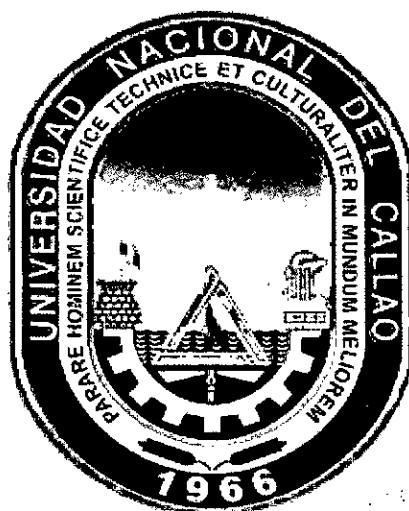


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR DURANTE LA  
PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA  
DEL 3ºA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS AÑO 2015.**

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

**KATY TUESTA GATICA**

*Katy Tuesta Gatica*  
COD 1156

**CALLAO - 2017**

**PERÚ**



## INDICE

	<b>PÁG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>03</b>
<b>I.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>04</b>
1.1.-DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	04
1.2.-OBJETIVO	06
1.3.-JUSTIFICACIÓN	06
<b>II.-MARCO TEÓRICO</b>	<b>08</b>
<b>2.1.-ANTECEDENTES</b>	<b>08</b>
2.1.1.-INTERNACIONALES	08
2.1.2.-NACIONALES	09
<b>2.2.-MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>11</b>
2.2.1.-PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON	11
2.2.2.- ADULTO MAYOR	14
2.2.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	15
2.2.4.-TEORÍA DE ENFERMERÍA IMOGENE KING	16
2.2.5.-COLONOSCOPIA	17
2.2.6.-COLONOSCOPIA VIRTUAL	19

2.2.7.-PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	20
2.2.8.-ANTISEPSIA INTESTINAL	21
<b>2.3.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS</b>	<b>22</b>
<b>III.-EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>27</b>
3.1.-RECOLECCIÓN DE DATOS	27
3.2.-EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
<b>IV.-RESULTADOS</b>	<b>33</b>
<b>V.-CONCLUSIONES</b>	<b>37</b>
<b>VI.-RECOMENDACIONES</b>	<b>39</b>
<b>VII.-REFERENCIALES</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente Informe de Experiencia Laboral cuyo título es: Cuidados de Enfermería al Adulto Mayor durante la Preparación Mecánica de Colon en El Servicio de Cirugía del 3° "A" del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins AÑO 2015. El mismo está basado en la experiencia de los años de servicio donde se brinda atención de Salud a los pacientes con diversas patologías del sistema digestivo en este caso de Colon. Es aquí donde encontramos la gran importancia que tiene para el profesional no solo de Enfermería sino de salud en general, para disminuir la Morbimortalidad durante la Preparación Mecánica de colon para exámenes diagnósticos como es la Colonoscopia, proctoscopia y tratamientos quirúrgicos paliativos o curativos que deteriora aún más la salud de esta población que por el paso de los años sus organismos han sido afectados por diversas complicaciones de salud. El objetivo principal del siguiente Informe Laboral es: Describir los Cuidados de Enfermería al adulto mayor durante la Preparación Mecánica de colon en el servicio en mención, para que sirva de algún modo al que hacer del profesional de Enfermería en este periodo previniendo lo que pudiera suceder, para lo cual hemos considerado iniciar con la Situación Problemática, la justificación continuando con un Marco teórico y que si bien en enfermería no se ha encontrado mayor sustento bibliográfico referido a este tema, en el área médica si se ha encontrado sustento científico la cual detallamos en antecedentes del marco teórico.

He considerado la teoría de Imogene King como la más adecuada ya que se basa en la teoría general, utilizando el binomio Enfermera-cliente para lograr metas y utiliza estas metas para prevenir enfermedades tomando en cuenta el medio interno y externo para referirse a la persona así como también considera la psicología de la conducta humana de Sigmund Freud.

## **I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Se ha observado que la población adulta mayor ha incrementado su expectativa de vida a nivel mundial gracias a los grandes avances científicos y tecnológicos que oscilan entre los 80 años promedio y en este servicio se ha hospitalizado en algunos casos pacientes mayores de 92 años de edad en muy buenas condiciones de salud, pero que en su gran mayoría son portadores de enfermedades cardíacas, pulmonares, renales y metabólicas, a la que se le agrega neoplasias Malignas de colon, con variado porcentaje de Metástasis a hígado y pulmones con un consecuente aumento de la Morbimortalidad. Estos pacientes en su totalidad para ser diagnosticados deben ser evaluados con diversos exámenes diagnósticos tales como: endoscopias altas y bajas, para lo cual deben ser preparados físicamente con la llamada Preparación Mecánica de Colon, y no solo para este proceso sino también previo a una cirugía curativa o paliativa acorde a la patología colonica del paciente tales como: Resección abdominal perianal, colostomía, ileostomía, hemicolectomía, sigmoidectomía, etc. Es así como se ha observado que durante la Preparación Mecánica de Colon se producen desequilibrios y diversas complicaciones de salud en la población adulta mayor de 61 a más años de edad e inclusive con casos contados de algún fallecimiento después que el paciente fue transferido a los servicios de la UCI.(1)

Es precisamente durante estos procedimientos de Preparación Mecánica de colon(PMC) cuando los cuidados de enfermería juegan una gran importancia y que si bien no se están cumpliendo a cabalidad, lo cual no es por indiferencia del personal de Enfermera que los administra, sino por el

desconocimiento del personal que los realiza con algunas consecuencias en el incremento de la morbimortalidad de nuestros pacientes sobre todo adultos mayores a esto se le agrega la falta de personal idóneo ya que muchas veces se envía personal a cubrir nuestras deficiencias con personal ajeno a nuestras prácticas, considerando además que cada paciente es único y trae consigo una historia clínica propia y diferente a cualquier paciente con algunas similitudes como es una enfermedad neoplásica maligna. Se ha podido constatar que en varias oportunidades nos han devuelto pacientes con mala preparación de colon, para ser reprogramados en una nueva cita, como lo demuestra un reporte de la estadística de Enfermería del año 2015 del servicio donde realizan estos exámenes de mala preparación mecánica de colon en un total de 504 casos en todo el hospital E. Rebagliati Martins, lo cual no solo incrementa costos de material, insumos e incremento de estadía hospitalaria sin contar los desequilibrios fisiológicos, metabólicos y anatómicos que se producen en cada paciente adulto mayor,(1)

Peña Soria refiere que El objetivo de la Preparación Mecánica de colon realizadas en pacientes que van a ser intervenidos por patologías Colon rectal es disminuir la incidencia de sepsis. De igual forma nos refiere que esta preparación Mecánica es para la gran mayoría de cirujanos una condición previa a la cirugía colon rectal electiva universalmente aceptada y recomendada, desde que se extendió su uso en la década de los 70 las pautas han variado, reduciéndose los inconvenientes y molestias de su empleo(2).

El internista RIVAS Refiere que la colonoscopia es la Piedra Angular para dar un buen diagnóstico en este tipo de enfermedades y para ello es muy importante obtener una muy buena Preparación Mecánica de colon ya que el colonoscopio debe introducirse con una video cámara y registrar estas zonas por lo tanto se debe usar una diversidad de laxantes que a la larga producen una gran deshidratación y otras complicaciones más aun en el adulto mayor(3)

## **1.2. OBJETIVO**

Describir los cuidados de Enfermería al Adulto Mayor durante la Preparación Mecánica de colon en el servicio de 3° A del Hospital Edgardo Rebagliati Martins . año 2015.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Porque la Morbilidad se incrementa durante la preparación Mecánica de Colon con aumento de posibles fallecimientos, habiendo podido observar , más aun en la población adulta mayor por la ingesta de laxantes, gran cantidad de volúmenes de agua y enemas, que conlleva a sobrecarga de volúmenes de agua por retención de las mismas, que conduce al barrido de la flora de la mucosa gastrointestinal y etc. a quienes ya se hayan aquejados por diferentes cambios anatomofisiopatológicos propios de su edad y enfermedad colonica. El presente informe de experiencia laboral beneficiara no solo al personal de Enfermería a quien le brindara nuestra experiencia laboral de 20 años, sino también a los mismos pacientes participes de preparación mecánica de colon para exámenes diagnósticos y previos a una intervención quirúrgica de colon. La adecuada preparación de



las vías digestivas es esencial para prevenir las complicaciones infecciosas y mecánicas que es lo que se ha observado y lo que nos dice la literatura. Además, redundará en mejores resultados, menores complicaciones pero que en nuestra realidad el 90% aprox. De los pacientes pos operados con y sin preparación de colon reciben tratamiento antibiótico por los cuadros de procesos infecciosos de las heridas operatorias, dehiscencia de anastomosis, evisceración con múltiples intervenciones quirúrgicas a las que se le acompaña un prolongado periodo de hospitalización (1).

Es por esta razón que procuramos poner en claro que es lo que sucede en esta etapa de la vida para disminuir y / o prevenir sufrimientos innecesarios de esta personas adultas mayores que también se pone en riesgo la vida de esta población en donde su fisiología y metabolismo orgánico natural a sufrido cambios principalmente en estas edades.

En el año 2005 Perera Flores G.J. en su trabajo de investigación para Optar grado de especialista en cirugía general nos dice que hoy en día la limpieza para exámenes diagnósticos en la determinación de Cáncer es PRUEBA DE ORO ya que permite realizar colonoscopias con diagnósticos precisos. Desde que se introdujo el uso del aseo cólico en cirugías de colon y recto, se han producido cambios en estas técnicas con el objetivo aumentar su eficacia y disminuir sus efectos colaterales. El método ideal de limpieza del colon debe ser rápido, seguro y conseguir una limpieza adecuada con las mínimas molestias para el paciente (5)

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1.- ANTECEDENTES

#### 2.1.1.-Internacionales

-Ibáñez IA, Álvarez MA. (2016) Preparación Intestinal para Colonoscopia en Pacientes con diferentes Patologías. Objetivo lograr la óptima limpieza del colon mediante los diferentes escalas de limpieza de acuerdo al tipo de problemática de salud del paciente. Metodología uso de la limpieza intestinal según el tipo de patología del paciente haciendo uso de soluciones diferentes, buena limpieza intestinal, bien toleradas en los adultos mayores

Conclusiones Las principales recomendaciones son: -Dieta baja en fibra el día o días antes de la colonoscopia, -Dosificación de la "reparación de forma fraccionada en dos tomas. En los casos de que la colonoscopia se realiza por la tarde alternativamente se puede realizar la preparación en dosis única por la mañana ,Administración de la última dosis del laxante 5 horas antes de la colonoscopia, - El laxante de referencia es de 4 litros de Polietilenglicol , es una alternativa o adecuada es 2 litros de polietilenglicol y ácido ascórbico. En pactes con colonoscopia ambulatoria y baja comorbilidad el bajo picosulfato sódico con oxido de magnesio , - se desaconseja el uso de fosfato sódico en forma rutinaria, - En pacientes con Insuficiencia renal ,enfermedad inflamatoria , diabetes mellitus el laxante recomendado es 4 litros de polietilenglicol o 2 litros de este último con 2 litros de ácido ascórbico, -En grupos de riesgo de mala preparación una intervención educativa presencial o telefónica puede mejorar el cumplimiento de las recomendaciones y la calidad de la limpieza (6).

