



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA ÉNFASIS EN  
CUIDADO QUIRÚRGICO**

**TESINA**

**TÍTULO:**

**“PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO PERIOPERATORIO EN  
PACIENTE SOMETIDO A RESECCIÓN DE INTESTINO GRUESO”**

**PRESENTA:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
DANIELA ZÚÑIGA AVALOS**

**PARA OBTENER EL NIVEL DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN CUIDADO QUIRÚRGICO**

**DIRECTOR DE TESINA:**

**L. E. GREGORIA PATRICIA MUÑIZ CARREON MCA**

**SAN LUIS POTOSI, S. L. P., JULIO 2017**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA CLINICA AVANZADA ENFASIS EN  
CUIDADO QUIRURGICO**

**TITULO:**

**“PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO PERIOPERATORIO EN  
PACIENTE SOMETIDO A RESECCIÓN DE INTESTINO GRUESO”**

**TESINA**

**PARA OBTENER EL NIVEL DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
QUIRÚRGICA**

**PRESENTA:**

**LIC. EN ENF. DANIELA ZÚÑIGA AVALOS**

**DIRECTORA:**

---

**L. E. GREGORIA PATRICIA MUÑIZ CARREÓN MCA**

**SAN LUIS POTOSI, S. L. P., JULIO 2017**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**TITULO:**

**“PROCESO DE CUIDADO ENFERMERO PERIOPERATORIO EN  
PACIENTE SOMETIDO A RESECCIÓN DE INTESTINO GRUESO”**

**TESINA**

**PARA OBTENER EL NIVEL DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA  
QUIRÚRGICA**

**SINODALES**

**MSP MINERVA GARCIA RANGEL**

**PRESIDENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**L. E. GREGORIA PATRICIA MUÑIZ CARREÓN MCA**

**SECRETARIO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**MSP GUADALUPE GUERRERO ROSALES**

**VOCAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**SAN LUIS POTOSI, S. L. P., JULIO 2017**

### **AGRADECIMIENTOS:**

Para la elaboración de este trabajo me prive de varios momentos muy importantes con mi familia y amigos, con la inversión de muchos sueños, anhelos y metas por cumplir, por lo que esté presente se los dedico, agradeciéndole a todos y cada uno por su apoyo, orientación y ayuda.

Principalmente a Dios, por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, permitiéndome realizar una más de mis metas, encontrándome con buena Salud y compañía de las personas que más quiero y estimo, así como con mucha fortaleza y fe.

A mis padres, por guiarme y apoyarme hacia el mejor camino, y aceptar mis decisiones, así como a mis hermanos, por apoyarme en todo momento y creer en mí.

A mis profesores de especialidad, en especial a la Maestra Patricia Muñiz por orientarme en la realización de este proceso, por su tiempo, dedicación y atenciones.

**¡Gracias!**

<b>INDICE</b>	<b>PAG.</b>
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
I.- INTRODUCCION	10
II.- OBJETIVOS	12
1. OBJETIVO GENERAL	12
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
III.- JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.- METODOLOGIA	15
V.- MARCO TEORICO	16
5.1 Historia de la Cirugía	16
5.2 Historia de la Enfermera Instrumentista	16
5.3 Generalidades del Aparato Digestivo	18
5.4 Anatomía del Intestino grueso	20
5.5 Histología del Intestino grueso	21
5.6 Digestión Mecánica del Intestino grueso	22
5.7 Digestión química del Intestino grueso	23
5.8 Absorción y formación de materia fecal en el Intestino grueso	24
5.9 El reflejo de defecación	24
5.10 Colectomía	25
5.10.1 Definición	25
5.10.2 Fisiopatología	26

5.10.3 Causas	28
5.10.3.1 Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)	28
5.10.3.2 Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII)	30
5.10.4 Signos y síntomas de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales	32
5.10.4.1 Clasificación Clínica de severidad de Truelove-Witts modificada para Colitis Ulcerosa	33
5.10.5 Cáncer colorrectal	34
5.11 Colostomía	35
5.11.1 Complicaciones	37
VI.- PROCESO CUIDADO ENFERMERO	38
6.1 Metodología de elaboración del Proceso Cuidado Enfermero	40
6.2 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero	41
6.3 Plan de Cuidados	47
6.4 Valoración por patrones funcionales	48
6.4.1 Valoración Específica para paciente con resección de intestino grueso	48
6.5 Jerarquización de Diagnósticos Enfermeros	54
6.6 Proceso Cuidado Enfermero Perioperatorio en paciente sometido a Resección de Intestino Grueso	55
6.6.1 Ansiedad	55
6.6.2 Riesgo de Sangrado	59
6.6.3 Deterioro de la Integridad Tisular	61
6.6.4 Riesgo de Infección	64
6.6.5 Trastorno de la imagen corporal	67

