan como correctoras o "revisoras de códigos". Una mutación en uno de los genes de las enzimas reparadoras del ADN, como MLH1, MSH2, MLH3, MSH6, PMS1, o PMS2, puede evitar que se corrijan algunos errores del ADN. Estos errores algunas veces afectarán los genes reguladores del crecimiento, lo cual puede ocasionar la formación del cáncer. El

TGFBR2 es otro gen asociado al HNPCC que ayuda a regular el crecimiento celular. El síndrome Peutz-Jeghers, el cual ocurre en raras ocasiones, es causado por cambios hereditarios en el gen STK11. Éste parece ser un gen supresor de tumores, aunque su función exacta no está clara. Las pruebas genéticas pueden detectar las mutaciones genéticas asociadas con estos síndromes hereditarios. Si tiene antecedentes familiares de pólipos, cáncer colorrectal u otros síntomas asociados a estos síndromes, puede que usted quiera preguntar a su médico sobre la asesoría genética y pruebas genéticas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda consultar con un profesional calificado sobre genética del cáncer antes de someterse a alguna prueba genética.

En la mayoría de los casos de cáncer colorrectal, las mutaciones del ADN que conducen a cáncer son adquiridas durante la vida de una persona en lugar de haber sido heredadas. Existen ciertos factores de riesgo que probablemente desempeñan un papel en causar estas mutaciones adquiridas, pero hasta el momento se desconoce qué causa de la mayoría de estas mutaciones. Tal parece que no hay una sola vía para cáncer colorrectal que sea la misma

en todos los casos. En muchos casos, la primera mutación ocurre en el gen APC, lo que causa un aumento en el crecimiento de células colorrectales debido a la pérdida de este “freno” en el crecimiento celular. Puede que mutaciones adicionales ocurran en los genes, como el KRAS, TP53, y SMAD4. Estos cambios pueden ocasionar que las células crezcan y se propaguen sin control. Otros genes que aún son desconocidos también están probablemente involucrados.

El desarrollo del cáncer colorrectal viene favorecido por la interacción de diversos factores como la dieta, el estilo de vida y la herencia genética. Dieta La dieta contribuye al desarrollo de cáncer colorrectal, de modo que el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego se han asociado a un mayor riesgo de sufrir cáncer colorrectal. Por otro lado, una dieta rica en fibra, vegetales, fruta y leche u otros productos lácteos parece ejercer un efecto protector. Sin embargo, a pesar de estas asociaciones, todavía no ha sido posible determinar de manera precisa qué alimentos o nutrientes con los principales responsables de ello. Estilos de vida La falta de ejercicio físico, el sobrepeso y la obesidad, el consumo de alcohol y el consumo de tabaco favorecen la aparición del cáncer

colorrectal. Herencia La herencia genética juega un papel importante en el desarrollo de cáncer colorrectal. Así, el cáncer colorrectal hereditario representa hasta el 5% de los casos, y en hasta un 20-25% de los casos existen familiares que han sufrido un cáncer colorrectal, en los que la herencia genética se cree que contribuye a su aparición. Sin embargo, en la mayoría de los casos (70-75%), el cáncer colorrectal es esporádico, es decir, no está causado por alteraciones en los genes heredados de nuestros progenitores y se relaciona con la dieta y el estilo de vida.

❖ **Prevención del Cáncer de Colon**

Aunque no conocemos la causa exacta de la mayoría de los cánceres colorrectales, es posible prevenir muchos de ellos.

Pruebas de detección Las pruebas de detección se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer o pre cáncer en las personas que no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal que se hacen regularmente son una de las armas más poderosas para prevenir el cáncer colorrectal. Desde el momento en que las primeras células anormales comienzan a crecer para convertirse en pólipos, usualmente transcurren aproximadamente de 10 a 15 años para que éstas se transformen en cáncer colorrectal. En muchos casos, las

pruebas de detección que se hacen regularmente pueden prevenir el cáncer colorrectal por completo. Esto se debe a que la mayoría de los pólipos pueden ser encontrados y extirpados antes de que tengan la oportunidad de convertirse en cáncer. Las pruebas de detección también pueden encontrar la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando es altamente curable. Pruebas genéticas, pruebas de detección y tratamiento para personas con antecedentes familiares significativos. El cáncer en los familiares cercanos (de primer grado), tal como padres, hermanos, y hermanas causa más preocupación, aunque también puede ser importante en familiares más lejanos.

❖ **Síntomas del Cáncer de Colon**

El cáncer colorrectal tiene una larga evolución y sus síntomas pueden variar dependiendo de la localización del tumor en el intestino grueso. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad. Sin embargo, estos síntomas no son exclusivos del cáncer de colon y pueden producirse en otras patologías como las hemorroides o determinados trastornos digestivos. Los especialistas recomiendan acudir al médico en cuanto aparezcan para facilitar que el diagnóstico se realice de forma adecuada.

Los síntomas más comunes son:

1. Cambios en el ritmo intestinal:

Los pacientes que tienen cáncer de colon pueden, en algunos casos, tener diarrea y, en otros, estreñimiento. La segunda opción es común en aquellas personas que previamente a la enfermedad tenían un ritmo intestinal normal. Sin embargo, la opción más frecuente es que el paciente sufra periodos de estreñimiento combinados con periodos en los que padece diarrea.

2. Sangre en las heces

El síntoma más frecuente de este tumor maligno es que el paciente presente sangre en las heces. El color de la sangre puede ser rojo o negro. La presencia de la sangre roja se da principalmente cuando la persona presenta tumores de la parte más distal del colon y recto. En el caso de la sangre negra, éste color aparece porque la sangre está digerida y procede de tramos más próximos del colon dando lugar a heces negras que se conocen con el nombre de melenas. Si este síntoma no se diagnostica pronto y el paciente no recibe el tratamiento adecuado puede agravarse y dar lugar a la aparición de una anemia. En estos casos el paciente puede sufrir mareos, cansancio o tener la sensación de que le falta el aire, entre otros síntomas. Aunque a veces la sangre se puede ver en las

heces o causar que estas se vuelvan más oscuras, a menudo las heces se vienen normales. En ocasiones, el primer signo de cáncer colorrectal es un análisis de sangre que muestra un bajo recuento de glóbulos rojos. Con más frecuencia, la mayoría de estos problemas son causados por otras afecciones en lugar de cáncer colorrectal, tal como infección, hemorroides, síndrome del intestino irritable o enfermedad inflamatoria intestinal.