Peña Soria, MJ. (2008) Preparación Preoperatoria del colon vs. No Preparación en cirugía Colon rectal Electiva, Universidad Complutense de Madrid. Objetivo: Medir y comparar la mortalidad postoperatoria tras cirugía colorrectal electiva realizada por un único cirujano en dos grupos de pacientes: en el primero de ellos se realizará preparación mecánica del colon con polietilenglicol y enemas, en el segundo no. 10#- Medir y comparar la frecuencia de mortalidad postoperatoria en estudios prospectivos aleatorizados en los que se comparan pacientes intervenidos por patología colon rectal de forma electiva, con y sin preparación mecánica del colon, Evaluar la eficacia del empleo de Preparación Mecánica de colon como profilaxis en infecciones en la zona quirúrgica así como las complicaciones derivadas de la dehiscencia anastigmática. Método Es de doble diseño, revisión sistemática de literatura establecer una estrategia sistemática de búsqueda de la información prospectiva y aleatoria, para definir con precisión los objetivos. Inclusión y exclusión de pactes. Población Este hospital presta atención a la población Madrileña englobada en el área 7 de la real Sanitaria del INSALUD población aprox. De 518,285 personas. El 14,9 % de esta población es de 65 años. Se aplica la Inclusión y exclusión. Conclusión La Preparación Mecánica de Colon es uno de los tratamientos realizados de forma rutinaria en la preparación de pactes. Que van a ser sometidos a cirugía colon rectal electiva .su realización se basa más en la tradición que en la evidencia científica. Existiendo mayor riesgo de fallecer en el post operatorio aunque no se ha podido demostrar (7).

### **2.1.2.-Nacionales**

-Chacaltana Mendoza, A. 2008 Revista de Gastroenterología del Perú Estudio comparativo entre Manitol 10% y Polietilenglicol en la preparación para Colonoscopia en pacientes internados en el Hospital Central FAP .Objetivo En búsqueda de otras alternativas para la preparación

colonoscópica en nuestro medio, se decidió comparar la eficacia, seguridad y tolerancia del uso del manitol al 10% con el polietilenglicol en pacientes hospitalizados. Para tal fin, se introdujo la preparación con manitol al 10% sin agente adyuvante (no se cuenta con Bisacodilo en el Petitorio farmacológico de nuestra institución) y se comparó con la preparación colonoscópica estándar realizada con polietilenglicol. **Materiales** Se diseñó un estudio de tipo prospectivo, aleatorizado y simple ciego, evaluándose a todos los pacientes mayores de 18 años de edad hospitalizados en el Hospital Central FAP con indicaciones para colonoscopia electiva desde Junio 2005 a Diciembre 2006. **Conclusiones** La preparación con manitol al 10% es igual de efectiva y segura que el Polietilenglicol, siendo en cambio mejor tolerada y con mejor aceptación que el PEG. El manitol al 10% sería una buena alternativa para la preparación colonoscópica en nuestro medio, en especial para los procedimientos diagnósticos (8).

-Chávez Ferrer, J. **2014.** Comparación de la preparación previa a colonoscopia con bisacodilo mas lactulosa vs polietilenglicol 4 litros a dosis dividida en pacientes ambulatorios de gastroenterología del Hospital Central FAP ..**Objetivo** 1) Conocer la calidad de la preparación colónica con Bisacodilo más Lactulosa en comparación con Polietilenglicol, usando la escala de limpieza de Aronchick en pacientes mayores de 18 años del Hospital Central FAP. 2) Identificar el porcentaje de adecuada e inadecuada preparación colónica con Bisacodilo mas Lactulosa y Polietilenglicol. 3) Identificar cuantos pacientes culminaron o no las preparaciones colónicas de Bisacodilo mas Lactulosa y Polietilenglicol. 4) Identificar los síntomas y hallazgos endoscópicos durante el estudio con ambas preparaciones. **Materiales:** Estudio Observacional de tipo Transversal en el que se comparo dos preparaciones colónicas, una con Bisacodilo más Lactulosa y otra con

Polietilenglicol. de Población Conclusiones La preparación colónica con Bisacodilo mas Lactulosa o Poli etilenglicol proporciona resultados de limpieza colónica similar. Asimismo no se observó diferencia estadísticamente significativa entre efectos adversos en el uso de alguna de las dos preparaciones (9) .

## **2.2.- MARCO CONCEPTUAL**

### **2.2.1.- PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON (PMC)**

Es el procedimiento de salud mediante la cual se limpia el colon y se libera de heces haciendo uso de laxantes tales como polietilglicol, manitol, bisacodilo etc. Y enemas previos a un examen de colon y /o cirugía del mismo.

En este último artículo de Revisión en conjunto los estudiosos José, ROIG. GARCÍA Armengol, Rafael ALOS, nos refieren con respecto al papel de los antimicrobianos está fuera de duda, con estudios contundentes en reducción de morbimortalidad, tras los que se alertó de su necesidad a los cirujanos que solamente empleaban lavado de colon. Sin embargo, la aportación específica de la PMC sin la asociación de otros cuidados peri operatorios no había sido valorada. Una PMC ideal debiera, aparte de limpiar adecuadamente el colon sin dejar un remanente de heces líquidas, ser simple y barata y no producir trastornos ni molestias al paciente. Este método, sencillamente, no existe. Sin embargo, se han empleado muchos: desde dietas sin residuos y enemas hasta laxantes tipo polietilenglicol o fosfato sódico, pasando por el lavado con suero salino a través de sonda nasogástrica o el manitol. Entre los inconvenientes de unos y otros están la necesidad de ingreso, la deshidratación, las náuseas y los vómitos, el

aumento en el volumen circulante, la descompensación hidroelectrolítica, la hiperfosfatemia y el riesgo de explosión, por no citar más que algunos. Además, la ingesta es desagradable y los pacientes, sometidos días atrás a una preparación para colonoscopia, y no raramente a dos si fue incompleta y se precisó otro estudio de imagen, ven con desagrado la necesidad de otra purga. Finalmente, estudios experimentales indican que la PMC puede afectar al colon y dificultar la cicatrización anastigmática. Sin embargo, es necesario considerar que hemos empleado la PMC durante 3 o 4 décadas, mejorando notablemente su técnica y obteniendo, en asociación con la PAB, resultados que mejoran mucho los previos. El hecho es que en dos encuestas efectuadas en 1990 a cirujanos colorrectales americanos, todos la empleaban, al igual que la PAB, mientras que en la década anterior un 15% no usaba esta última. Actualmente, y pese a que el 10% cuestiona el uso de PMC, un 99% sigue empleándola, pero ello no la convierte en un axioma: también muchos continúan dejando drenajes, haciendo anastomosis en doble capa con seda y puntos entrecortados o alimentan a sus pacientes a partir del cuarto o quinto día del postoperatorio (10).

**EN CIRUGÍA DE URGENCIA.-** Investigaciones en el Servicio de Cirugía general y digestiva del Hospital General Universitario de Valencia España en los últimos años nos dicen que sucede en una cirugía de Urgencia. La anastomosis cólica se ha considerado peligrosa debido a la carga fecal proximal, sobre todo en la obstrucción. Sin embargo, la ileocólica es más aceptada por el contenido líquido ileal, y se tiende a realizar una hemicolectomía derecha ampliada o colectomía subtotal buscando, entre otras ventajas, esa anastomosis, el lavado intraoperatorio del colon o la colocación de un student, para evitar la realización de un estoma. Estudios no aleatorizados muestran que la anastomosis sin preparación es segura. Mealy et al en 1988<sup>30</sup> citaban una tasa de fugas del 7% y con menor

mortalidad que cuando se hacía un estoma, posiblemente por un sesgo de selección. En la serie prospectiva y no seleccionada de Naraynsingh et al, sólo 1 de 58 pacientes presentó Dehiscencia de Anastomosis, con mortalidad inferior al 2%, y otros autores mostraron similares resultados, si bien una revisión sistemática de la literatura evidenciaba mejoras si se añadía lavado intraoperatorio. Además, ante perforaciones por heridas de colon se han obtenido buenos resultados con sutura primaria, y un estudio aleatorizado mostró que la colostomía no protege de las dehiscencias, si bien disminuye su gravedad clínica, y una revisión de la literatura halló una tasa de DA del 2,3% en 2.964 pacientes. Todo esto ha ido lentamente orientando la actitud hacia la sutura primaria de las lesiones traumáticas, que se emplea en un 60-93% de los casos, y la resección y anastomosis primaria sin lavado mecánico en la oclusión, e incluso en presencia de peritonitis. La translocación bacteriana, importante en la génesis de infecciones posquirúrgicas, es favorecida por los defectos o ulceraciones mucosas y se la ha hallado en un 65% de los pacientes con cáncer colorrectal. Aunque la Preparación Mecánica de Colon no favorece dicha translocación cuando la barrera mucosa está intacta, aparece tras el lavado peroperatorio en el colon obstruido, y se precisa de estudios para evaluarla en condiciones patológicas." La Preparación Mecánica de Colon induce alteraciones fisiológicas, fundamentalmente deshidratación, cuya corrección exige aporte de líquidos. Holte et al demostraron en voluntarios sanos una disminución en la capacidad de ejercicio, pérdida de peso, aumento de la osmolaridad plasmática y de las concentraciones de urea y fosfato, con hipocalcemia e hipopotasemia tras Preparación Mecánica de Colon basada en fosfato sódico. También evidenciaron que se precisa una ingesta de más de 3.700 ml de líquidos para compensar las pérdidas, lo que hace muy improbable que pacientes ancianos o con comorbilidad acudan en condiciones idóneas a la cirugía. Asimismo, se han descrito recientemente convulsiones e hiponatremia

asociadas a la preparación. Bucher et al han estudiado las alteraciones histopatológicas del colon en un estudio prospectivo aleatorizado y enmascarado para el patólogo, y hallaron tras la preparación con polietilenglicol pérdida muy significativa de moco superficial y células epiteliales, así como cambios inflamatorios severos, lo que respalda observaciones previas. Aunque la inflamación intestinal es un factor de riesgo de dehiscencias, no sabemos si algunos efectos nocivos de la Preparación Mecánica de Colon se relacionan con ellos, nitis purulenta, si bien en esta última publicación sí se empleó lavado. Revisión de conjunto Preparar el colon para la cirugía. Ellos concluyen que la Necesidad real o nada más y nada menos que el peso de la tradición(11).

### **2.2.2.- ADULTO MAYOR**

Según el Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables del Perú del 2013 al 2017 – , Se puede conceptualizar el proceso de envejecimiento de acuerdo a dos dimensiones: el envejecimiento que experimenta la población y aquel que viven las personas. El envejecimiento de la población se define como el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Dicho proceso deriva de la acción combinada de dos elementos fuertemente relacionados entre sí, el demográfico y el epidemiológico: El primero “se refiere a las transformaciones en la estructura de la población, principalmente a causa de la disminución de la fecundidad y la mortalidad”. El segundo, “alude al cambio hacia una menor incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de la incidencia, prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes(12)



Según la OMS "se considera de edad avanzada a las personas de 60 a 74 años de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobre pasan los 90 grandes viejos o grandes longevos y en general a toda persona que sobre pasa los 60 años de la tercera edad (13),

### 2.2.3.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Cuidados y Enfermería palabras que provienen de los verbos en latín **Coidar** que significa cuidar, preservar e **Infirmus** que significa resistente, fuerte respectivamente, esta combinación se vincula y/o asocian para denotar atención y vigilancia; es decir en el que hacer del Profesional de Enfermería que consiste en la aplicación del arte y ciencia al paciente durante la Preparación mecánica de colon, para satisfacer necesidades de salud de quienes se hallan durante esta proceso de limpieza colonica de la manera mas eficaz, ,a corto tiempo y sin mayores complicaciones. Los Cuidados de Enfermería aplicados durante la Preparación Mecánica de Colon(PMC) tienen como objetivos principales Preservar la salud y lograr la limpieza colonica de forma excelente, en el tiempo más corto posible .Esta Preparación Mecánica de Colon se da inicio de la siguiente manera :1.-Un día previo al examen Y/o cirugía de Colon se establece un dialogo previo con el paciente sobre que es lo que se pretende obtener : "Excretas limpias sin restos de deposición tipo Incacola". Se contara con los registros de exámenes de laboratorio de bioquímica y pruebas cruzadas, contando con la indicación y autorización firmada previa, en la historia clínica.