6.6.6 Disposición para mejorar la nutrición	73
6.7 Conclusión	74
6.8 Aspectos ético legales en Cirugía	77
VII.- BIBLIOGRAFIA	79
VIII.- ANEXOS	83
8.1 Cronograma	83
8.2 Técnica quirúrgica de Resección de Intestino Grueso	85
8.3 Higiene del estoma	89
8.4 Colocación de bolsa de colostomía	89
8.5 Recomendaciones dietéticas	90
8.6 Recomendaciones en caso de heces malolientes o gases	91
8.7 Recomendaciones en caso de estreñimiento	92
8.8 Presupuesto	93

## RESUMEN

El Intestino Grueso es la parte terminal del Tracto Gastrointestinal. Las funciones del Intestino Grueso son, sobre todo, la de completar la absorción, la producción de ciertas vitaminas, la formación de las heces y la expulsión de estas del cuerpo. Son múltiples las patologías que podemos encontrar que afectan su buen y adecuado funcionamiento, como son: la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) y el Cáncer Colorrectal.

El proceso de cuidados enfermeros se instituye como una herramienta para facilitar la atención y brindar los cuidados de enfermería, ya que la resección del intestino grueso, puede presentar en el enfermo una serie de trastornos que van desde un inadecuado autocuidado, presencia de infecciones por una mala atención y cuidado, hasta alteraciones en su imagen física, por lo que este trabajo se realizó a través de una investigación bibliográfica de corte descriptivo, narrativo y documental sobre la anatomía, histología y proceso de digestión del intestino grueso, así como la Colectomía, desde sus causas hasta las complicaciones de la portación de colostomía, desarrollándose un Proceso de Cuidado Enfermero, en el que a su vez, se describen múltiples cuidados que le permitirán al paciente llevar una mejor calidad de vida en su vida futura.

Debido a la relevancia que tiene la capacitación y educación del personal de Enfermería hacia el paciente que presenta resección de Intestino Grueso, es que se decide la elaboración de un Proceso de Atención de Enfermería al paciente con Resección de Intestino Grueso.

**PALABRAS CLAVE:** Intestino Grueso, Poliposis Adenomatosa Familiar, Enfermedades Inflamatorias Intestinales, Cáncer Colorrectal, Proceso de Atención de Enfermería, Resección, Paciente, Educación.



## **ABSTRACT**

The Large Intestine is the terminal part of the Gastrointestinal Tract. The functions of the Large Intestine are, above all, to complete the absorption, the production of certain vitamins, the formation of feces and the expulsion of these from the body. There are many pathologies that can be found that affect its good and adequate functioning, in which the most common and described below are Family Adenomatous Polyposis (PAF), Inflammatory Bowel Diseases (IBD) and Colorectal Cancer.

The nursing care process is instituted as a tool to facilitate care and provide nursing care, since the resection of the large intestine can present in the patient a series of disorders ranging from inadequate self-care, presence of infections by a Poor attention and care, even alterations in their physical image, so this work was done through a descriptive, narrative and documentary bibliographical research on the anatomy, histology and digestive process of the large intestine, as well as the colectomy, From its causes to the complications of colostomy care, a Nursing Care Process is developed, which in turn, describes multiple care that will allow the patient to lead a better quality of life in their future life.

Due to the relevance of the training and education of nursing staff to the patient presenting with Large Intestine resection, it is decided to elaborate a Nursing Care Process to the patient with Resection of Large Intestine.

**KEY WORDS:** Thick Intestine, Familial Adenomatous Polyposis, Inflammatory Bowel Diseases, Colorectal Cancer, Nursing Care Process, Resection, Patient, Education.

## I.- INTRODUCCION

La globalización y la modernización están creando un mundo cada vez más diverso y complejo, que influye en los estilos de vida de la población, en los aspectos económicos, políticos, sociales, culturales, educativos, tecnológicos, etc, por lo que para hacer frente a estas transformaciones e interactuar de manera adecuada con la sociedad, las personas necesitan poseer nuevas competencias, dominar enormes cantidades de información y tener mayor dominio de destrezas concretas.<sup>1</sup>

Ejemplo de ello es la profesión de enfermería, específicamente la enfermería quirúrgica, la cual debe mantenerse a la vanguardia en su disciplina, contando con los conocimientos y estrategias necesarias que permita a los participantes del evento quirúrgico la toma de decisiones adecuadas en las diferentes situaciones que se les presente. La importancia de las actualizaciones constantes de la enfermera quirúrgica, especialmente el cuidado perioperatorio del paciente con resección de intestino grueso, así como la educación y plan de alta, es vital; ya que este tipo de procedimientos se realizan como tratamiento para varios procesos patológicos, dentro de los cuales los más comunes son tumores y carcinoma colónico y las enfermedades inflamatorias. Se entiende por Colectomía la extirpación quirúrgica o resección de una parte enferma del intestino grueso, también conocido como colon.