3. Características de deposiciones:

Por otro lado, el enfermo puede detectar que sus deposiciones cambian de tamaño y son más estrechas. Esto se produce porque el intestino se está estrechando. Si los tumores están situados en la parte distal del colon, el paciente también puede tener la sensación de que no se completa la deposición y que la evacuación es incompleta.

4. Dolor o molestia abdominal

Las molestias y los dolores abdominales suelen ser muy comunes. Esto se debe a que el tumor obstruye en parte el tubo intestinal y se produce un dolor y una situación parecida a la de los cólicos. En algunos casos el cierre del tubo puede llegar a completarse y se produce una obstrucción intestinal, en estas situaciones es necesario que el paciente reciba atención médica quirúrgica urgente.

5. Pérdida de peso:

Pérdida de peso sin causa aparente, pérdida de apetito y cansancio constante. Al igual que otras enfermedades relacionadas con el estómago, el cáncer de colon, especialmente cuando se encuentra en un estado avanzado presenta estos síntomas.

❖ **Diagnóstico del Cáncer de Colon**

Cuando existen síntomas que pueden hacer sospechar la posible existencia de una lesión en el colon o en el recto, el médico pedirá una serie de pruebas para determinar el diagnóstico. En primer lugar, elaborará una historia clínica en la que se recojan datos del paciente y posteriormente realizará una exploración física, en la que valorará el estado general de la persona.

Para detectar un cáncer de colon se utilizan varias técnicas:

1. Tacto rectal:

Se realiza habitualmente cuando el paciente refiere alguno de los síntomas anteriormente descritos. El tacto rectal consiste en la exploración manual del ano y parte del recto. El médico se coloca un guante y emplea lubricante para deslizar suavemente el dedo a través del ano y explorar la

zona. Aunque es una prueba incómoda, es importante que sepas que, de forma general, no es dolorosa. Sin embargo, el tacto rectal es insuficiente para llegar a un diagnóstico correcto, por lo que es necesario realizar otros estudios.

2. Sigmoidoscopia:

Es una exploración que consiste en introducir por el ano un tubo que transmite luz e imagen, y que se llama endoscopio. Con él se puede examinar el recto y la parte final del colon (unos 60 cm), y detectar algunos de los pólipos que pudiera haber allí.

3. Colonoscopia:

La colonoscopia es una prueba que permite visualizar la mucosa de todo el colon y el recto a través de un tubo largo y flexible (endoscopio) que se introduce por el ano. Para la realización de la misma es necesario que la persona siga una dieta especial, al menos durante 2-3 días y el día antes de la prueba emplee laxantes, con el fin de que tanto el colon como el recto estén limpios de heces y pueda observarse la mucosa sin impedimentos.

Si durante la realización de la colonoscopia se observa una masa o una zona alterada, se cogerá una muestra de dicha zona (biopsia) para examinarla posteriormente al microscopio; con el fin de determinar si la anomalía se debe

a un cáncer o cualquier otro proceso benigno. En la actualidad, la colonoscopia se realiza en un hospital bajo sedación (el paciente no está dormido, se siente relajado y no percibe dolor), de tal forma que se evitan las molestias producidas por la distensión del tubo digestivo al introducir el endoscopio en su interior. Aunque cada vez es más frecuente la utilización de sedación, puede ser que no se realicen la prueba sedada. En este caso, conviene que pongas en marcha una serie de ejercicios de relajación que reduzcan las molestias producidas por la prueba.

4. Estudio genético:

Si existen antecedentes familiares o se sospecha de la posibilidad de un cáncer hereditario, es aconsejable realizar un estudio genético para detectar anomalías. En caso de existir alteraciones genéticas en la familia, se deben iniciar las exploraciones de colon y recto a una edad temprana (20 años) y continuarlas periódicamente.

5. Enema de bario con doble contraste:

Consiste en una serie de radiografías del colon y el recto que se toman después de que al paciente se le haya aplicado un enema (lavativa) con una solución blanca calcárea que contiene bario para mostrar radiológicamente con detalle el interior del colon y el recto.

❖ **Estadíos o Tipos de escala del Cáncer de Colon:**

a) Según la Clasificación TNM:

En esta se miden los tres aspectos que afectan al cáncer. En primer lugar, la T se refiere al tamaño del tumor primario en el intestino; la N se refiere a la presencia o no en los ganglios linfáticos, mientras que la M atañe a la presencia de metástasis a distancia. Así se distinguen cinco estadios:

Estadio 0 o carcinoma in situ: En esta etapa temprana el cáncer se encuentra en la capa más superficial de la mucosa, no la traspasa y no afecta a los ganglios

Estadio I: El cáncer se ha diseminado a la pared del recto o del colon sin traspasar la capa muscular. En este estadio los ganglios linfáticos tampoco se ven afectados.

Etapa II: El cáncer se ha extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos, que, repartidos por todo el cuerpo, producen y almacenan células capaces de combatir las infecciones. En este estadio el tumor puede invadir los órganos de alrededor.

Etapa III: El cáncer se ha extendido ya a los ganglios linfáticos y a los órganos más cercanos.

Etapa IV: El cáncer ha llegado a otros órganos del cuerpo (principalmente tiende a invadir el hígado, los huesos y los pulmones).

b) Clasificación de Dukes o Astler y Coller:

Esta escala utiliza las letras de la A a la D valorando cuanto profundiza en la pared del colon:

Estadio A: En esta etapa se encuentran los pacientes que tienen una lesión sólo en la mucosa y no afecta a los ganglios linfáticos.

Estadio B1: El cáncer se encuentra en parte de la pared del recto y del colon pero no lo traspasa, ni afecta a los ganglios.

Estadio B2: El tumor se extiende en toda la pared del colon y del recto sin invadir los ganglios linfáticos.

Estadio C: En este nivel el cáncer puede afectar de forma parcial o total a la pared y también a los ganglios linfáticos.

Estadio D: El cáncer afecta a toda la pared y se extiende a órganos más alejados.

❖ **Elección del tratamiento del Cáncer de Colon:**

Tras realizar las pruebas que confirman el diagnóstico el especialista determinará el tratamiento. Como en muchos otros tipos de cáncer, el de colon requiere una terapia multidisciplinar para ofrecer al paciente las mayores tasas de recuperación. Los especialistas decidirán cuál es el tratamiento adecuado en función del estado del paciente, dónde está ubicado el tumor y la fase en la que se encuentra el cáncer.