2.-Preparar. Los elementos para el aseo colonico con los llamados laxantes : polietilenglicol que hoy en día es más usado, manitol diluido medio litro en medio litro de agua y el cloruro de sodio al 9 % que hoy su uso está

restringido cuando se tenía que ingerir más de 10 litros día previo al examen y/o cirugía observándose reacciones adversas. .

3.-Podemos decir que esta limpieza se inicia por vía oral con o sin gastroclisis y también es el caso que se hace uso de los enemas por colon y por colostomía siempre y cuando este cuente con zona perianal permeable y/o intestinal a excepción de lleostomía donde este limitado la aplicación de enemas. Se verificarán los registros previamente en la historia clínica.

4.-Durante todo este procedimiento se deberá monitorear al paciente considerando la evidencia de sangrado en excretas y distensión abdominal y dolor como evidencia de obstrucción intestinal así como otras complicaciones( desvanecimientos, caídas, etc.) Deberá administrarse líquidos hidratantes vía endovenosa a manera de reposición a las perdidas, si hubiera la necesidad se solicitara evaluación por un profesional medico especialista.

5.-Ya al finalizar se deberá considerar características de las excretas, peso, perímetro abdominal y complicaciones agregadas tales como edema generalizado, y deficiencias cardiorrespiratorias debiendo ser evaluado por el especialista de la unidad.

#### **2.2.4.-TEORÍA DE ENFERMERÍA IMOGENE KING “**

Es el resultado de todas las teorías existentes hasta este tiempo después de un análisis sobre meta paradigmas, entorno, salud, Enfermería y persona. Esta llamada teoría de consecución de objetivos.

La teoría de King se concentra en las fases de planificación y aplicación del proceso de enfermería. El dúo enfermero/paciente interacciona, establece

objetivos de mutuo acuerdo, estudia la manera de alcanzarlos, realiza transacciones y alcanza los objetivos; se concentra en todas las acciones del proceso de enfermería valoración, planificación, aplicación, evaluación. Dentro de su teoría ella afirma que es la única que ha proporcionado una teoría en la que se incluye las decisiones, las alternativas, la participación de todos los individuos en la toma de decisiones y que trata específicamente sobre los resultados de los cuidados de enfermería

King alberga en su teoría al cliente o persona de alcanzar objetivos que interacciona con la enfermería entorno a su ambiente que lo rodea, definiendo al espacio como el entorno inmediato en el cual interaccionan el Enfermero y el Paciente. Así mismo de manera muy personal examina estudios relacionados con la Precepción : Alport (1955), Kalley y Hammond (1964), Ittleson y Cantril(1954) así mismo uso otros modelos de psicología como los de Sigmund Freud, así como también de Sommer (1969) así como también de Andrey(1966), Minckley (1968) incluye también modelos de comunicación citando estudios de Watzlawick Beavin y Jacjson(1967) y Krieger (1975).

Ella también define a los pacientes como seres Únicos Holísticos, que difieren de sus respuestas humanas con diferentes culturas y que tienen que ser respetadas, además de ser sistemas abiertos dentro de sus entorno(14)

#### **2.2.5.-COLONOSCOPIA**

“La teoría nos dice y se ha podido comprobar que es el método estándar actual para la evaluación del colon y prueba de oro para la detección del cáncer de colon. La precisión del diagnóstico depende de la calidad de la limpieza o la preparación del colon, además de la habilidad o entrenamiento

del profesional que la realizan. La preparación ideal para la colonoscopia debería ser la que logra el vaciamiento del contenido fecal del marco colónico de forma rápida y confiable en su totalidad sin alteración grave o histológica de la mucosa del colon. Esta preparación también no deberá producir ninguna molestia o cambios a nivel hidroelectrolítico en el paciente o efectos sobre la presión arterial o función renal, además que debe tener un bajo costo. Desafortunadamente, ninguna de las preparaciones actuales disponibles cumple todos estos requisitos”(2).

Según el médico Internista Pablo RIVAS nos refiere en su publicación sobre La colonoscopia y Se realiza por medio del colonoscopio, que es un aparato que consiste en un tubo flexible de alrededor de un centímetro de diámetro y de entre 122 y 183 cm de largo. El colonoscopio se introduce por el orificio anal y se puede hacer avanzar por todo el colon. Permite ver el interior del intestino, pues dispone de una cámara de video en su extremo cuya imagen se ve a través de un monitor. Además, el tubo del colonoscopia cuenta con varios canales en su interior por donde se pueden introducir distintos instrumentos, y que permiten realizar pruebas diagnósticas como la toma de biopsias, o incluso realizar tratamientos como la extirpación de pólipos intestinales o tumores. Para realizar una colonoscopia es necesario que el intestino esté bien limpio de restos fecales. Para ello se requiere una preparación del colon por medio de unos laxantes que se toman por vía oral o por medio de enemas. Estas sustancias se administran durante el día o los dos días previos a la realización de la prueba y producen una diarrea abundante, con lo que se consigue limpiar el colon (3).

Según Pablo Rivas nos pone en claro cuáles serían las razones para realizar una colonoscopia :

Los motivos más frecuentes por los que se puede solicitar la realización de una colonoscopia son los siguientes (3) :

- Como prueba de cribado del **cáncer de colon**.
- Especialmente en aquellas personas con antecedentes familiares de un cáncer de colon o en mayores de 50 años.
- Como estudio de episodios de sangrados por el recto (rectorragias) o tras la aparición de sangre en las heces.
- Para estudiar una diarrea crónica.
- En casos de **anemia ferropénica** (por falta de hierro) cuando se sospecha que se debe a un sangrado crónico por el colon.
- En casos de pérdida de peso inexplicada y brusca que pueda hacer sospechar un cáncer de colon.
- Para estudiar con más detalle alguna alteración que haya aparecido en otra prueba que examina el colon llamada enema opaco.
- Para diagnosticar y controlar una enfermedad inflamatoria intestinal como la **enfermedad de Crohn** o la **colitis ulcerosa** (3).

#### **2.2.6.-COLONOSCOPIA VIRTUAL**

Según la Asociación Española Colorectal 12 la Colonoscopia virtual por TC ¿Es la colonoscopia virtual por TC la técnica de elección en el diagnóstico del cáncer de colon? ¿En qué casos está indicada? 7 Entendemos por colonoscopia virtual por TC el estudio del colon y del recto mediante la realización de finas secciones de corte en Tomografía Computarizada y el

estudio de estos datos mediante imágenes en dos y tres dimensiones. Se trata de una exploración mínimamente invasiva que no requiere sedación ni analgesia. Los resultados de 2 meta análisis recientemente publicados indican que la especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de pólipos entre 6-9 mm y mayores de 1 cm. es lo suficientemente elevada como para plantear la colonoscopia virtual por TC como una técnica alterna colonoscopia convencional; así en pólipos de tamaño de 6-9 mm. la sensibilidad de la técnica oscila entre 70-86%, y la especificidad entre 86-93%; y para los pólipos de más de 9 mm la sensibilidad y especificidad oscilan entre 85-93% y el 97% respectivamente; en los pólipos de <6 mm no se logran resultados fiables. Sin embargo, no puede sustituir a la colonoscopia convencional en el diagnóstico de CCR por la imposibilidad de la toma de muestras para el estudio anatomopatológico Se recomienda su realización en pacientes con sospecha o diagnóstico de CCR por colonoscopia convencional, en los que ésta no haya podido llegar hasta ciego (7).

### **2.2.7.-ANTISEPSIA INTESTINAL**

En la cátedra de NERDER sobre infecciones post operatorias nos dice que : una forma de profilaxis antimicrobiana que emplean los cirujanos, para disminuir la incidencia de complicaciones infecciosas, después de cirugía colorectal. Reduce la flora intestinal normal de manera que hayan menos microorganismos en el intestino grueso que puedan llegar a los tejidos estériles. Se administran antibióticos específicos por vía oral, se realiza lavado mecánico por enemas, a veces adicionadas de antibióticos, se dan laxantes y muy frecuentemente se administran antibióticos y quimioterápicos por vía endovenosa en el preoperatorio y durante la operación (15).

## 2.2.8.- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Según Luis Noriega La profilaxis antibiótica médica se define como el uso de un agente antimicrobiano antes de que un microorganismo patógeno tome contacto con el individuo, durante ese contacto o muy poco después. Esto se extiende al uso del agente antimicrobiano para evitar que un microorganismo de residencia previa en el organismo, a veces prolongada, como producto de un deterioro transitorio o permanente de la inmunidad, se active y produzca enfermedad. Es lo que ocurre con la tuberculosis, con algunos hongos, con el *P. Carinii* y otros. Tradicionalmente, se separa la profilaxis antibiótica en profilaxis quirúrgica y profilaxis médica. Hoy nos abocaremos principalmente a la profilaxis médica, que tiene ciertas diferencias con la quirúrgica. La primera diferencia es que la profilaxis antibiótica médica está destinada a prevenir la infección sólo por un microorganismo patógeno. En la medida en que se la trata de extender a un mayor número de patógenos diversos, va perdiendo eficacia, como sucede en la profilaxis de infecciones urinarias (ITU). Esta situación es diferente de la que se plantea con las estreptococias, en que se pretende atacar a un agente con sensibilidad conocida. Por supuesto que para poder usarla, el microorganismo debe ser sensible al antimicrobiano y su beneficio debe ser mayor que los riesgos que conlleva el uso de cualquier antimicrobiano. La lista de las diversos cuadros en los cuales se suele plantear el uso de profilaxis antibiótica es la siguiente: Tuberculosis – Enfermedad reumática – Meningitis meningocócica – Infección urinaria – Influenza – ETS – Diarrea del viajero – Celulitis recurrente – Coqueluche – Endocarditis infecciosa – Infecciones en prótesis – Malaria – Mordedura animal – Fístula de LCR post trauma – Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) del cirrótico – Paciente crítico – Infecciones por *Streptococcus* Grupo B (SGB) neonatal – Infecciones en inmunodeprimidos – Infección VIH neonatal.

En algunas de estas situaciones, la utilidad de la profilaxis se afirma en un cuerpo de información bastante sólido; en cambio, en otras, al revisar la literatura sorprende encontrar que están basadas en experiencias superficiales de algunos trabajos publicados. Tradicionalmente, las que suelen revisarse y analizarse más son las que están en los primeros lugares de la lista, como la TBC, la enfermedad reumática y la meningococia. Me voy a referir a algunas, de las que menos se habla y que podrían ser de interés. OTICA (16).