El Cáncer de Colorectal (CCR) ocupa el 3er lugar en incidencia y el 4to en mortalidad a nivel mundial. Según el SEER (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales) (E.U.) la tasa de incidencia es de 46/100,000, 1 de cada 20 estadounidenses lo padecerá a lo largo de su vida.<sup>12</sup>

En México, el proyecto Globocan reporta que al año se registran 14.1 millones de nuevos casos de cáncer entre hombres y mujeres, de los que 8.2 millones de personas mueren anualmente por esta enfermedad. El INEGI reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (13% de las muertes en México) de las cuales 5.4% son por CCR.<sup>11</sup>

Las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) que incluyen a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), a la enfermedad de Crohn (EC) y a la colitis indeterminada, las cuales están bien definidas en cuanto sus aspectos clínico-patológicos. En México, recientemente se publicó un aumento en la incidencia de CUCI en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la última década, con 76 pacientes diagnosticados por año, comparada con la década anterior, con promedio de 28 pacientes por año.<sup>14</sup>

Por todo lo anterior surge la necesidad de establecer un plan de cuidado enfermero, ya que se observa una alta incidencia y cada vez mayor aumento del número de casos de afecciones al aparato gastrointestinal, a la vez que le brinde al profesional de la salud una amplia gama de información que le permita un manejo y mantenimiento adecuado al estilo de vida de sus pacientes, con mayor calidad en la atención.

## **II.- OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Elaborar el proceso de cuidado enfermero en el periodo perioperatorio bajo la taxonomía NANDA, NOC y NIC en el paciente adulto sometido a resección de intestino grueso, que sirva para el ejercicio profesional de enfermería que atiende este tipo de pacientes.

### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Citar la Historia de los inicios de las Cirugías, así como los antecedentes de la Enfermería Quirúrgica
2. Realizar una investigación bibliográfica sobre Anatomía, Fisiología del Intestino Grueso y principales causas de Resección de intestino Grueso
3. Describir la Epidemiología de las principales patologías que afectan al Intestino grueso
4. Jerarquizar los principales Diagnósticos de Enfermería Reales, de Riesgo y de bienestar en el paciente sometido a resección de Intestino Grueso, con la finalidad de seleccionar los más comunes y elaborar un Plan de Cuidado Enfermero en el perioperatorio
5. Describir las principales complicaciones de Resección de Intestino Grueso para identificar las acciones a realizar para evitar se presenten en el paciente

### III.- JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A medida que aumenta la complejidad de los servicios de diagnóstico y de sostén, también lo hacen los procedimientos quirúrgicos. Esta complejidad forma parte del procedimiento sistemático del quirófano. Todo esto, hace imprescindible que los enfermeros cuenten con amplios conocimientos y habilidades técnicas especializados; a la vez que deben desarrollar la capacidad de juicio crítico basado en teoría y habilidades intelectuales, que les permita la aplicación de un método humanista en su responsabilidad como defensores del paciente, de brindar un cuidado enfermero profesional y libre de riesgos.

Cada año se realizan en el mundo 234 millones de intervenciones de cirugía, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. La resección de colon se considera una cirugía mayor, en países industrializados las complicaciones presentan una mortalidad o discapacidad de 0.4 %.<sup>3</sup>

Estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social de enero a Diciembre de 2012, se realizaron intervenciones quirúrgicas con un total nacional de 1.514.905 cirugías generales, 600.481 cirugías ambulatorias, con un promedio de 4.9 días de estancia. Mientras en San Luis Potosí menciona se realizaron 29.607 cirugías generales, 12.946 cirugías ambulatorias y con un promedio de 4.6 días de estancia.<sup>4</sup>

Según el Informe realizado por los estudiantes de la Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Énfasis Quirúrgico, en el Instituto Mexicano del Seguro Social No. 50, durante el periodo del 14 de Diciembre de 2016 al 24 de Enero de 2017, se encontró que Cirugía General, fue la especialidad que más procedimientos reportados tanto en el turno matutino como vespertino.<sup>17</sup>

La cirugía colorrectal se inserta dentro de la cirugía general, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos sobre el tracto digestivo que se realizan con mayor frecuencia. El colon juega un papel importante para mantener el equilibrio hidroelectrolítico, ya que tiene una gran capacidad de absorción de agua, que puede verse alterada con la cirugía. Las causas más habituales de tratamiento quirúrgico en este segmento intestinal son: cáncer colorrectal, enfermedad diverticular de colon, colitis ulcerosa, poliposis colorrectal, angiodisplasia de colón, colitis isquémica, colitis actínica y fístulas.<sup>5</sup>

La enfermería quirúrgica es una especialidad que se ocupa de la asistencia en la fase crítica, por lo que surge la necesidad de desarrollar el presente Proceso de Cuidado Enfermero, destinado específicamente al personal de enfermería que se encuentra al cuidado de estos pacientes con resección de intestino grueso, permitiéndole conocer tanto las implicaciones como cuidados específicos que favorezcan el restablecimiento de su salud e incorporación a la vida cotidiana.