Además, el especialista valorará si el paciente sufre otras enfermedades que puedan entorpecer el tratamiento. Todo esto implica que cada paciente recibirá un tratamiento que se adapte a sus circunstancias particulares. Los tratamientos más comunes son la quimioterapia y la cirugía.

1. Cirugía:

Mediante una operación en quirófano, se extrae la parte afectada por el cáncer. La cirugía se utiliza en todas las etapas de la enfermedad. De hecho, en el estadio A, es el tratamiento recomendado ya que los especialistas aconsejan aplicar la cirugía en combinación con otros tratamientos.

En esta en fase inicial los especialistas pueden extraer un pólipo mediante colonoscopia para examinarlo y, según los resultados, se extirpará el cáncer y una parte circundante de tejido sano y se extirparán los ganglios de la zona. Otra posibilidad es, tras extirpar parte del colon, realizar una apertura desde el colon hacia el exterior (colostomía), en cuyo caso la persona tendrá que usar una bolsa especial de uso externo donde se recogerán las heces. La colostomía puede ser transitoria o permanente.

2. Radioterapia:

Consiste en aplicar radiación de alta energía sobre la zona afectada con el fin de destruir las células cancerosas. Sólo afecta a la zona en tratamiento y puede aplicarse antes de la cirugía (para reducir el tumor y poder extraerlo más fácilmente) o después de la cirugía (para terminar de destruir las células cancerosas que pudieran haber quedado).

3. Quimioterapia:

Es el tratamiento por el que se administran fármacos con el objetivo de destruir las células cancerosas. Se realiza insertando un tubo en una vena (catéter) por el que se inyectarán los fármacos a través de un sistema de bombeo. Suele administrarse tras la operación quirúrgica.

4. Inmunoterapia:

Consiste en estimular o restaurar las propias defensas inmunitarias del organismo. Para ello se emplean productos naturales o elaborados en el laboratorio.

❖ **Pronóstico del Cáncer de Colon:**

Según los datos de la Asociación Española Contra el Cáncer, aproximadamente el 54 por ciento de los pacientes con cáncer de colon sobreviven más de cinco años. Aunque estas cifras varían dependiendo del estadio. Así, la supervivencia a los cinco años en el estadio A es de entre el

90 y el 92 por ciento; en el estadio B, de entre el 50 y el 75 por ciento; en el estadio C del 25 al 55 por ciento y en el estadio D es menor al 8 por ciento.

Además, en los últimos años, el pronóstico de supervivencia para los pacientes en estadio C con quimioterapia tras la cirugía ha mejorado bastante.

❖ **Efectos secundarios:**

Los efectos secundarios varían según el tratamiento que recibe el paciente, pero la mayoría son temporales. El médico debe informar al paciente sobre los que puedan aparecer.

La cirugía puede provocar dolor y debilidad en la zona afectada y diarrea temporal. Además, si al enfermo se le ha realizado una colostomía puede producirse una irritación de la piel alrededor de la apertura realizada.

La quimioterapia afecta tanto a las células cancerosas, como a las normales y puede producir náuseas, vómitos, caída del cabello (aunque éste siempre vuelve a crecer), diarrea y fatiga.

Por último, la inmunoterapia puede provocar síntomas parecidos a la gripe, como fiebre, escalofríos, debilidad y náuseas.

❖ **Control y seguimiento del cáncer de colon:**

Tras finalizar el tratamiento, el riesgo de reaparición del cáncer disminuye con el paso del tiempo. Durante los tres primeros años es aconsejable realizar revisiones trimestrales. A partir del cuarto y quinto año estas revisiones se pueden espaciar a seis meses y a partir del sexto año se pueden realizar anualmente.

Las pruebas de seguimiento incluyen un cuidadoso examen físico general y un examen rectal más específico, una colonoscopia y análisis de sangre para marcadores tumorales como el antígeno carcinoembrionario (CEA). Si los síntomas o los resultados de las pruebas comunes sugieren una reaparición del cáncer, también pueden hacerse radiografías de tórax, tomografías computarizadas y pruebas de imágenes por resonancia magnética. Ante cualquier síntoma nuevo o persistente, se debe consultar con el médico de inmediato.

Marcadores tumorales:

El antígeno carcinoembrionario (CEA) es una sustancia que se encuentra en la sangre de algunas personas con cáncer de colon. La prueba de sangre del antígeno carcinoembrionario se usa con más frecuencia con otras pruebas para el seguimiento de pacientes que ya han tenido

cáncer y han recibido tratamiento. Esta prueba puede alertar precozmente de la reaparición de un cáncer. El antígeno carcinoembrionario puede estar presente en la sangre de algunas personas que no tengan cáncer de colon. El fumar también puede aumentar los niveles de éste antígeno. Por eso, no puede considerarse como una prueba específica para detectar cáncer de colon.

¿Cómo disminuir el malestar tras realizar las pruebas de diagnóstico?

Aunque las pruebas para diagnosticar el cáncer de colon no son dolorosas, sí pueden resultar molestas para el paciente y llegar a ser difíciles de tolerar en algunos casos. Desde la Asociación Española Contra el Cáncer da estas recomendaciones para ayudar al paciente a pasar las pruebas:

En primer lugar, recomiendan que el paciente vaya acompañado ya que hablar con una persona cercana facilitará que el paciente esté más relajado.

A continuación señalan que el usuario le pida al médico que le explique bien en qué van a consistir las pruebas para evitar que se imagine situaciones.

Antes de realizar las pruebas aconsejan que el paciente realice algún ejercicio de relajación. Además, destacan que es importante que se centre únicamente en lo que está ocurriendo en cada momento. Tras terminar la prueba también aconsejan que el paciente realice algún ejercicio de relajación.

Por último, si está nervioso o presenta ansiedad es recomendable hablar con el médico para comunicárselo y que le recete algún medicamento que pueda mejorar esa situación si lo cree conveniente.

❖ **Ostomía**

La ostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de una estoma abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, y la urostomía para la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos.

Según el Diccionario de Medicina, la ostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, y la urostomía para la orina.

Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos.

❖ Tipos de Ostomía

Según su función

- Estomas de nutrición: son una vía abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.
- Estomas de drenaje: son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
- Estomas de eliminación: Su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.