## **2.3.-DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **2.3.1.-LAXANTE**

Un laxante es una preparación que se usa para provocar la defecación. Son un producto que, generalmente, se utilizan para tratar el estreñimiento. Existen diferentes tipos de laxantes. Los estimulantes, lubricantes y suavizantes de heces sirven también para evacuar el colon para poder realizar exámenes rectales e intestinales. Pacientes de anorexia y bulimia suelen abusar de los laxantes como un mecanismo para bajar de peso. El consumo excesivo puede provocar graves problemas como parálisis intestinas, síndrome irritable de intestinos y pancreatitis. Pueden ser suministrados por vía oral o en forma de supositorio (17).

### **2.3.2.-POLIETILENGLICOL**

La solución electrolítica de polietilenglicol se usa para vaciar el colon (intestino grueso) antes de una colonoscopia (examen del interior del colon para buscar cáncer de colon y otras anomalías) o un enema de bario (un



examen en el que el colon se llena con un líquido y luego se toman rayos X) para que el médico tenga una vista clara de las paredes del colon. La PEG-ES pertenece a una clase de medicamentos llamados laxantes osmóticos. La solución actúa causando diarrea para que se puedan vaciar las heces del colon. Además, también contiene electrolitos para evitar la deshidratación y otros efectos secundarios graves que pueden ser causados por la pérdida de líquidos en el proceso de vaciado del colon (18).

### **2,3,3.-MANITOL**

El manitol, como todos los polioles, es un hidrato de carbono poco digestible que se absorbe solo parcialmente y no se metaboliza en el intestino delgado. En la parte inferior del tracto digestivo, las bacterias colónicas metabolizan una parte de la porción que no se absorbe. En algunas personas, esto puede provocar heces más blandas o más gases intestinales de lo normal, como ocurre con ciertos alimentos con hidratos de carbono complejos, como los porotos o las pasas.

La respuesta de una persona a los hidratos de carbono poco digestibles varía dependiendo de factores individuales como la cantidad y la frecuencia de consumo. La reglamentación de la Administración de Fármacos y Alimentos de EE. UU. Exige que se incluya la siguiente declaración en la etiqueta de los alimentos cuyo consumo razonablemente esperable pueda devenir en la ingesta diaria de 20 gramos de manitol: “El consumo excesivo puede tener un efecto laxante”. El manitol se utiliza en las comidas en muy pequeñas cantidades, por lo que las pocas personas que podrían ser sensibles no suelen tener problemas si aumentan su consumo de hidratos de carbono poco digestibles gradualmente(19).

### 2.3.4.- CÁNCER

GUYTON refiere que es el producto de las activaciones de una Mutación o activación anormal de genes que controlan el crecimiento celular así como la mitosis. Estos genes anormales son llamados Oncogenes y se ha llegado a descubrir más de 100 tipos. En estas células también existen Anti oncogenes que suprimen la activación de oncogenes específicos siendo así que la pérdida de la inactivación de los antiooncogenes puede permitir la activación de los oncogenes y dar lugar al cáncer

Solo una minúscula fracción de células que Mutan en el cuerpo pueden originar cáncer por razones diferentes :

- 1.-Las células Mutadas tienen una capacidad de supervivencia menor que las células normales.
- 2.-Solo algunas células que Mutaron se volvieron cancerosos por que estas mismas pueden seguir teniendo capacidad de retroacción normales que evitan que evitan su crecimiento excesivo.
- 3.-Estas células cancerosas suelen ser destruidas por el sistema inmunitario del cuerpo antes de su crecimiento en cáncer, esto sucede cuando las células mutadas producen en su interior proteínas anormales debido a la presencia de genes alterados; estas proteínas estimulan a que el sistema inmunitario del cuerpo, apareciendo anticuerpos o linfocitos sensibilizados contra las células cancerosas y que las destruyen. Las personas cuyos sistemas inmunitarios están suprimidos por algún efecto farmacológico inmunosupresor tras un trasplante renal o cardiaco tienen mayores probabilidades de desarrollar cáncer.

4.-En el inicio del cáncer suele ser necesario a la vez varios oncogenos activados diferentes. Uno de estos genes por Ejm. podría estimular la reproducción rápida de una línea celular, pero no se produciría el cáncer debido a la ausencia de un gen mutante simultáneamente imprescindible para formar los vasos sanguíneos necesarios.

Los genes alterados radica en la increíble precisión con que se replican las hebras cromosómicas del ADN en cada célula antes de la mitosis .Además el proceso de corrección corta y repara cualquier hebra de ADN anormal antes antes de permitir que se produzca el proceso mitótico.

La probabilidad de las mutaciones puede multiplicarse cuando una persona se expone a ciertos factores químicos, físicos, o biológicos. Algunos de estos podrían ser :

1.-Las radiaciones ionizantes como los rayos X, rayos gamma, y las radiaciones de partículas procedentes de sustancias radioactivas e incluso la luz ultravioleta estos iones que estas producen pueden romper hebras de ADN dando lugar a muchas mutaciones.(23)

2.-Sustancias químicas tales como el Tabaco que producen mutaciones y los derivados de anilina.

3.-Los irritantes Físicos pueden dar lugar a cáncer, como la abrasión mantenida de los revestimientos del tracto intestinal por diversos tipos de alimentos . El daño tisular da lugar a una rápida sustitución mitótica de las células. Cuanto mas rápidas son las mitosis mayor será la posibilidad de mutación. directa

4.-Se ha encontrado que el factor hereditario tiene una fuerte tendencia a desarrollar el cáncer por las razones de dos o mas genes que ya se hallan mutados del genoma humano.

5.-En animales de laboratorio determinados virus pueden producir ciertos tipos de cáncer, como la leucemia. Esto se debe ocasionalmente a cualquiera de las siguientes .En el caso de los virus ADN , la propia hebra del ADN. Se puede insertar directamente en uno de los cromosomas y provocar de este modo la mutación que da lugar al cáncer. En los casos de los virus ARN algunos de ellos transportan una enzima denominada Transcriptasa inversa, que transcribe el ADN a partir del ARN .El ADN así transcrito se inserta en el genoma de la celular animal dando lugar al cáncer

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las fuentes de datos fueron los mismos pacientes antes, durante y posterior de iniciado La Preparación Mecánica de colon con controles de funciones vitales, toma de muestras de sangre antes y después de la Preparación de colon, controles de peso así como evolución de signos y síntomas de alguna alteración orgánica

Se utilizó la entrevista personal, la Historia Clínica para obtener información de antecedentes patológicos, tratamientos previos y exámenes auxiliares de laboratorio y radio imágenes.

#### **3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Mi experiencia Profesional es producto de 20 años de labor en el servicio de cirugía 3°A , como enfermera asistencial y en algunas oportunidades como coordinadora y/o Subjefe de servicio, donde se administra la llamada Preparación Mecánica de Colon que es considerada la Piedra Angular para diagnosticar enfermedades oncológicas del colon y se ha podido observar y convivir paso a paso este proceso incluyendo en el pre y postoperatorio de cirugía de colon y/o vías digestivas; antes de continuar en lo referente quiero poner en claro que "cada Paciente es un ser Único y especial" y si bien existen semejanzas cada cual tiene una característica propia que lo hace diferente a otros pacientes.

Oliveira en la revista Hospital nos refiere y bajo nuestra propia experiencia La optimización de la preparación del paciente es una consideración importante cuando se realizará una colono grafía ya que la presencia de grandes cantidades de materia fecal residual o fluidos en el colon puede comprometer seriamente los resultados del examen. Aunque los residuos de fluido en el colon generalmente no son un impedimento para la colonoscopia pues el líquido puede ser aspirado con el colonoscópico, durante la colono grafía, si hay mucho líquido presente, lesiones clínicas importantes, como pólipos o neoplasias pueden no ser identificadas con el paciente en posición supina o prona. Por lo tanto, se deben realizar todos los esfuerzos necesarios para mantener el colon limpio y seco durante la evaluación

La preparación de las vías digestivas bajas es más compleja. Para los procedimientos quirúrgicos la preparación del intestino puede ser mecánica, mediante el uso de diversas soluciones y química, con la administración oral de antibióticos. La preparación mecánica busca disminuir las heces presentes en la luz intestinal antes de la cirugía, y el uso de antibióticos, persigue reducir concentración intraluminal de bacterias y alcanzar niveles adecuados de fármaco en los tejidos para contrarrestar cualquier contaminación durante la cirugía (4).

Hay muchos métodos para la preparación mecánica del intestino. Sin embargo, es esencial valorar su seguridad, efectos secundarios, costo y calidad de la limpieza, así como también, la facilidad de administración y las molestias que ocasionan al paciente. Siempre, es indispensable seguir las indicaciones del fabricante en cuanto a la dosis y contraindicaciones para la optimizar la aplicación de los métodos mecánicos. Desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, la administración debe ser fácil, segura, eficaz, bien tolerada por los pacientes, costo-efectiva y con mínimos efectos secundarios. El empleo de métodos mecánicos se contraindica en

insuficiencia renal grave, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad intestinal inflamatoria aguda, y cuando hay sospecha de oclusión o pseudo-occlusión intestinal de investigación (4).

Es por esto que a continuación detallamos lo siguientes :

1°.- Al inicio de la preparación de colon se debe contar con la cita previa y la indicación de dicha preparación en la Historia Clínica por escrito; así como también con la autorización firmada del paciente y/o familiar directo del paciente. Contando además con resultados de laboratorio de perfil bioquímico, hemoglobina, grupo sanguíneo etc.

2.- El día previo al examen de colonoscopia y/o cirugía de colon se dará inicio a la preparación de colon explicándole al paciente lo que se pretende obtener: "excretas limpias sin restos de deposición tipo Incacola" iniciando la limpieza colonica de arriba hacia abajo vía oral, debiendo considerar si el paciente es o no portador de colostomía e ileostomía temporal o permanente, las dimensiones restantes del intestino a nivel del ano y si se halla cerrada la luz intestinal por las dimensiones del tumor intestinal y/o previa cirugía. Se deberá tener en cuenta la permeabilidad intestinal al momento de la aplicación de los enemas, estando restringidas en los pacientes portadores de ileostomías, teniendo en cuenta la aplicación de los llamados micro enemas con diversas restricciones.

Se les presento las sustancias liquidas a ingerir por vía oral : polietilglicol diluido en 4 litros de agua ,en algunos casos se utilizó manitol diluido en medio litro de agua destilada así como en algunos casos solución salina hasta evidenciar excretas libres de heces (aprox. 8 a 10 litros) , , este último hoy en día restringido por sus efectos adversos años anteriores observados.

3° Así mismo se les menciono que para la limpieza del colon en su parte inferior se utilizaría aproximadamente. 3 enemas completo por el recto o colostomía, de igual forma para los portadores de ileostomía solo se usaría en la zona baja del recto los llamados Micro enemas de agua destilada con suero fisiológico con una frecuencia de 2 a 3 veces por día previo a la cirugía o examen diagnóstico. En este caso no se administra enemas por ileostomía, pero si un micro enema por recto de tal manera que se permeabilice esta zona previa a la cirugía de restitución de tránsito intestinal

4° El grupo de pacientes de estudio fueron pacientes adultos mayores que oscilaban entre las edades de 61 a más años de edad ya que la expectativa de vida se ha podido evidenciar a aumentado y por sobre todo se eligió esta población debido a que a esta edad el organismo humano se halla más deteriorado con enfermedades previas, pero esto no libera a la población adulta joven de las neoplasias malignas ya que hemos tenido casos contados con este mal de muy mal pronóstico que hoy no es nuestro tema.