#### IV.- METODOLOGIA

La Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, dentro de su plan curricular incluye la realización de una Tesina para la acreditación de la misma.

Por medio del Consejo Técnico Consultivo de la Unidad de Posgrado, se seleccionó el tema “Proceso de Enfermería en paciente sometido a Resección de Intestino Grueso”, con la orientación tutorial de la profesora L. E. Gregoria Patricia Muñiz Carreón MCA. Por lo que mediante la investigación documental de diversos medios, tales como: 12 revistas, 16 libros y 20 artículos (Impresos, electrónicos, documentales), se seleccionó información que conformo dicha Tesina y dio sustento Científico en la realización de la investigación de la misma.

Por medio de investigación de una variedad de medios se articuló el Marco Teórico, apoyado de múltiples asesorías tanto personales como electrónicas con la directora de Tesina, reestructurando y afinando el contenido presentado, destacando así la importancia en la investigación del tema.

Posterior a la investigación de diversos artículos y medios, se conformó el Proceso Cuidado Enfermero en la atención al paciente con Resección de Intestino Grueso, en donde se destacaron los principales Diagnósticos de Enfermería en el periodo perioperatorio, tomando tanto Diagnósticos de Riesgo, Reales y de bienestar, dando a conocer las intervenciones de Enfermería con sus respectivas actividades, a la vez que se fundamentó científicamente las actividades posibles a realizar.

## V.- MARCO TEORICO

### 5.1 Historia de la Cirugía

Existen numerosos datos históricos interesantes sobre la cirugía, ejemplo de ello lo ocurrido en la prehistoria, en la que se destacan datos relevantes sobre la primera cirugía, en donde en los Montes Zagros (Irak), se descubrió a un hombre varón amputado de un brazo, de una edad aproximada de 45000 años. En Mesopotamia prevalecía el conocimiento de la anatomía abdominal, en especial en el hígado, centro del organismo.<sup>18</sup>

Un exponente clásico fue Hipócrates (460-356 a. C.) Solo admitía la cirugía en caso de extrema necesidad. Planteo el carácter científico de la medicina al señalar que: “Ninguna enfermedad es mística, sino que todas tienen causas naturales”. Introdujo el espíritu metodológico en la observación del enfermo y estableció el principio *primum non nocere* (“lo primero es no dañar”).<sup>18</sup>

En México, en las culturas maya y azteca se reconoció el mayor nivel de evolución en cirugía, medicina y obstetricia. “tlamautepatli-ticitl” era el médico, “texoxotla-ticitl” era el cirujano y “tamatqui-ticitl” era la partera.

En la primera mitad del siglo XIX, se recibieron notables aportes a la cirugía, entre ellos Dupuytren, cirujano parisino realizó cirugía experimental y describió operaciones; introdujo el método anatomoclínico a la cirugía.<sup>18</sup>

Por otro lado, Oliver Holmes (1804-1894), profesor de anatomía en Boston, pensó que los mismos médicos eran los vehículos de transmisión de las enfermedades contagiosas, como la fiebre puerperal. Semmelweis (1818-1865) constató lo mismo en Viena y demostró de manera experimental que los médicos transmitían la “enfermedad de la fiebre puerperal” al estar en contacto con cadáveres o individuos infectados y con personas no infectadas, por lo que recomendó el lavado preoperatorio del cirujano, que en



principio no fue aceptado. Pasteur (1822-1895), químico francés, descubrió la existencia de microorganismos a través de sus estudios sobre las fermentaciones láctica y alcohólica.<sup>18</sup>

Estos descubrimientos hicieron surgir en Lister la idea sobre la antisepsia. Lister hizo estudios sobre la cicatrización sin putrefacción de las heridas tratadas con ácido fénico y aceite fénico (1864). Más tarde utilizó este método en intervenciones quirúrgicas, lavando la herida, las manos e instrumentos con ácido fénico durante la operación, lo que consolidó la importancia de las reglas de antisepsia (1867).<sup>18</sup>

Pasteur abrió el camino; en lugar de intentar una protección continua del organismo operado contra los gérmenes, propuso utilizar sólo instrumentos, vendajes, esponjas e hilos de sutura previamente esterilizados con calor.