Según el tiempo de permanencia

- Temporales: realizadas para que, una vez resuelta la causa que las
- Originó, se pueda restablecer el tránsito intestinal o urinario: reconexión.
- Definitivas: son aquellas que, o bien por amputación completa del órgano o bien por cierre del mismo, permanecerán en forma definitiva.

❖ Ostomías digestivas

Colostomía

Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una

salida artificial al contenido obstrucción. Puede ser simple, con una abertura, o doble con las asas proximal y distal abiertas a abdomen; ésta se utiliza cuando el intestino no está completamente obstruido o existe paraplejia. Cuando existe una zona inflamada que produce obstrucción puede hacerse una colostomía temporal para desviar las heces; se vuelve a reponer el asa en su sitio cuando la inflamación desaparece.

La causa más frecuente para la realización de una colostomía es el carcinoma de recto, pero entre las indicaciones de las colostomías se pueden diferenciar entre causas inflamatorias, traumatismos y cuadros obstructivos secundarios a patologías neoplásicas para el mantenimiento del colon en reposo hasta la resolución de una patología aguda; lo que a su vez, va a determinar la temporalidad de la colostomía, en las que distinguimos entre colostomías definitivas, siendo aquellas de carácter permanente, acompañando por tanto al paciente durante toda su vida; y las colostomías temporales, aquellas que se realizan durante la fase aguda de una enfermedad en las que se restituye el tránsito intestinal tras su resolución (García-Sosa & Rodríguez, 2011).

Generalmente, la colostomía es un procedimiento que se realizará de forma meditada y planeada, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada paciente. Sin embargo se pueden presentar diferentes circunstancias que van a precisar de una intervención urgente, siendo las más frecuentes (García-Sosa & Rodríguez, 2011):

- Obstrucción intestinal.
- Hernias incarceradas o estranguladas.
- Neoplasias de colon.
- Adherencias o bridas.
- Síndrome de Ogilvie.
- Tumores de vecindad.
- Enfermedad inflamatoria complicada.
- Diverticulitis cólica.
- Megacolon tóxico.
- Hemorragia masiva.
- Colitis aguda fulminante.
- Perforación.
- Apendicitis aguda.
- Traumatismos abdominales.
- Patología isquémica intestinal.

La clasificación más usada para catalogar las colostomías es la realizada en función de la localización del estoma y el segmento de intestino utilizado para su formación

- **Cecostomía:** Avocación del ciego a la pared abdominal del cuadrante inferior derecho. Su utilización se realiza en las situaciones en las que se necesita una descompresión intestinal.
- **Colostomía ascendente:** Estoma localizado en el segmento ascendente del colon, en la parte derecha del abdomen.
- **Colostomía en asa transversa:** Situada en el colon transversal, su localización se realiza en función de la movilidad de los segmentos del colon, puede encontrarse tanto a la derecha como a la izquierda de la pared abdominal. Se utiliza un tutor rígido sobre el que se apoya el segmento exteriorizado, quedando la parte anterior abierta hacia el exterior, permitiendo la evacuación de la totalidad de la materia fecal.
- **Sigmoidostomía:** Estoma realizado en el sigma. Situado en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen.
- **Colostomía terminal:** Permiten la derivación completa del contenido intestinal mediante la exteriorización del asa proximal, pudiendo quedar la parte distal del colon en el

interior del abdomen como saco ciego o abocado al exterior como una fistula mucosa.

Otro criterio de clasificación es el que se realiza en relación a la continencia de la colostomía, distinguiendo entre colostomías incontinentes, en las que se produce una evacuación continua de las heces a través del estoma; y las colostomías continentales que mantienen la evacuación voluntaria del material fecal y por tanto su almacenamiento mediante la creación de reservorios o el uso de mecanismos protésicos (Tamames & Escobar, 1994).

Ileostomía

Es la exteriorización del Íleon/intestino delgado a la pared abdominal. Las heces producidas en este caso son fluidas y continuas, siendo muy irritantes para la piel por su alto contenido en enzimas proteolíticas. Se construyen mediante un estoma protuberante en forma de botón para evitar el contacto de las heces con la piel periestomal.

❖ Cuidados del paciente ostomizado

Las heces por su composición son capaces de irritar la piel, por lo tanto, el cuidado de la piel de alrededor del estoma es muy importante ya que nos va a garantizar el ajuste y

sellado de las bolsas. Para prevenir irritaciones es importante no raspar, no frotar, despegar los adhesivos con cuidado y cortar el vello con tijeras para evitar las erosiones que se pueden producir con la maquinilla. Además, no se deben usar detergentes fuertes ni desinfectantes, ni alcohol ni permitir que las heces contacten con ella. Cuando la irritación ya se ha producido, lo más importante es que la bolsa asegure el reposo de la piel, sellando bien el estoma y evitando el contacto de las heces con la piel. El sistema de dos o tres piezas, donde el disco pueda permanecer varios días pegado a la piel, suele ser suficiente para curar la irritación.

❖ **Información preoperatoria y marcaje del estoma**

Un principio básico es que nunca debería ir un paciente a quirófano sin saber qué es lo que se le va a hacer. El cirujano ha de informar al paciente de la técnica quirúrgica prevista, así como de la posibilidad de que se necesite realizar un estoma. Siempre que se pueda, la información al paciente por parte del cirujano o del ET debe de iniciarse antes del ingreso hospitalario. De esta forma, el paciente y sus familiares pueden aclarar y resolver las dudas y miedos relativos a la pérdida del control del esfínter, a la anestesia, al dolor, al cambio de la imagen corporal y asumir el alcance

de la intervención, lo que facilitará su adaptación y su colaboración en el proceso. Por ello es necesario, ya desde esta etapa, unos cuidados de enfermería especializados, llevando a cabo una información individual y progresiva de lo que le va a suceder para facilitar la adaptación psicológica, fomentando la comunicación y la interrelación. La experiencia nos muestra que los pacientes informados presentan un mejor postoperatorio y una mejor adaptación a la nueva situación.

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

habitual, se marcará su ubicación tanto de pie como sentado, agachado y tumbado.