5° En algunos casos sobre todo en adultos mayores fue necesario ser evaluados por descompensación cardio pulmonar y/o renal con sobrecarga de volúmenes de agua los cuales fueron medicados y en algunos casos se tuvo que suspender la preparación Mecánica de colon en porcentaje mínimo..

6°.-En algunas ocasiones se utilizó gastroclisis con sonda nasogástrica a goteo rápido a mas 300ml/hr. Que en algunos casos funciono muy bien, pero en otros casos se tuvo que suspender por dolor intenso y obstrucción intestinal acompañado de sangrado activo.



7.- En algunas ocasiones tuvimos la necesidad de preparar a los pacientes con varios días de anticipación (3 a 5 días) que consistía en dieta líquida amplia laxantes vía oral (bisacodilo y/o luctuosa), enemas etc. culminando en óptimas condiciones persuadiendo al paciente a contribuir en su preparación de Colon.

8.-Entre los casos de morbilidad contamos con un caso de neumonía espirativa en una paciente con deterioro neurológico adulta mayor, la misma que se resolvió con tratamiento oportuno y eficaz.

9.-Así mismo se contabilizo una mortalidad entre los 258 pacientes, quien inicio preparación Mecánica de colon en nuestro servicio, fue transferida al servicio de UCI del 2° C falleciendo en ese servicio tras una complicación muy grave.

10.-Se ha podido evidenciar en algunas oportunidades obstrucción intestinal que se sobre agrega a la ya existente, cursando con episodios de dolor intenso y distensión abdominal, sin evidencia de excretas por recto.

11.-Detectadas estos episodios de complicaciones a sido muy importante solicitar evaluación médica dada la gravedad del caso Y/O decidir la suspensión de la Preparación Mecánica de Colon decidiendo por las medidas correctivas.

12.-El día la cirugía sobre todo y de la misma manera de la colonoscopia se reporta verbalmente y por escrito en la historia clínica todo lo acontecido si existe evidencia de una buena preparación mecánica de colon como es la eliminación de excretas sin restos fecales líquidos claros "Tipo Incacola".

14.-Se ha podido contar algunos casos en los cuales dado el estado de desequilibrio orgánico posterior a la preparación mecánica de colon que se suspenden cirugías aproximadamente en 2% del total de los programados, específicamente en los adultos mayores de 91 años.

## V.-RESULTADOS

### CUADRO N° 5.1

#### PACIENTES ADULTOS MAYORES CON REQUERIMIENTO DE PMC. SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL 3°A° CIRUGÍA HOSP. NACIONAL E, REBAGLIATI M. AÑO 2015.

EDAD	SEXO		TOTAL	%
	M	F		
61 a 70 años	54	37	91	35.27
71 a 80 años	51	41	92	35.65
81 a 90 años	43	19	62	24.03
91 a más años	02	11	13	5.05
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>108</b>	<b>258</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos obtenidos de los libros de registros de ingresos y egresos de pacientes hospitalizados en el 3°A° cirugía del Hospital Nacional E. Rebagliati M. año 2015

INTERPRETACIÓN.-En este cuadro podemos observar que el mayor grupo de edad esta dado entre los 71 a 80 años con un 35.65 % , seguido de un 35.27 % en las edades de 61 a 70 años, y con un valor muy reducido en pacientes mayores de 91 años, contados solo 2 pacientes varones así como 11 casos de mujeres siendo ambos grupos portadores de enfermedades neoplásicas con requerimiento de Preparación Mecánica de colon bien para colonoscopia o previo a una cirugía.

CUADRO N° 5.2

**TIPO DE CIRUGÍA EN EL ADULTO MAYOR CON PMC. SEGÚN SEXO  
EN EL SERVICIO 3"A" CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL E.  
REBAGLIATI MARTINS AÑO 2015**

TIPO/CIRUGÍA	SEXO		TOTAL	%
	M	F		
RESEC.ABD.PERIA.	09	05	14	5.42
RESEC.ANT.ULT.B.	16	09	25	9.68
COLECTOMIA	12	16	28	10.85
HEMICOLECTOMIA	32	32	64	24.80
REST.TRANS.INTEST.	17	11	28	10.85
SIGMOIDECTOMIA	28	22	50	19.37
COLOSTOMÍA	19	21	38	14.72
PROCTOCOLECTOM.	08	01	09	4.31
TOTAL	141	117	258	100

Fuente: Datos obtenidos de los libros de registros de programación de Sala de Operaciones del Servicio de Cirugía 3 "A" del hospital nacional E. Rebagliati Martins año 20015.

Interpretación.-En este cuadro podemos apreciar que se ha tomado como característica principal el tipo de cirugía de colon donde las Hemicolectomías destacan con un 24,80 % seguido de sigmoidectomía con un 19.37 % y en 3er. Lugar las colostomías que casi siempre se dan en las cirugías anteriores o simplemente como una cirugía paliativa a una neoplasia avanzada con un 14.72 %.Con respecto a la Restitución de tránsito intestinal se da en un 10.85 % , en el cual tras un periodo del corte del tránsito intestinal por alguna cirugía paliativa o curativa (Colostomía e lleostomía) se restituye el tránsito intestinal en su forma más natural. Todas estos tipos de cirugías están referidas a un determinado tipo de cirugía intestinal en pacientes portadores de enfermedad neoplásica maligna y/o tumores intestinales los cuales requieren salvo algunas excepciones la llamada Preparación Mecánica de Colon (PMC).

CUADRO N° 5.3

**DESEQUILIBRIO ORGÁNICO SEGÚN TIPO DE SOLUCIÓN PARA PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON AÑO 2015**

TIPO DE DESEQUILIBRIO	SUSTANC. PARA PMC.		CLORURO DE SODIO	%
	POLIETILGL I.	MANITO L		
NAUSEAS / VOMITO	10	10		10.25
DOLOR ABDOMINAL	10	15		12.82
OBSTRUCC, INTESTINAL	08	10		9.23
SANGRADO RECTAL	06	12		9.23
CEFALEA/HIPERTEN SI.	10	15		12.82
CALAMBRES/HIPOGL IC	10	15		12.82
DEBILIDAD MOTORA	10	08		9.23
CONVULSIONES	01	-		0.51
DISNEA	05	02		3.58
DESHIDRATACIÓN	08	20		14.35
TAQUICARD./HIPOTE S.	05	05		5.16
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>112</b>		<b>195</b>

Fuente: Los datos obtenidos en el cuadro presente son los obtenidos de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del 3°A del Hospital Nacional E. Rebagliati Martins.

Interpretación : Aquí podemos observar claramente que la preparación de colon con cloruro de sodio AL 9 % ya no se está administrando por lo dañino, hace varios años con lo cual era necesario la ingesta de mas de 10 litros sobre todo desde que apareció el Polietilenglicol los cuales se disuelven en 4 l. de agua donde hay evidencias claras de mejor tolerancia a esta sustancia, pero si usamos Manitol con medio litro diluido con agua destilada .Podemos observar desequilibrios variados. El 24.42 % de una totalidad de 258 pacientes adultos mayores no evidenciaron problema alguno, notando además que es común ver deshidratación que debe ser corregida con suplementos hidroelectrolíticos Con un 14.35% de un total de 195 pacientes afectados, seguido de 12.82% en casos de calambres e hipoglicemias , y con un 9.23 % encontramos al sangrado rectal y debilidad motora esta última relacionada a hiponatremia e hipocalcemia, terminar con un 9.23% de casos con sangrado en excretas vía rectal principalmente.

CUADRO N° 5.4

**PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON PARA EXÁMENES  
DIAGNÓSTICOS DE ENERO A JUNIO DEL 2015**

MES	COLONOSCOPIA	PROCTOSCOPIA	PROCTOCO LANGIOGRAFIA	TOTAL	&
ENERO	4	2		6	9.52
FEBRERO	5	3		8	12.69
MARZO	3	2		5	7.93
ABRIL	6	2		8	12.69
MAYO	10	8	1	19	30.15
JUNIO	8	8	1	17	27.02
TOTAL	36	25	2	63	100

Fuente: Estos datos fueron obtenidos de la Programación diaria de Enfermería para exámenes diagnósticos en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del 3°A cirugía del Hospital nacional Edgardo Rebagliati M.

Interpretación : Durante estos 6 meses se practicaron un total de 36 colonoscopias, para lo cual se aplicó la Preparación Mecánica de colon con un día previo al examen; de igual forma para las proctoscopias en algunos casos si fue necesario el uso de Preparación Mecánica de Colon (PMC) ya que el medico días previos lo considero necesario, así como también en el caso de procto angiografía. Durante estos procedimientos no se llegaron a reportar mala preparación de colon, concretándose el examen con su respectiva biopsia sin mayores complicaciones. En este proceso al 100% se utilizó hidratación vía parenteral.

## V. CONCLUSIONES

1. El grupo etario mayor de 80 años, es el grupo poblacional mas expuesto a padecer complicaciones durante la preparación mecánica de colon relacionado a enfermedades previas tales como de tipo cardiacas, renales metabólicas y pulmonares , las que se agravan por patologías malignas tales como neoplasias de colon y recto.
2. Se ha determinado que la población adulta mayor en general tiene menos tolerancia orgánica a la preparación mecánica de colon con relación a la población adulta joven, por lo que nos hemos visto obligados a suspender dicho procedimiento. En algunos casos contados.
3. Se llegó a determinar que entre las complicaciones de salud durante la Preparación mecánica de colon son las de tipo hidroelectrolítico, seguida de las cardiopulmonares con aumento y/o disminución de la presión arterial y la frecuencia cardiaca. Si sucedió un caso de neumonía espirativa en una paciente con secuela neurológica que presentaba dificultad para la deglución, mayor de 88 años que fue atendida eficaz y oportunamente resolviéndose la misma, pero que aumento la morbilidad en su caso.
4. Solo durante este periodo ocurrió un fallecimiento de una paciente que había iniciado la preparación mecánica de colon, se complico paso a la UCI y allí falleció.
5. El sangrado activo de recto durante el preparación mecánica de colon esta relacionada a lesiones principalmente del tumor en la zona colonica baja y rectal a la administración de enemas evacuantes principalmente.

6. Existe mayor predisposición orgánica a enfermedades malignas de colon durante la edad adulta mayor, con algunos casos contados en la adultez joven.
7. De un total de 258 pacientes adulto mayores (100%) que recibieron Preparación Mecánica de Colon, 195 de estos últimos presento alguna alteración de la salud equivalente al 75.58 % y el 24.42 % no presento mayor alteración habiendo usado como elemento laxante al polietilenglicol vía oral y los enemas evacuantes por recto y/ o colostomía en su gran mayoría.
8. Durante la Preparación de colon los pacientes recibieron hidratación basada en Dextrosa al 5 % con electrolitos vía endovenosa de 1 a 2 litros como reposición a las pérdidas y al periodo de ayuno prolongado en su totalidad.
9. La Preparación Mecánica de Colon es La Piedra Angular Para un buen diagnóstico de Enfermedad Oncológica, y el Diagnostico de Enfermería, para los cuidados en un Plan de atención..