Halsted, en 1885, comenzó a utilizar guantes de caucho, que podían esterilizarse. Mickulicz, en Alemania, y Chaput, en Francia, los perfeccionaron, hasta dejar paso a los modernos guantes de caucho delgado.<sup>18</sup>

Los pueblos anglosajones fueron los que se encargaron de abrir camino a los avances de la ciencia. Nombres importantes de esa época fueron: Lecene, Gosset y Finsterer, quienes diseñaron instrumental quirúrgico, y Sauerbruch, quien estudió la fisiología torácica y diseñó el sello de agua

El desarrollo de medidas de apoyo, como el empleo de venoclisis, analgésicos, antibióticos, transfusiones, anticoagulantes, etc., resulta esencial y coadyuva a lograr el objetivo primordial de la cirugía, que es reintegrar al paciente a su núcleo social y familiar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus actividades.<sup>18</sup>

## **5.2 Historia de la enfermera Instrumentista**

Ahora bien, respecto a la enfermera quirúrgica a finales del siglo XIX, era conocida como Instrumentadora, ya que era la que preparaba los

instrumentos para la cirugía, a comienzos del siguiente asistía en los procedimientos quirúrgicos y en la administración del éter, llamado Esterilización.

Desde la década de los 20 a la de los 40, sus tareas eran las de enfermeras circulantes. También se instruía a enfermeras estudiantes en su educación quirúrgica. La supervisora de quirófano era la única graduada en cirugía y su tarea era vigilar a las estudiantes

Posterior en la primera guerra mundial, los hombres asistían a los heridos. En la segunda guerra mundial, el desarrollo de los antibióticos contribuyó a salvar más vidas, lo que creó escasez de enfermeras, dedicándose estas principalmente a los cuidados en hospitales de campaña y en los hogares, dando paso a la Enfermería militar.

En la actualidad es considerada como especialista, ya que en Estados Unidos, el primer examen de certificación se realizó en 1970, y aquellas instrumentadoras que aprobaron el examen recibieron un nuevo título: Instrumentadora Quirúrgica Certificada.<sup>19</sup>

### **5.3 Generalidades del Aparato Digestivo**

El tracto gastrointestinal secreta cada día aproximadamente 7 litros de líquido, los cuales son reabsorbidos en su mayoría, quedando sólo unos 200 cc de agua en las heces fecales, donde el colon juega un papel clave en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Además, también participa en la absorción de nutrientes como son el agua, sodio y ácidos grasos de cadena corta, procedentes de la fermentación bacteriana de carbohidratos no digeribles. El colon recibe aproximadamente 1.500 ml/día de secreciones del tracto gastrointestinal. Sin embargo, con las heces solo se elimina alrededor de 100-150 ml de líquido al día, ya que el resto es absorbido en el colon. En caso de colectomía total o parcial, el agua no absorbida se elimina con las heces. Ello conlleva cambios en el volumen y

consistencia de las heces, tanto más importantes cuanto mayor sea el segmento excluido, pero también dependiendo de su localización.<sup>5</sup>

El aparato digestivo está compuesto por dos grupos de órganos: el tubo digestivo y los órganos digestivos accesorios. El tubo digestivo es un conducto continuo que se extiende desde la boca hasta el ano y contiene los alimentos desde su ingestión hasta su digestión y absorción o eliminación. Los órganos que lo forman son la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Los dientes, la lengua, las glándulas salivales, el hígado, la vesícula biliar y el páncreas constituyen los órganos digestivos accesorios. Los dientes contribuyen a la degradación física del alimento y la lengua colabora con la masticación y la deglución. Los demás órganos accesorios no entran en contacto directo con los alimentos. Las secreciones producidas o almacenadas por ellos ingresan en el tubo digestivo a través de conductos y contribuyen a la degradación química de los alimentos.<sup>6</sup>

En forma global, el aparato digestivo realiza seis procesos básicos:

- a) Ingestión: Este proceso implica el ingreso de los alimentos y los líquidos en la boca
- b) Secreción: Todos los días las células que forman las paredes del tubo digestivo y los órganos accesorios secretan una cantidad total de 7 litros de agua, ácidos, sustancias amortiguadoras (buffers) y enzimas hacia la luz del tubo digestivo.
- c) Mezclado y propulsión: la contracción y relajación alternadas del músculo liso que forman las paredes del tubo digestivo mezclan los alimentos y las secreciones y los impulsan hacia el ano. La capacidad del tubo digestivo para mezclar y desplazar los materiales a lo largo de su estructura, se denomina Motilidad.
- d) Digestión: Los procesos mecánicos y químicos degradan los alimentos ingeridos en moléculas pequeñas. En la digestión mecánica los

dientes cortan y trituran los alimentos antes de su deglución y luego, el musculo liso del estómago y el intestino delgado la mezcla. Como consecuencia, las moléculas de los alimentos se disuelven y se combinan en forma adecuada con las enzimas digestivas. En la digestión química las moléculas grandes de hidratos de carbono, proteínas, lípidos y ácidos nucleicos de los alimentos se degradan en molécula más pequeñas por acción de las enzimas digestivas.