❖ **Higiene y cuidados del estoma**

La higiene y los cuidados del estoma deben realizarse cada día, con el objetivo de detectar y prevenir posibles complicaciones tanto del estoma como de la zona periestomal. Antes de comenzar a realizar la higiene del estoma, comprobaremos que tenemos todo el material necesario: bolsa para recoger el material de desecho, dispositivo digestivo, papel higiénico, esponja suave, agua y jabón neutro (sin 10 perfumes), toalla de algodón, tijeras y plantilla adaptada al tamaño y a la forma del estoma. En primer lugar, retiramos el dispositivo y realizamos la higiene con suavidad. Comprobaremos que el nuevo dispositivo se adapta a las características del estoma y se adhiere sin que se formen pliegues. Si el dispositivo es de una pieza se cambia cada día y si es de dos, la base se cambia dos veces a la semana, aunque la higiene se realiza cada día. Durante la higiene el estoma puede sangrar un poco ya que es un tejido muy vascularizado, pero este hecho no tiene mayor importancia y lo normal es que cese enseguida. No se debe utilizar gasas para limpiar el estoma y la zona periestomal, ya que pueden dañarlo.

Se debe también dar la utilización de alcohol, cremas o espráis, ya que pueden dificultar la fijación de la placa y lesionar la zona periestomal. Se debe recortar el adhesivo adecuándolo al tamaño del estoma, sin estrangularlo, evitando que roce con la mucosa, pero sin dejar zonas desprotegidas. Cuando se aprecia que la bolsa tiene pérdidas o está mal pegada, es necesario cambiarla para evitar lesiones en la piel. Si existiera vello alrededor del estoma, recortar con las tijeras o rasurar en la dirección del crecimiento del vello, sin apurar, y sin utilizar depilatorios. Para disminuir el olor en el baño, una vez se haya cambiado la bolsa, se puede encender una cerilla de madera, lo que evitará los malos olores. No se recomienda el secado de la piel periestomal con secador (utilizar una pequeña toalla o servilletas de papel). Cuando el paciente salga de paseo es aconsejable que lleve el material necesario para poder realizar un cambio de la bolsa (incluirá un dispositivo recortado al tamaño del estoma, pañuelos de papel y una bolsa de plástico para tirar después todo a la basura).

❖ **La dieta en un paciente ostomizado**

La dieta es una parte muy importante en todo el proceso, especialmente en el postoperatorio. Una alimentación

equilibrada, saludable y adaptada a los requerimientos energéticos del paciente es fundamental para la recuperación del estado general y la normalización del tránsito digestivo. Como recomendaciones generales, se aconsejan comidas poco abundantes pero frecuentes. Así, se recomienda hacer un mínimo de 6 comidas al día de poca cantidad, según la tolerancia de cada paciente (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y comida ligera antes de acostarse). Además, se aconseja tomar un mínimo de 1,5 litros de líquido al día. Entre las bebidas aconsejadas están las isotónicas, el agua sin gas, las infusiones, el zumo de manzana, la horchata y la fruta licuada. Se desaconseja el café y las bebidas con gas. Los líquidos deben tomarse entre las comidas, de 30 a 60 minutos antes o después de las comidas y no más de medio vaso. En caso de diarrea se ha de tomar un mínimo de 5 vasos de agua diarios para compensar la pérdida de agua, pero repartidos en pequeñas tomas. Se recomienda no consumir los alimentos ni muy fríos ni muy calientes. Las cocciones recomendadas son los alimentos a la plancha, al horno, salteados, hervidos o al vapor. Se debe evitar los alimentos crudos y eliminar las salsas, sobre todo las industriales, los guisos, los rebozados y los fritos.

La ampliación de la dieta y la reintroducción de los alimentos y otras formas de cocción se harán de manera progresiva. Se aconseja introducir sólo un alimento nuevo cada vez (por comida o día) para poder valorar la tolerancia. Dicha tolerancia se comprueba mediante la consistencia y cantidad de las heces y por las flatulencias o la distensión abdominal. Los pacientes portadores de una ileostomía deben ser siempre controlados por la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del hospital. En el caso de pacientes portadores de colostomía, tanto el enfermo como sus familiares deben conocer los alimentos que producen malos olores y que son flatulentos, como las legumbres, la coliflor, las coles de Bruselas, el brócoli, los espárragos, la cebolla, el ajo, los quesos fuertes o el calabacín. Por el contrario, el yogur, la mantequilla y el perejil ayudan a disminuir los olores y los gases. Estos pacientes deben de ingerir suficiente fibra y líquidos para evitar el estreñimiento. En los pacientes portadores de ileostomía la dieta tiene por objetivo disminuir el volumen diario de las heces, evitando que estas sean excesivamente líquidas. Por ello se suele aconsejar una dieta sin residuos y sin lactosa (aunque sin ser demasiado estricta por el riesgo de

conducir al paciente a una dieta deficitaria), recordando la importancia de un buen aporte de líquidos para prevenir el riesgo de deshidratación y de alteraciones electrolíticas como la hipopotasemia, la hipocalcemia o la hipomagnesemia. La boca seca, la disminución de orina o la orina oscura al estar muy concentrada, la sensación de mareo al ponerse de pie, la fatiga marcada o los retortijones abdominales son signos y síntomas que pueden estar indicando un problema de deshidratación. El tiempo de tránsito intestinal varía entre individuos. Si el alimento no se digiere, el paciente debe de saber que los nutrientes no se están absorbiendo adecuadamente, lo que puede acarrear deficiencias nutricionales. Por ello, el paciente debe asegurarse que sus médicos y enfermeras conozcan el tipo de ostomía que tiene y la localización de la misma.

TEORÍA DE ENFERMERÍA SEGÚN DOROTHEA OREM 1984

El presente informe de experiencia profesional se aplicó la teoría de enfermería de Dorothea Orem, en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta

que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud. (6)

Esta teoría es importante porque contribuye a promover el autocuidado del paciente, entendida como la capacidad que tendrá el paciente con colostomía para realizar todas las actividades necesarias para vivir. Este concepto de autocuidado incluye las necesidades físicas, psicológicas y espirituales así como la totalidad de las actividades que el paciente necesita para mantener la vida y desarrollarse de tal manera que su vida fuera normal.