## VI. RECOMENDACIONES

1. Es recomendable la evaluación clínica del paciente con monitoreo de las funciones vitales, constantes bioquímicas y el consentimiento informado del paciente y/o familia sobre los riesgos del mismo procedimiento.
2. Antes de iniciar la preparación Mecánica de colon es recomendable persuadir al paciente y familia cual es la finalidad de este procedimiento procurando su total colaboración y permanencia del familiar acompañante.
3. Es recomendable personal entrenado del área de cirugía conocedor de la Preparación mecánica de colon para pacientes que serán evaluados con exámenes endoscópicos tales como colonoscopia , proctoscopias y para cirugía de colon y recto portadores o no de colostomía e ileostomía.
4. Se recomienda el uso principalmente de soluciones de Polietilenglicol, Nulitely, manitol diluido como 2da. Opción y menos recomendable cloruro de sodio al 9% por la cantidad de líquido que se necesita para lograr una preparación de colon eficaz con sus respectivas complicaciones cardo-pulmonares y renales.
5. Una de la piezas claves para la buena ,rápida y menos traumática preparación de colon es el uso de gastroclisis con el acompañamiento permanente de un familiar hasta el término de la misma
6. Se recomiendo vigilar las excretas hasta lograr que lleguen a ser claras sin restos fecales de tal manera que permitan visualizar con el colonoscopio toda el área aproximado de colon y recto en forma clara y precisa si es posible con 2 Y/o 3 días de Preparación colonica de anticipación.

7. Se recomienda reponer pérdidas hidroelectrolíticas vía endovenosa con sustancias tales como : suero fisiológico al 9% y dextrosa al 5% con electrolitos al 20% de sodio y potasio respectivamente.
8. Considerar la preparación mecánica de colon en algunas situaciones con varios días (aproximadamente 3) de anterioridad en adultos mayores de 91 años teniendo en cuenta la reducción de dieta baja en fibra, y el uso de lactulosa o Bisacodilo.

## VII. REFERENCIALES

1.-Libro de Registros ingresos y Egresos de pacientes del 2013 al 2015 del Servicio de cirugía del 3° A del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,(2/8/2016)

2.-Peña Soria MJ. Preparación preoperatoria del colon Vs no preparación en cirugía colorectal electiva, Madrid España 2008,, (4/08/2016)

3.-Rivas P. Pruebas medicas: Colonoscopia

[www.webconsultas.com/pruebas-medicas/colonoscopia-8111](http://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/colonoscopia-8111) (4/08/2016)

4.-Oliveira L, y colaboradores El Hospital Preparación del Intestino para procedimientos quirúrgicos o diagnósticos España 2005.

[www.elhospital.com/temas/preparacion-del-intestino-para-procedimientos-quirurgicos-o-diagnosticosmas80411891009](http://www.elhospital.com/temas/preparacion-del-intestino-para-procedimientos-quirurgicos-o-diagnosticosmas80411891009) (10/08/2016)

5.-Pereyra Flores Gj. Cirugía colorectal programada sin preparación mecánica de colon en el servicio de cirugía general del hospital central universitario Antonio María pineda Barquisimeto Venezuela 2005 (12/08/2016)

6.-Ibáñez IA., Álvarez MA., Preparación Mecánica para colonoscopia en pacientes con diferentes patologías Unidad de Endoscopia servicio de Digestolo[http://aeeed.com/documentos/publicos/revista/abril2016/Enferm%20Endosc%20Dig.%202016;3\(1\)45-51.pdf](http://aeeed.com/documentos/publicos/revista/abril2016/Enferm%20Endosc%20Dig.%202016;3(1)45-51.pdf)gia.Hospital del mar de Barcelona 2016 (12/08/2016)

7.-Peña Soria MJ., Preparación Preoperatoria de Colon Vs No Preparación en Cirugía Colon Rectal Electiva Universidad Complutense de Madrid 2008 10/09/2016)

8.-Chacaltana Mendoza A. Estudio Comparativo entre Manitol 10% y Polietilglicol en la Preparación para colonoscopia en Pacientes Internados en el hospital Central FAP. Revista de Gastroenterología del Perú *versión impresa* ISSN 1022-5129 (14/09/2016)

Rev. gastroenterol. Perú v.28 n.2 Lima abr./jun. 2008

9.-Chávez Ferrer J., Comparación de la Preparación Previa a Colonoscopia con bisacodilo mas lactulosa Vs Polietilglicol 4 litrosa dosis dividida en pacientes ambulatorios del Hospital Central FAP gastroentero <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/43691>..2014 (15/09/2016)

10.Roig García ,Rafael Alos A,. Prepara ración Mecánica de colon Revista Biomédica Wave Revista Biomédica revisada por pares 2011

<http://www.mediwave.cl/link.cgi/> (16/09/2016)

11-Roig JV., García -Armengol J. Solana A., Preparar el colon para la cirugía. ¿Necesidad real o nada más (y nada menos) que el peso de la tradición?

<http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/preparacion-del-colon-para-cirugia-1.pdf> (17/09/2016))

12.-OMS. Concepto adulto mayor

[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf) (17/08/2016)

13.-Jara Velásquez AE. Definición de adulto mayor Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables 2013 2017

[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN\\_AM\\_2013-2017.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf) (17/09/2016)

14.-Pérez A., Pulgar C., Sales C.,Vogt K., Imogene King Teoría del logro de metas; universidad Nacional

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/imogen-king-teoria-del-logro-de-metas.html>del sur 2012 (10/10/2016)

15.-Arias Pérez J., Ángeles Aller Reyero M., Llorente Ruigomez L., Gálvez M. cátedra en Cirugía Universidad Complutense 12/08/2016)

16.-Noriega L., Profilaxis antibiótica medica en cirugía

[http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3087!10210/2016\)](http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3087!10210/2016)

17.-Mis respuestas.com

<http://www.misrespuestas.com/que-es-un-laxante.html> 14/08/2016)

18.-Medelineplus

<https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601097-es.html> (20/10/2016)

19.-Manitol polio les

<http://datosobrelospolios.com/mannitol/>(21/10/2016)

20.-libro de registros de programación de sala de operaciones del servicio .del 3ºA cirugía del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2013 – 2015.

21.-Registros de historias clínicas de pacientes hospitalizados e intervenidos en el servicio. del 3ºA cirugía del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2013 – 2015.

22.-Registros de Programación de Actividades Diaria de Enfermería del 3ºA cirugía del Hospital Nacional Rebagliati 2013 al 2015 (2/10/2016)

23.-Arthur G. GUYTON, John E. HALL –Tratado de Fisiología Medica - Ed. Interamericana - Mc GRAW- HILL Novena Edición Nueva York – ST Louis – San Francisco – Lisboa – Londres – Madrid - México pág. 41 – 42. (19/6/2017)

# **ANEXOS**

**CUADRO REFERENCIAL DE COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS  
CON Y SIN PREPARACIÓN MECÁNICA DE COLON AÑO 2002**

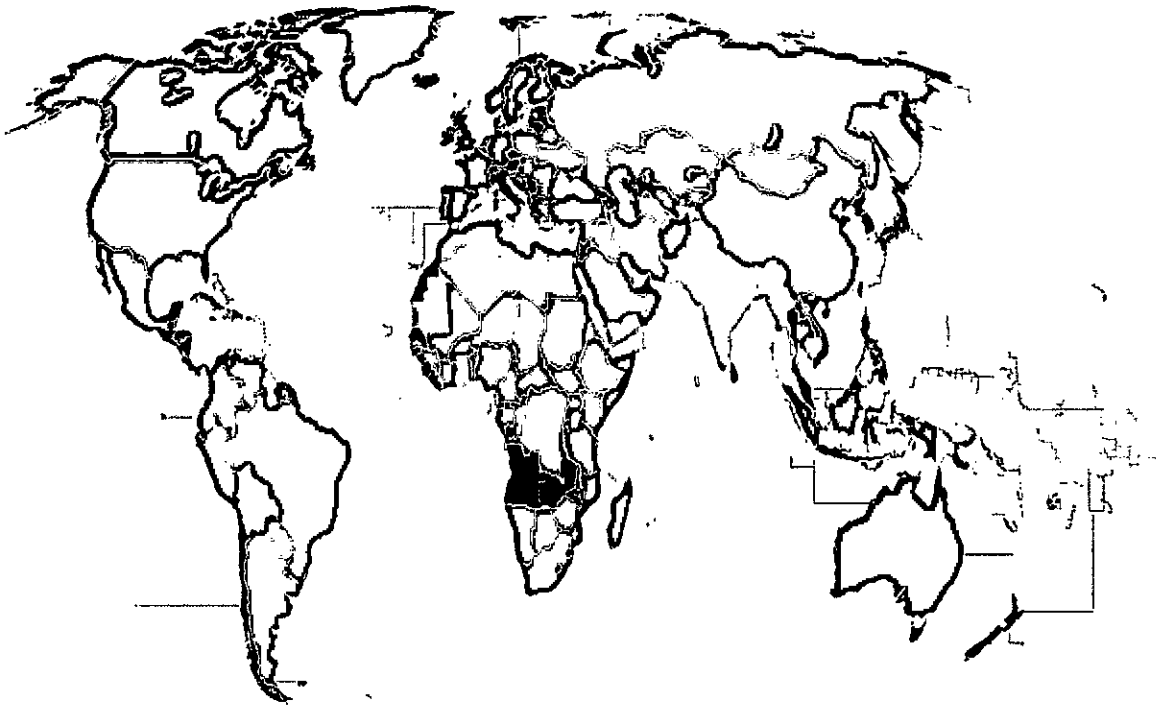
**Tabla 3. Complicaciones**

	Con PMC		Sin PMC		P
	n	%	n	%	
<b>Complicaciones</b>					
No	17	71	23	100	
Si	7	29	0	0	<0,001†
<b>Infección de herida QX</b>					
Si	2	8	0	0	
No	22	92	23	100	0,469†
<b>Fístulas-Dehiscencias</b>					
Si	5	21	0	0	
No	19	79	23	100	0,049†
<b>Infección Intraabdominal</b>					
Si	3	13	0	0	
No	21	88	23	100	0,234†

**Nota:** P, es el valor probabilístico de la estadística de prueba, Chi-cuadrada ó exacta de Fisher (†).

Departamento de Cirugía de Abdomen del Instituto de Enfermedades Neoplásicas, "Dr. Eduardo Cáceres Graziani", Lima, Perú.