- e) Absorción: Es el ingreso de los líquidos, los iones y las moléculas pequeñas ingeridos y secretados durante la digestión en las células epiteliales que tapizan la luz del tubo digestivo. Las sustancias absorbidas ingresan en el líquido intersticial y luego en la sangre o la linfa y circulan hacia las células de todo el cuerpo.
- f) Defecación: Los desechos, las sustancias que no pueden digerirse, las bacterias y las células descamadas de la cubierta del tubo digestivo y los materiales no absorbidos abandonan en cuerpo a través del ano mediante un proceso denominado defecación. El material eliminado se denomina heces fecales.<sup>6</sup>

#### **5.4 Anatomía del Intestino Grueso**

Tiene alrededor de 1.5 metros de largo y 6.5 centímetros de diámetro, se extiende desde el íleon hasta el ano. Esta fija a la pared abdominal posterior por su mesocolon, que es una capa doble del peritoneo. Estructuralmente, las cuatro regiones principales del intestino grueso son el ciego, el colon, el recto y el canal anal.

En la desembocadura del íleon en el intestino grueso se interpone un pliegue de la membrana mucosa, llamado esfínter (válvula) ileocecal, que permite el paso de los materiales del intestino delgado al intestino grueso. Por debajo del esfínter ileocecal se halla el ciego, una pequeña bolsa de 6 cm de largo. Unido al ciego hay una estructura tubular enrollada, que mide alrededor de 8

cm de largo, llamada apéndice vermiforme (vermi-, de vermis, gusano, y forme, forma) o simplemente apéndice (de appendix, accesorio). El mesenterio del apéndice, llamado mesoapéndice, lo mantiene adosado a la parte inferior del mesenterio del íleon.<sup>6</sup>

El extremo abierto del ciego se funde con el colon, que se divide en las porciones ascendente, transversa, descendente y sigmoidea. El colon ascendente y descendente son retroperitoneales, no así el colon transversa y el colon sigmoidea. El colon ascendente asciende por el lado derecho del abdomen, llega a la superficie inferior del hígado y gira abruptamente hacia la izquierda para formar la flexura cólica derecha (ángulo hepático). El colon continúa por el abdomen hacia el lado izquierdo como colon transversa. Se curva por debajo del borde inferior del bazo, donde forma la flexura colónica izquierda (ángulo esplénico) y desciende por debajo de la cresta iliaca como colon descendente. El colon sigmoideo (de sigmoidéas), comienza cerca de la cresta iliaca izquierda, se proyecta hacia la línea media y se continúa con el recto cerca de la tercera vértebra sacra.

El recto, los últimos 20 cm del tubo digestivo, es anterior al sacro y al coxis. Los últimos 2 a 3 cm del recto forman el canal anal. La mucosa del canal anal está compuesta por pliegues longitudinales llamados columnas anales, que contienen una red de arterias y venas. En el orificio externo del conducto anal, llamado ano, hay un esfínter anal interno de músculo liso (involuntario) y un esfínter anal externo de músculo esquelético (voluntario). Normalmente estos esfínteres mantienen el ano cerrado, excepto durante la evacuación de las heces.<sup>6</sup>

## 5.5 Histología del Intestino Grueso

La pared del intestino grueso contiene las cuatro tunicas o capas encontradas en el resto del tubo digestivo: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

La mucosa consiste en un epitelio cilíndrico simple, la lámina propia (tejido conectivo areolar) y muscularismucosae (musculo liso). El epitelio contiene en su mayor parte células absortivas y células caliciformes. Las células absortivas participan principalmente en la absorción del agua; las células caliciformes secretan moco que lubrican el paso del contenido colonico. Tanto las células absortivas como las caliciformes se localizan en glándulas intestinales largas, rectas y tubulares (criptas de Lieberkuhn) que se extienden por todo el espesor de la mucosa.

En comparación con el intestino delgado, la mucosa del intestino grueso no tiene tantas adaptaciones estructurales que incrementen el área de superficie. No hay pliegues circulares ni vellosidades; aunque las microvellosidades de las células absortivas están presentes. De esta manera la absorción es mayor en el intestino delgado que en el intestino grueso.<sup>6</sup>

La submucosa del intestino grueso está constituida por tejido conectivo areolar. La muscular presenta una capa longitudinal externa y una capa circular interna de musculo liso. A diferencia de otras partes del tubo digestivo, algunas porciones del musculo longitudinal son más gruesas y forman tres notables bandas longitudinales llamadas tenias (de taenia, cinta) colonicas dispuestas a lo largo de toda la longitud del intestino grueso. Las tenias están separadas por porciones de la pared con menos musculo longitudinal o sin este. Las contracciones tónicas de las bandas reúnen al colon en una serie de bolsas llamadas haustra (de haustrum, saco), que le da al colon su aspecto fruncido. Una capa simple de musculo liso circular se encuentra entre las tenias colonicas. La serosa del intestino grueso es parte

del peritoneo visceral. Pequeñas bolsas de peritoneo visceral rellenas de grasa se insertan en las tenias del colon y se denominan apéndices epiploicos u omentales.<sup>6</sup>