Cuidados de Enfermería para pacientes de Cáncer de Colon

- Vigilancia de signos vitales, dolor, hemorragias, posibles sangrados.....
- Identificación de complicaciones como: obstrucción, infección, retracción o prolapso, irritación de la piel
- Medidas para evitar el estreñimiento o la diarrea
- Mantener al paciente en dieta absoluta hasta indicación médica.
- Si tiene dieta, esta deberá ser líquida (caldos, manzanillas, consomés sin grasa) para disminuir el volumen de las heces.
- Balance hídrico y de diuresis
- Vigilancia y cuidados de "colostomía"

- Cambios posturales
- Apoyo y ayuda emocional al paciente y a la familia
- Información a la familia para llevar a cabo las actividades de autocuidado de la colostomía. (7)

2.3 Definición de Términos.

2.3.1 Cirugía:

Parte de la medicina que se ocupa de curar las enfermedades, malformaciones, traumatismos, etc., mediante operaciones manuales o instrumentales.

2.3.2 Cáncer de colon:

Es una enfermedad que se desarrolla debido a que la mucosa del colon contenida en un pólipo existente evoluciona por diferentes causas hasta convertirse en un tumor maligno.

2.3.3 Cuidados post operatorio:

Tratamiento de un paciente después de la cirugía.

2.3.4 Cuidado de Enfermería

El cuidado del personal de enfermería hacia el paciente con enfermedades de diversas índoles

2.3.5 Ostomía:

Es el procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal, para abocar al exterior los productos de desecho del organismo.

2.3.6 Paciente Ostomizado

Es toda aquella persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (Cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) consecuencia de las anteriores modificaciones.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los datos estadísticos de los anteriores años.
- Recolección de Datos: de los libros de ingresos y egresos.
- Procesamiento de Datos: de los libros de sala de operaciones.
- Folder de programación de actividades.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Desde que culmine mis estudios profesionales, en la Universidad Nacional "Hermilio Valdizán" me presente a un trabajo que en su momento era importante para poder ver las políticas de salud, era

un estudio para Fortaleza 2000, después de este estudio trabaje para un policlínico luego hice el SERUMS en el centro de Salud MAX ARIAS SHEREIBER, seguí trabajando en un policlínico, después de este periodo postule al Hospital EDGARDO REBAGLIATI MARTINS donde laboro desde el año 2002, en un inicio trabaje en el área de Traumatología por espacio de 02 años luego hice unas rotaciones a los servicios de la unidad de Columna y Urología; después de este periodo labore por espacio de 01 año en el servicio de Recuperación post anestésica.

Después se presentó la oportunidad de laborar en el servicio de Cirugía de Colon y desde ese momento vengo laborando hasta la actualidad, donde descubrí la pasión de mi desarrollo profesional, que es esta unidad.

- Descripción del Área Laboral

El Servicio de Cirugía 3 A donde actualmente laboro, está ubicado en el tercer piso ala A del hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, consta de 48 camas hospitalarias y consta de 2 Servicios, distribuidas en 24 camas cada una, siendo el 3 A I Cirugía de Colon recto y ano y el 3 A II Cirugía de Esófago, Tumores Retroperitoneales y Partes Blandas.

Las principales funciones que realizo son las siguientes:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) teniendo en cuenta las necesidades y/o problemas bio-psico-sociales del paciente, como parte del tratamiento, recuperación y rehabilitación.
- Brindar atención con comodidad y confort, directa, oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente de acuerdo a estándares definidos.
- Participar en el reporte de enfermería
- Participar en la visita médica con el equipo multidisciplinario.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

En los años de experiencia laboral que tengo, he podido identificar varios casos donde la observación y el control de funciones vitales es importante y trascendental en la evaluación de un paciente, muchas veces el dolor no es solo el dolor el dolor es muchas veces un signo de alarma.

Cuidados de Enfermería en los Pacientes Post Operados de Cáncer de Colón con Colostomía definitiva en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

PRE OPERATORIO:

- Charla de bienvenida al servicio, al paciente que se hospitaliza, nos identificamos con nuestro nombres y apellidos y portamos nuestro fantoches y le mencionamos el cargo que ocupamos
- Entrega de cartilla de derechos y deberes del paciente.

- Orientación al paciente y familia sobre normas internas de la institución: horarios de visita , entrega de pase para el familiar, informe médico, cuidado de los objetos de valor que traen, útiles de aseo, ropa de dormir.
- Inventario del paciente.
- Identificación del paciente, uso permanente de brazalete en la muñeca del brazo derecho, indicando alergias, riesgo de caídas.
- Prohibiciones: no ingreso de alimentos de la calle, no fumar, no sentarse en la cama del paciente, guardar la compostura debida.
- Apoyo emocional, cuidado de enfermería personalizado.
- Educación permanente sobre la importancia de la higiene corporal, su enfermedad y autocuidado.
- Educación sobre el proceso hospitalario, los cuidados post quirúrgicos y las complicaciones.

POST INMEDIATO:

- Valoración del paciente: nivel de conciencia control de funciones vitales, acceso venoso permeable hidratación, excretas: drenajes orina, valoración del dolor.
- Información sobre la cirugía; sangrado, alergia medicación recibida, reposición sanguínea, expansores de volumen , etc.
- Vigilar las complicaciones postquirúrgicas, sangrado, evisceración.

- Reposo absoluto
- Apoyo emocional.
- Seguridad del paciente. Cama con barandas, timbre a la mano, si tuviera familiar acompañante cerca.
- Educación permanente sobre el cuidado de enfermería al paciente y a la familia.

POST MEDIATO

- Inicio de los movimientos intestinales (flatos; deposición.
- Inicio de la dieta , valoración de la tolerancia
- Asistencia para levantarse al sillón.
- observar la herida.
- Control de funciones vitales.
- Vigilancia de las complicaciones.
- Apoyo emocional permanente.
- Educación sanitaria continúa al paciente y la familia.
- Se cita a los familiares que vivirán con el paciente para que se entrene antes de su alta acerca de los cuidados de la bolsa de colostomía.

ALTA DEL PACIENTE

- Reposo físico.
- No alzar peso no esfuerzos brusco
- Alimentación adecuada.
- Cumplir con la terapia indicada.
- Bañarse con ayuda.
- Ultimo cambio de bolsa realizada por el familiar, supervisado por la enfermera.