## CUADRO ESTADÍSTICO REFERENCIAL DE PROMEDIO DE VIDA MUNDIAL



Esperanza de vida en años según el CIA World Facebook 2012. +80 78 - 80,5 75,5 - 78 73 - 75,5 70 - 73 68,5 - 70 65 - 68 +60 +55 +50 +45 +40 - 40

Alex12345yuri - Trabajo propio

Esperanza de vida 2013

- CC BY-SA 3.0
- File:Esperanza de vida2013.png
- Creado el: 30 de junio de 2013



**Tabla 1. Niveles de calidad de preparación colónica.**

<b>Niveles</b>	<b>Características</b>
<b>(1) Excelente</b>	<b>Presencia de escasos volúmenes de líquido claro sin materia fecal o es posible visualizar &gt;95% de superficie colónica.</b>
<b>(2) Buena:</b>	<b>Presencia de líquido turbio que puede cubrir el 5-25% de la superficie pero es posible visualizar &gt;90% de superficie colónica.</b>
<b>(3) Regular:</b>	<b>Presencia de heces semisólidas pero que pueden ser aspiradas o lavadas y más del 90% de superficie visible.</b>
<b>(4) Mala:</b>	<b>Presencia de heces semisólidas que no pueden ser aspiradas ni lavadas y menos del 90% de superficie visible.</b>
<b>(5) Inadecuada:</b>	<b>heces sólidas que impiden la visualización.</b>

Referencia ;Revista de Gastroenterología del Perú

*versión impresa* ISSN 1022-5129

Rev. gastroenterol. Perú v.28 n.2 Lima abr./jun. 2008

**Tabla 5. Síntomas ocurridos durante la preparación (\*)**

Grado de dificultad	Manlitol 10%		PEG	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Ninguno	28	70	24	57.5
Náusea	7	17.5	13	32.5
Ardor anal	3	7.5	-	-
Dolor abdominal	2	5	3	7.5
Vómitos	2	5	5	12.5
Distensión abd.	2	5	5	12.5
Cefalea	1	2.5	1	2.5
Vértigo	1	2.5	-	-
Palpitaciones	1	2.5	-	-
Alt. del sueño	-	-	3	7.5

\* Algunos pacientes presentaron más de un síntoma

Referencia ;Revista de Gastroenterología del Perú

versión impresa ISSN 1022-5129

Rev. gastroenterol. Perú v.28 n.2 Lima abr./jun. 2008

**Tabla 4. Grado de dificultad para completar la preparación**

Grado de dificultad	Manitol 10%		PEG	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Fácil	38	95	8	20
Poco-moderadamente difícil	2	5	22	55
Muy difícil	0	0	10	25
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Referencia; Revista de Gastroenterología del Perú  
*versión impresa* ISSN 1022-5129

Rev. gastroenterol. Perú v.28 n.2 Lima abr./jun. 2008

## ETAPAS DEL CÁNCER (Resúmenes)

La clasificación de los carcinomas se lleva a cabo de acuerdo al tamaño del tumor y el grado de penetración del mismo. Cuando el tumor es pequeño y no ha penetrado la capa mucosa se dice que es un cáncer en etapa I. Los tumores en etapa II se hallan dentro de la pared muscular y la etapa III afecta los ganglios linfáticos cercanos. Los cánceres en etapa IV son raros y se han diseminado (metástasis) a órganos lejanos.

Ultima revisión 12/4/2015

Versión en inglés revisada por: Yi-Bin Chen, MD, Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital, Boston, MA. Also reviewed by David Zieve, MD, MH Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. m.



El tratamiento del cáncer de colon depende de la etapa, o gravedad, de la enfermedad



Etapa I



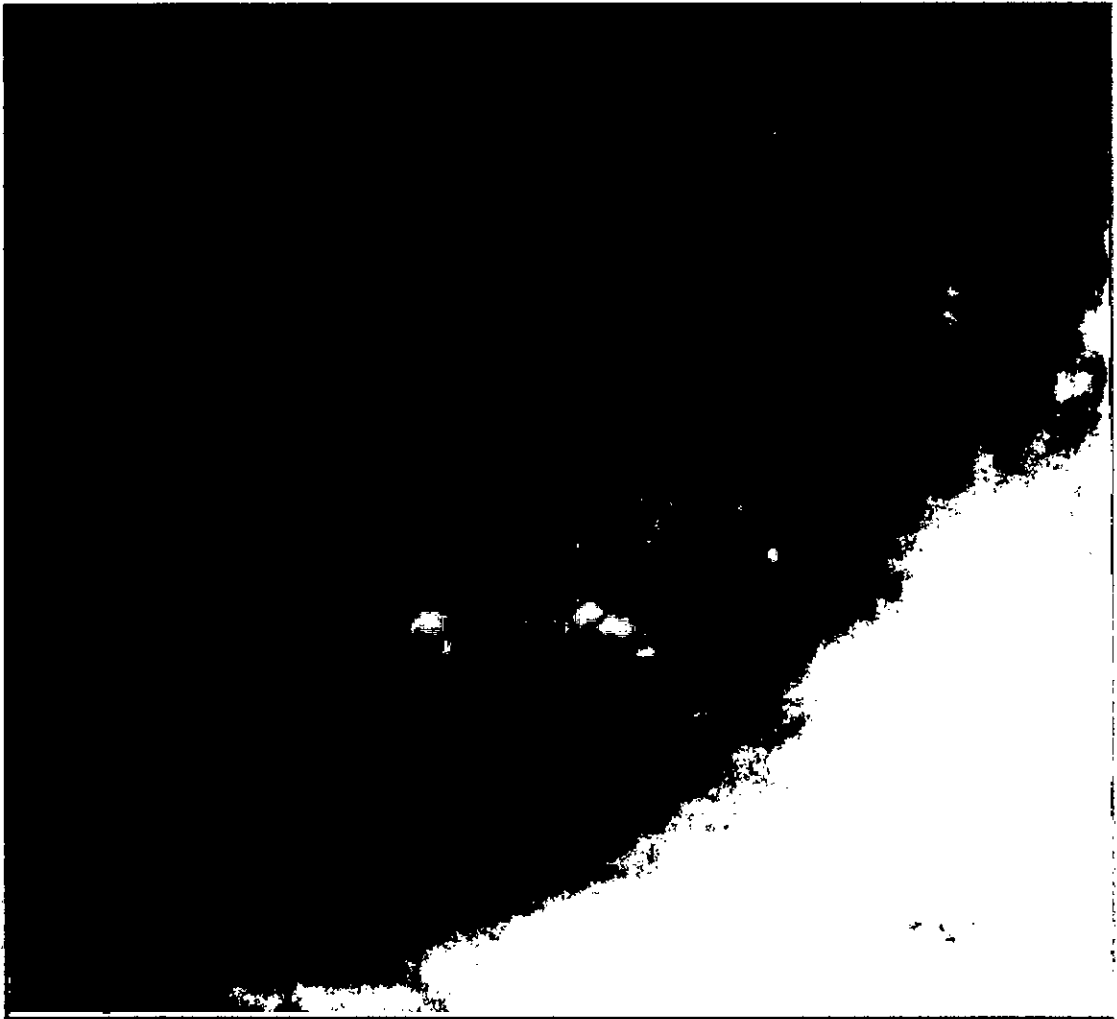
Etapa II



Etapa III

✶ADAM,

**CORTE TRANSVERSAL INTESTINAL**

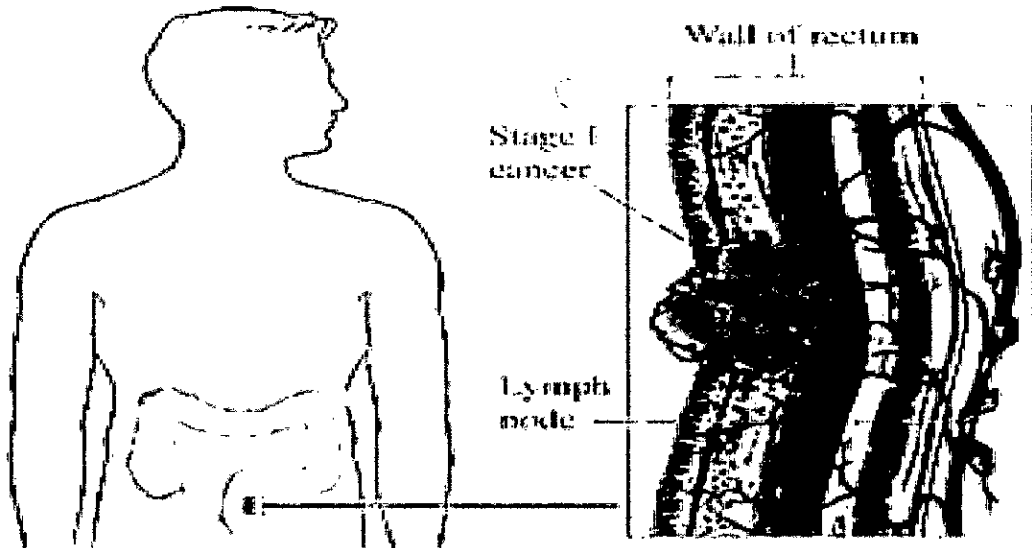


**TUMOR DE COLON Ed. MEDLINE PLUS**

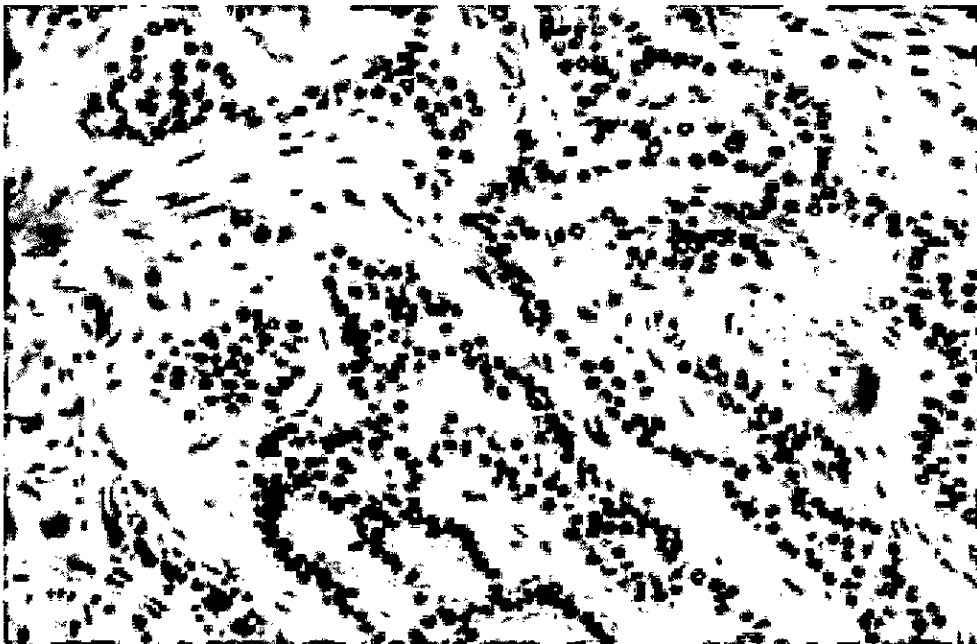
POLIPO DE COLON Ed. MEDLINEPLUS



**Polipo colonico MEDLINEPLUS**  
**DIAGRAMA DE CÁNCER DE COLON**



**REPRESENTACIÓN HISTOLÓGICA**



**CORTE HISTOLÓGICO MEDLINEPLUS**

## ¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS?

Tanto los pólipos como el cáncer colorrectal pueden ser asintomáticos, en especial en la fase temprana, por lo que es muy importante realizar los controles indicados por el médico para una detección precoz.