### **5.6 Digestión mecánica del Intestino Grueso**

El paso del quimo del íleon al ciego es regulado por la acción del esfínter ileocecal. En condiciones normales, la válvula está parcialmente cerrada, de manera que el quimo transita hacia el ciego en forma lenta. Enseguida después de una comida, un reflejo gastroileal intensifica la peristalsis en el íleon y propulsa el quimo hacia el ciego. La hormona gastrina también relaja el esfínter. Cuando el ciego esta distendido, el grado de contracción del esfínter ileocecal aumenta.<sup>6</sup>

Los movimientos del colon comienzan cuando las sustancias atraviesan la válvula ileocecal. Como el quimo se mueve a través del intestino delgado con una velocidad constante, el tiempo requerido para que el alimento llegue al colon está determinado por el tiempo de vaciamiento gástrico. A medida que los alimentos pasan por la válvula ileocecal, ocupan el ciego y se acumulan en el colon ascendente.<sup>6</sup>

Un movimiento característico del intestino grueso es la propulsión haustral. En este proceso, los haustreros relajados se distienden a medida que se llenan. Cuando la distención alcanza cierto grado, las paredes se contraen e impulsan el contenido hacia el haustrero próximo. También se produce peristaltismo, aunque con un ritmo menor (3 a 12 contracciones por minuto) que en las porciones más proximales del tracto. Un tipo de movimiento final es el peristaltismo en masa, una fuerte onda peristáltica que comienza en la parte media del colon transversal y expulsa rápidamente el contenido del colon hacia el recto. Puesto que los alimentos en el estómago inician estos reflejos gastrocolicos en el colon, el peristaltismo en masa tiene lugar tres o cuatro veces por día, durante una ingesta o inmediatamente después.<sup>6</sup>

### **5.7 Digestión química en el intestino grueso**

La etapa final de la digestión se lleva a cabo en el colon mediante la actividad de las bacterias que habitan en su luz. Las glándulas del intestino grueso secretan moco, pero no producen ninguna enzima. El quimo se prepara para su eliminación por la acción de las bacterias, que fermentan los restos de hidratos de carbono y liberan gases hidrogeno, dióxido de carbono y metano. Estos gases contribuyen a la formación de flatos en el colon, que se denominan flatulencia cuando es excesiva. Las bacterias también convierten los restos de proteínas en aminoácidos y degradan a estos en sustancias simples: indol, escatol, sulfuro de hidrogeno y ácidos grasos. Una parte del indol y el escatol se elimina en las heces y le adjudican su olor; el resto se absorbe y transporta al hígado, donde se transforman en compuestos menos tóxicos y se excretan en la orina. Las bacterias también descomponen a la bilirrubina en pigmentos simples, como la estercobilina, que le otorga a las heces el color pardusco. Entre los productos bacterianos absorbidos en el colon se hallan varias vitaminas necesarias para el metabolismo normal, entre ellas las vitaminas B y la vitamina K.<sup>6</sup>

### **5.8 Absorción y formación de la materia fecal en el Intestino grueso**

Cuando el quimo permanece en el Intestino grueso por 3 a 10 horas se vuelve solido o semisólido por la absorción activa de agua denominándose entonces materia fecal o heces. Su composición química consiste en: agua, sales inorgánicas, células epiteliales descamadas de la mucosa del tracto gastrointestinal, bacterias, productos de la descomposición bacteriana, materiales digeridos pero no absorbidos y partes indigeribles de los alimentos.

Si bien el agua se absorbe en un 90% en el intestino delgado, el intestino grueso absorbe lo suficiente para convertirse en un órgano importante en el



equilibrio del agua corporal. Del 0.5 a 1 litro de agua que ingresa en el intestino grueso, todo se absorbe por osmosis excepto 100 a 200 ml. El intestino grueso también absorbe iones, como sodio y cloruro, y algunas vitaminas.<sup>6</sup>

## **5.9 Reflejo de defecación**

Los movimientos del peristaltismo en masa impulsan la materia fecal del colon sigmoideo al recto. La distensión resultante de la pared estimula a los receptores de estiramiento, que inician el reflejo de defecación. Este se produce de la manera siguiente: en respuesta a la distensión de la pared rectal los receptores envían impulsos nerviosos sensitivos a la medula espinal sacra. Los impulsos motores de la medula se dirigen de nuevo a lo largo de los nervios parasimpáticos hacia el colon descendente, colon sigmoideo, recto y ano. Las contracciones resultantes de los músculos longitudinales rectales acortan el recto y de esta manera aumenta la presión dentro de su interior. Esto junto con las contracciones voluntarias del diafragma y de los músculos abdominales, más la estimulación parasimpática, causa la apertura del esfínter anal interno. El esfínter anal externo se controla voluntariamente.