Acudir a su cita de control

Acudir a emergencia si presenta:

1. Fiebre.
2. Existe sangrado en abundancia tanto en la mucosa como si se expulsa junto con las heces.
3. El color del estoma se vuelve azulado o negro.
4. Se produce un dolor abdominal agudo acompañado de fiebre.
5. Si no hay deposición ni se expulsan gases en un tiempo mayor al habitual que tiene cada persona.
6. Aparición de pus en el estoma y fiebre.
7. Se produce una debilitación de la pared abdominal que empuja hacia fuera tanto a la ostomía como a la piel de su alrededor (Hernia).
8. Se produce un hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

CONSEJOS PARA ADAPTARSE A LA NUEVA IMAGEN

Para conseguir una buena aceptación de la nueva imagen es aconsejable:

1. Comenzar a mirar la zona afectada de forma indirecta, por ejemplo: mientras estás acostado o sentado, mientras realizas diversas actividades (p. ej. duchándote, cuando te realizas las curas, cuando te vistes). También ayuda la imaginación, dibujos, observación de fotos o de otras personas.
2. Acostumbrarte a tocar la zona y a las nuevas sensaciones que puedes experimentar al mover el cuerpo.
3. De forma gradual ir enfrentándote a distintas situaciones sociales.
4. Recuerda que para estos momentos íntimos están perfectamente indicadas las bolsas mini, con la posibilidad de que además sean opacas, del obturador o de los cubre estoma (siempre que no esté contraindicado).
5. Mantener la piel saludable debemos seguir las siguientes recomendaciones
 - No raspar.
 - No frotar.
 - Despegar los adhesivos con delicadeza.
 - Cortar el vello con tijera o pinzas, no rasurar.
 - No usar alcohol, ni desinfectantes sobre el estoma.

- Y sobre todo intentar que las heces no entren en contacto con la piel.

Cuando la irritación ya se ha producido, existen cremas específicas para curarla, es importante esperar a que se sequen antes de aplicar el adhesivo, para que pegue bien sobre la piel.

Caso/s relevante/s

3.2.1 caso N° 1

En este caso fue de una paciente adulta mayor post operada de cáncer de colon con una anastomosis, en este caso la paciente presenta dolor súbito tipo cólico, se observa abdomen ligeramente distendido, con aumento de la frecuencia cardiaca y polipnea sin llegar a disminuir la saturación, se le coloco el analgésico, media hora después disminuye el dolor pero aun continua la taquicardia y la polipnea, se llama al cirujano para la evaluación de la paciente, es evaluada y le cambian de analgésico, pero por la experiencia que tengo le manifiesto que no es solo el dolor el problema que presenta, bueno me manifiesta que están las indicaciones escritas, se llama al cirujano nuevamente, donde se conversa y le pide una serie de análisis y una TAC, donde se descubre lo que se presumía una dehiscencia de anastomosis.

3.2.2 caso N° 2

En este caso es de un paciente varón con una herida amplia operado de varios días el paciente había presentado fiebre, se le controla las funciones vitales, y se observa la herida con un ligero enrojecimiento, pero al tocar se palpa una zona algo dura y móvil, decido examinar la herida, donde se logra evacuar una secreción purulenta mal oliente, se comunica al cirujano.

3.2.3 caso N° 3

Es un paciente varón de 48 años aproximadamente post operado de cáncer rectal, paciente que se encuentra con una colostomía definitiva, con un drenaje laminar y unas gasas en la parte rectal donde, se observa una secreción purulenta y de mal olor.

Se conversa con el paciente donde se le explica que parte de su recuperación es la deambulación y el baño pero por el temor no lo hacía, se le explica acerca de la colostomía que tiene, como va ser en el futuro como va ser el cambio de las bolsa, acerca de cómo debe de incorporarse a su vida cotidiana y claro que se la pregunta sexual salió, se le explica que la colostomía no funciona cuando no hay un estímulo alimenticio, y se llega a la conclusión que sería mejor en ayunas, así sucesivamente, el paciente se empodera de su proceso y se recupera y la secreción del recto disminuye y cambia el olor.

- Innovaciones – Aportes

El aporte fundamental que se hizo es la educación al paciente y a los familiares para poder convivir con una colostomía.

- se creó un día de semana para la familia, donde se les brinda un apoyo constante.
- Se apertura el consultorio en la sala de examen del servicio 3 A.
- Se capacita al personal del servicio.
- Se consiguió una pasantía en Colombia para 02 enfermeras del servicio.

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

En cuanto a las limitaciones es el factor tiempo ya que toda la actividad educativa que se realiza es fuera del horario de trabajo y aun no es reconocido como una labor fundamental e importante para todos.

Mi experiencia profesional me permite identificar la necesidad de educar y dar un tratamiento adecuado al momento que requiera el paciente, para que se logre su recuperación pronta y sin complicaciones.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

TOTAL DE PACIENTES POST OPERADOS Y FAMILIARES EDUCADOS DEL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO

2014 - 2015

	2014	2015	Acumulado
EDUCACIÓN A PACIENTES	58	70	128
EDUCACIÓN A FAMILIARES	90	128	218
TOTAL	148	198	346

Fuente: Propia

En el cuadro 4.4 vemos que se registra una mayor numero de familiares educados en el año 2016 que en el 2015, en pacientes con cirugía Cáncer Colon y recto.

CUADRO 4.2

EDAD DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO 2014 - 2015

EDADES	2014	2015
40 -49	8	7
50-59	28	27
60-69	52	53
70-79	47	61
80 a +	29	55

Fuente : Oficina de Estadística e Informática HNERM (2016)

En el cuadro 4.1 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de pacientes atendidos en cirugía, siendo el grupo de más de 60 a 79 años representando un 55.7% del total

CUADRO 4.3

SEXO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO 2015

SEXO	M	F
2014	100	64
2015	112	102

Fuente : Oficina de Estadística e Informática HNERM (2016)

En el cuadro 4.2 vemos que los pacientes del sexo masculino registra el 55.4% del total de pacientes atendidos.

CUADRO 4.4

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN CIRUGÍAS EN CÁNCER COLO-RECTAL EN PACIENTES DEL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO 2014 - 2015

	2014	2015	Total
Hemicolectomia Derecha	56	78	134
Transversectomia	4	10	14
Hemicolectomia izquierda	15	21	36
Sigmoidectomia	29	35	64
Protolectomia	2	4	6
Resección Anterior Baja	22	28	50
Resección Anterior Ultra Baja	12	16	28
RAP	24	26	50

Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNERM (2016)

En el cuadro 4.3 vemos que se registra una mayor frecuencia de pacientes con Hemicolectomia Derecha con un porcentaje de 41% del total

CUADRO 4.5

TIPOS DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER RECTO DEL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO 2014 - 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Resección Anterior Baja	33	35,4	35,4
Resección Anterior Ultra baja	30	32,3	67,7
RAP	30	32,3	100,0
TOTAL	93	100,0	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNERM (2016)

En el cuadro 4.5 vemos que se registra una mayor frecuencia de pacientes con Resección Anterior Baja con un porcentaje de 35 % del total.