Sangrado rectal



Cambios en la forma habitual de evacuar el intestino



Dolores abdominales o rectales frecuentes



Bulto en el abdomen o el recto



Pérdida de peso

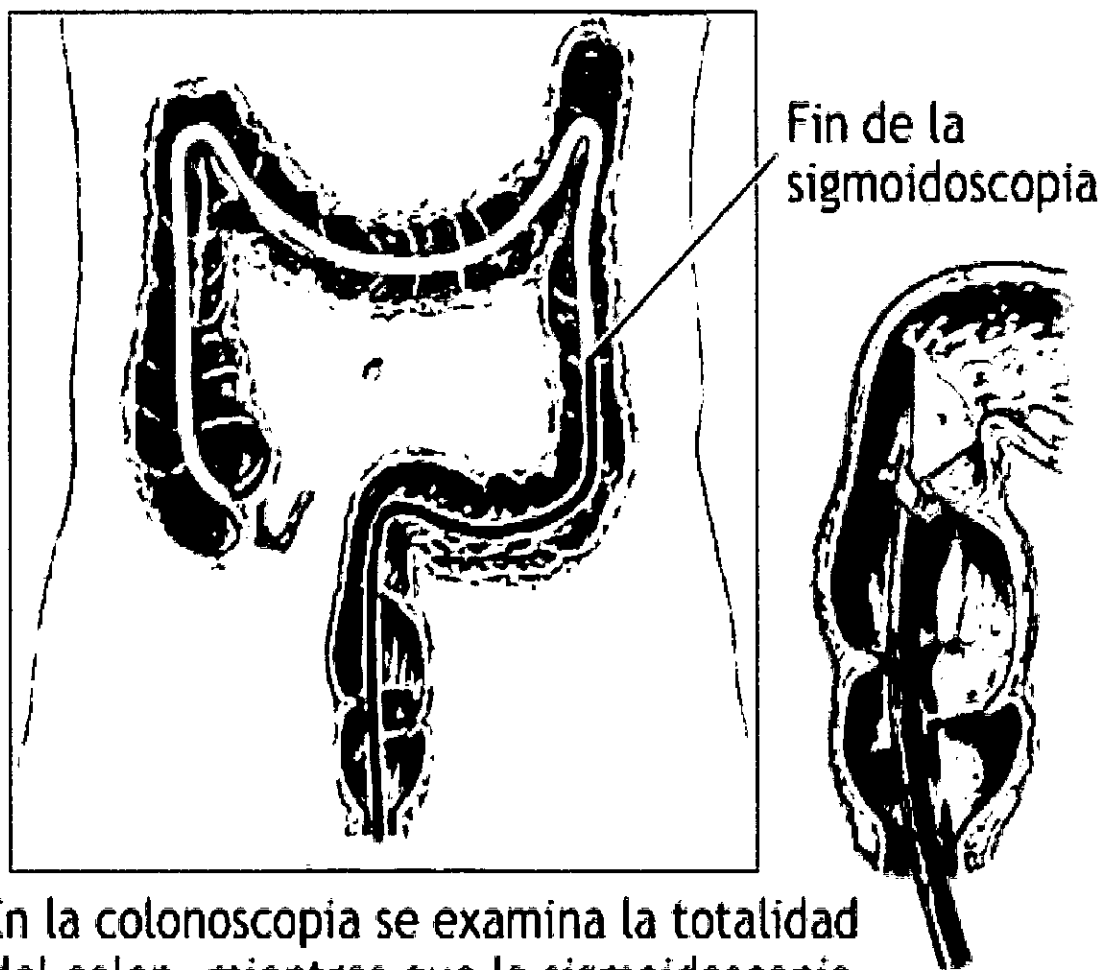


Anemia

Dado que estos síntomas no son específicos del cáncer colorrectal y pueden ser ocasionados por otras enfermedades, ante la aparición de los mismos es necesario realizar una consulta médica.



## EXAMEN ENDOSCÓPICO DE COLON



En la colonoscopia se examina la totalidad del colon, mientras que la sigmoidoscopia examina solamente el último tercio

ADAM.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	VERSION 01 MES: JULIO AÑO 2009 PÁG.: 01 - 02
	PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA - INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	

**DEFINICION:** Participación de la enfermera en la preparación intestinal del paciente sometido a Colonoscopia.

**REQUISITOS:** Paciente adulto con indicación de preparación de colonoscopia

**MATERIAL**

- 01 par de guantes limpios
- 01 par de guantes estériles
- Campo de papel estéril
- Papel toalla
- Consentimiento informado
- Lapicero
- 04 sobres de Polietilglicol 3350 (Klean krep, Nulitely)

**EQUIPO**

- 4 litros de agua hervida tibia
- Equipo de gastroclisis ( 01 SNG N° 16, 01 bolsa para nutrición enteral)
- Equipo de irrigación ( 01 irrigador, 01 sonda rectal, gel de lidocaina o vaselina)

N° de paso	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE
01	Verificar fecha y hora de la cita	Enfermera
02	Educar al paciente y familia sobre el procedimiento	Enfermera
03	Verificar la autorización (firma) del paciente y / o familia en el consentimiento informado	Enfermera
04	Coordinar con el medico <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 días antes, la suspensión de medicamentos con preparación de hierro, ácido acetilsalicílico, antiagregantes y anticoagulantes</li> <li>- 1 día antes pastillas para diabetes</li> <li>- Reducir o suspender la administración de insulina</li> </ul>	Enfermera
05	Coordinar con el área de nutrición <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos días antes dieta sin residuos</li> <li>- El día anterior solo líquidos claros desde la cena</li> <li>- Ayunas 4 horas antes de la cita</li> </ul>	Enfermera
06	Verificar los valores normales de Hemograma, perfil de coagulación y plaquetas del paciente y coordinar con el medico, si fuera necesario algún tratamiento	Enfermera
07	Lavarse las manos	Enfermera

<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA</b>	<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>VERSION 01 MES: JULIO AÑO 2009 PÁG.: 01 - 02</b>
	<b>PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA - INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	

08	Disolver cada sobre de polietilglicol en un 01 litro de agua hervida tibia	Enfermera o Técnico de Enfermería
09	Inicia la preparación desde las 4 pm del día anterior a la cita	Enfermera
10	Controlar funciones vitales antes de iniciarse la preparación	Enfermera
11	Administrar tomas de 250 cc (un vaso ) del preparado cada 15 minutos hasta concluir con los 4 sobres	Enfermera
12	Administrar los 04 sobres de polietilglicol, si la cita es por la mañana	Enfermera
13	Administrar solo 02 sobres el día anterior y completar los otros 02 sobres el día siguiente ( por lo menos 06 horas antes , si la cita es en la tarde	Enfermera
14	Utilizar Gastroclisis si el paciente no es capaz de ingerir el preparado y administrar a una velocidad 30 ml por minuto	Enfermera
15	Aplicar enema evacuante si no hay respuesta al finalizar el tercer litro de preparado según indicación medica	Enfermera
16	Suspender por 1 hora la preparación , si el paciente presenta nauseas, vómitos o distensión abdominal	Enfermera
17	Valorar cambios hemodinámicas, disnea durante la preparación.	Enfermera
18	Consultar con el médico la suspensión definitiva de la preparación, si persisten las molestias.	Enfermera
19	Verificar la efectividad de la preparación hasta que las emisiones rectales sean claras sin residuos fecales.	Enfermera
20	Registrar el procedimiento realizado, incidencias y respuesta del paciente.	Enfermera
21	Trasladar al paciente a la Unidad de procedimiento solo con bata sin ropa interior, en camilla, con Historia clínica, con Hoja de anatomía patológica y 01 ampolla de petidina.	Técnico de enfermería

**ESTADÍSTICA DE ENFERMERIA ANUAL 2015 DE LAS SALAS DE PROCEDIMIENTO**

Nº	ACTIVIDAD DE LA ENFERMERA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
1	Recepción de pacientes	1434	1240	1603	1657	1124	1242	1003	1328	1253	1025	1124	6975	18334
2	Orientación sobre el procedimiento	1434	1240	1603	1657	1124	1242	1001	1328	1253	1025	1124	6973	18330
3	Apoyo emocional	1434	1240	1603	1657	1124	1242	1003	1303	1253	1025	1124	6950	18284
4	Administración de sedación	1182	944	1498	1567	956	1022	919	1173	1047	868	1053	6082	16185
5	Canalización de vía Periférica	938	857	719	787	748	868	671	986	870	648	1029	5072	12398
6	Instrumentación en toma de muestras Bz.	511	497	401	422	405	403	399	635	541	312	438	2728	6684
7	Instrumentación en procedimientos	509	322	382	349	263	399	292	519	470	429	399	2508	6010
a	Esfinterotomía	28	34	63	39	33	28	47	52	67	44	39	277	689
b	Extracción de cálculos	61	19	23	23	16	61	23	17	22	22	12	157	376
c	Dilatación savary	40	21	17	20	28	40	8	16	15	15	15	109	283
d	Dilatación orbalon	15	5	6	1	6	18	4	12	13	9	12	68	149
e	Colocación de prótesis	12	13	10	11	14	12	15	16	12	12	10	77	189
f	Extracción de prótesis	57	3	5	5	5	1	9	9	5	7	7	38	91
g	Litotricia	35	0	0	0	0	4	1	93	94	93	1	286	572
h	Colocación de hemoclip	20	10	39	32	14	37	15	25	17	12	29	135	355
i	Polipectomía	20	29	27	21	18	24	20	52	45	33	29	203	472
j	ELVE	20	29	19	26	22	13	27	22	30	29	33	154	375
k	EVE	1	2	1	7	6	4	6	8	0	1	15	34	82
l	Aplicación de probeta caliente	4	2	0	3	0	0	0	6	7	7	4	24	51
m	Aplicación de argon plasma	37	28	39	38	27	60	31	46	38	34	37	246	596
n	Iryocoterapia	36	43	49	39	29	40	33	52	58	43	43	269	655
o	Dilatación esofágica	25	23	21	5	6	4	12	13	1	2	33	85	162
p	Colocación de SRY	1	2	12	12	5	11	6	5	1	2	9	34	97
q	Colocación de Bay pes sellar	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4
r	Extracción de cuerpo extraño	7	12	11	14	12	16	12	20	20	20	14	102	241
s	Clenocristato	2	6	5	4	5	5	6	3	4	3	2	23	60
t	Ligadura de Hemorroides	51	21	16	16	4	11	11	40	12	26	23	123	282
u	Mucosectomía	25	7	15	13	1	6	0	10	7	8	16	47	123
v	Enteroscopia	1	3	15	16	8	5	12	0	0	3	2	22	83
w	Corte de Divertículo de Zenker	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	2	3	10
x	Colocación de sonda gastrostomica	3	4	4	20	8	4	5	2	2	7	12	32	96
y	Proctoscopia + Anoscopías	74	12	12	10	26	19	14	126	145	83	141	528	1104
8	Control de funciones vitales	1548	1275	1403	1964	1408	1820	1531	1404	1630	1040	1246	8671	22117
9	Atención de emergencia	13	1	9	13	4	80	2	9	25	14	31	161	348
10	Traslado a Emergencia / UHD	33	201	6	7	4	142	18	6	24	40	2	232	481
11	Limpieza y desinfección del Video Endoscopio-Colono-Duodeno	2705	2278	2215	2142	2120	2083	1731	1825	1509	1721	1290	10159	26795
12	Limpieza y desinfección de accesorios	6041	4862	5791	4961	5471	5462	4189	4474	3890	4469	2930	25414	67051
13	Equipamiento de sala	230	223	233	255	210	225	264	237	250	190	217	1383	3464
14	Actividad administrativa	290	383	366	359	404	430	369	347	416	369	430	2361	5853
a	a) coord. con jefatura	102	184	157	143	174	180	150	179	156	164	202	1031	2536
b	b) elabor. Ord. Trabajo	39	23	45	60	77	67	71	29	74	51	49	341	864
c	c) control de material	179	167	176	166	167	213	168	148	241	162	183	1115	2739
15	Recepción de pacientes mal preparados	59	45	37	39	36	44	31	29	47	31	14	186	504