CUADRO 4.6

**CÁNCER RECTO CON LOCALIZACIÓN DENTRO DE LOS 5CM DEL
MARGEN ANAL SERVICIO CIRUGÍA 3ro "A" DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL PERIODO 2014
- 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No RAP	10	25,0	25,0
RAP	30	75,0	100,0
TOTAL	40	100,0	

Fuente: Oficina de Estadística e Informática HNERM (2016)

En el cuadro 4.6 vemos que se registra una mayor frecuencia de pacientes con Ca recto con localización dentro de los 5cm del margen anal con un porcentaje de 35 % del total

V. CONCLUSIONES

- a. El los cuidados de enfermería en los pacientes operados con colostomía fue muy importante para la recuperación postoperatoria y detección de posibles complicaciones.

- b. La educación acerca de la enfermedad del paciente y sus complicaciones influyen en el autocuidado del paciente durante el período postoperatorio inmediato y mediato.

- c. La educación acerca de los cuidados en la colostomía influyo en el autocuidado que debe conocer el paciente para la alta médica.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Implementar un programa educativo de enfermería para los pacientes operados con colostomía en el Servicio de Cirugía de Colon Recto y Ano del Hospital Nacional E. Rebagliati Martins.
- b. Proponer a la Jefatura de Servicio la solicitud de dotación adecuada de personal de enfermería para la implementación del programa educativo, con la presencia de la enfermera en la educación constante y la integración de la familia al cuidado de la persona.
- c. Por este motivo se sugiere tener una enfermera destinada a este proceso de educación que no esté a cargo de otros pacientes.
- d. Incentivar la capacitación del personal de enfermería en manejo del paciente pos operado de Colostomía en los cuidados y prevención de complicaciones.

VII. REFERENCIALES

1. ANDINA Disponible en: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-en-150-aumentaron-casos-cancer-colon-hospital-essalud-573603.aspx> Consultado el 24 de Octubre del 2016 (1)
2. **ALDEREGUÍA LIMA, Gustavo** artículo "Tumor de Colon Reporte de dos casos y revisión de la literatura". Cuba 2013, (2)
3. **ROSARIO SALAZAR Miriam** artículo el instituto nacional de enfermedades neoplásicas en el control del cáncer en el Perú, 2013 (3) **E. MANRIQUE Javier** artículo Asesoría genética sobre cáncer en el Perú, 2013 (4)
4. **Dmedicina.com** Cáncer de Colon actualizado 15 de setiembre del 2015. Disponible en <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-de-colon.html> (5)
5. **MONOGRAFÍA.COM** Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos90/cancer-de-colon/cancer-de-colon.shtml>, Consultado el 24 de Octubre del 2016 (6)
6. **MONOGRAFÍA.COM** Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos90/cancer-de-colon/cancer-de-colon.shtml>, Consultado el 24 de Octubre del 2016 (7)

7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PATOLOGÍA DIGESTIVA.

Disponible en: <http://enfermeradigestiva.blogspot.pe/2013/01/cuidados-en-cancer-colon-rectal-ostomias.html>. Consultado el 24 de Octubre del 2016 (8)

8. LIBRO DE INGRESOS Y EGRESOS, PROGRAMACIÓN DE SALA DE OPERACIONES del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

ANEXOS

DANDO LA CHARLA DE BIENVENIDA Y LAS RECOMENDACIONES
PREOPERATORIAS.



INICIAMOS LA EDUCACION DEL PACIENTE Y FAMILIAR



DESPUES DE LAVARNOS LAS MANOS NOS CALZAMOS
LOS GUANTES



AHORA VEMOS COMO DEBERIA QUEDAR LA UBICACIÓN
DE LA BOLSA



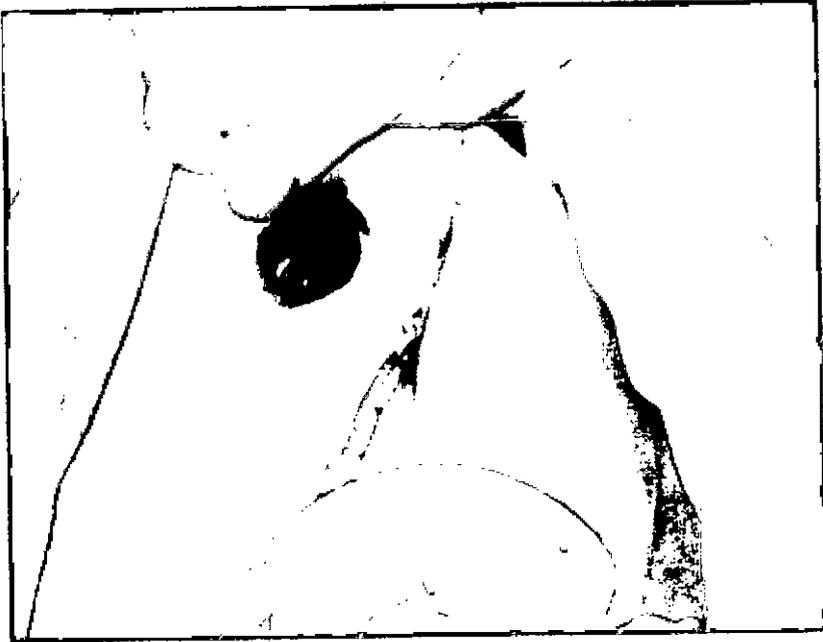
AHORA INICIAMOS EL CORTE DE LA BOLSA



AHORA DESPRENDEMOS LA BOLSA DE ARRIBA HACIA ABAJO Y CUANDO LA PEGAMOS SERA DE ABJO HACIA ARRIBA.



DESPUES LIMPIAMOS LA COLOSTOMIA CON AGUA Y UNA GASA SIN USAR JABON DE PREFERENCIA O USAR UN JABON NEUTRO.



DESPUES LIMPIAMOS LA COLOSTOMIA CON AGUA Y UNA GASA SIN USAR JABON DE PREFERENCIA O USAR UN JABON NEUTRO.

PARTE DEL SERVICIO DEL 3 A DE COLON RECTO Y AÑO



EL EQUIPO DE ENFERMEROS DEL SERVICIO 3 A HNERM.