La cantidad de movimientos intestinales que una persona tiene en un periodo determinado depende de diversos factores como la dieta, la salud y el estrés. El rango normal de la actividad intestinal es de dos o tres movimientos por día a tres o cuatro movimientos por semana.<sup>6</sup>

## **5.10 Colectomía**

### **5.10.1 Definición**

La colectomía es una operación para extirpar parte del intestino grueso (colon) que está dañado o enfermo. Las indicaciones para la resección

colónica pueden ser electiva, urgente o emergencia. Las indicaciones comunes son tumores y carcinoma colónico y las enfermedades inflamatorias. Las indicaciones menos comunes son intususcepción íleo-cecal avanzada, lesiones, enfermedad vascular, enfermedad diverticular, vólvulos, etc. Todas estas condiciones generalmente producen obstrucción, sangrado visible, anemia, dolor, masa palpable o mala salud crónica.<sup>9</sup>

La resección de todo el colon (Colectomía) y la proctocolectomía, son operaciones de elección para pacientes con colitis ulcerosa (CU), la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y lesiones neoplásicas sincrónicas (NC). La proctocolectomía restauradora con anastomosis íleo-anal con reservorio (IPAA, por sus siglas en inglés: íleo pouch anal anastomosis) es el último recurso para muchos pacientes con CU y PAF. La colectomía extendida y la proctocolectomía total son operaciones con cierto grado de dificultad técnica, son cirugías de múltiples cuadrantes, con anastomosis intestinal, con necesidad de uso de suturas mecánicas y control de vasos de gran calibre.<sup>9</sup>

### **5.10.2 Fisiopatología**

El tracto gastrointestinal secreta cada día unos 7 litros de líquido, los cuales son reabsorbidos en su mayoría, quedando sólo unos 200 cc de agua en las heces. El colon juega un papel clave en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Además, también participa en la absorción de nutrientes como son el agua, sodio y ácidos grasos de cadena corta, procedentes de la fermentación bacteriana de carbohidratos no digeribles. El colon recibe aproximadamente 1.500 ml/día de secreciones del tracto gastrointestinal. Sin embargo, con las heces solo se elimina alrededor de 100-150 ml de líquido al día, ya que el resto es absorbido en el colon. En caso de colectomía total o parcial, el agua no absorbida se elimina con las

heces. Ello conlleva cambios en el volumen y consistencia de las heces, tanto más importantes cuanto mayor sea el segmento excluido, pero también dependiendo de su localización.<sup>7</sup>

El sodio se absorbe en su mayor parte en el yeyuno, pero también en el colon, donde se recupera el 90% del sodio restante mediante un mecanismo activo dependiente de la ATP asa de  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ , y no se acompaña de cotransporte de aniones, ni de intercambio de cationes. El mecanismo de absorción a nivel del colón se basa en la bomba de sodio y en el intercambio sodio-hidrógeno. El cloro presenta un patrón muy parecido al del sodio, e incluso podría depender de los mismos mecanismos de absorción. En caso de falta parcial o total del colon, la excreción de sodio por las heces aumentará en función de la longitud reseca. El potasio es absorbido en el yeyuno principalmente. En el colon este ión es secretado activamente en lugar de ser absorbido. Por lo tanto, en caso de cirugía colónica, apenas se altera el equilibrio del potasio.<sup>5</sup>

El movimiento del colon es el principal regulador de la función absorbiva y secretora, a la vez que condiciona la flora bacteriana, que tiene gran importancia. En el hemicolon derecho se producen ondas antiperistálticas que generan un flujo retrógrado del contenido colónico y facilitan la fermentación bacteriana en el ciego. En el ciego y colon ascendente se realiza la mayor parte de la absorción, mientras que en el colon transversal y descendente los movimientos peristálticos impulsan el contenido fecal en sentido distal. Por lo tanto, las hemicolectomías derechas son las resecciones parciales de colon que presentan más alteraciones en la motilidad intestinal. Después de una hemicolectomía derecha se produce una aceleración del tránsito debido a la pérdida del mecanismo antiperistáltico y el aumento de sales biliares en el colon transversal. Como consecuencia se produce una tendencia importante a las deposiciones diarreicas, que se compensará con el tiempo en la mayoría de pacientes. La fibra soluble está constituida por carbohidratos que no pueden ser digeridos por los enzimas

pancreáticos e intestinales, y por lo tanto, no pueden ser absorbidos en el intestino delgado y llegan al colon en forma de polímeros u oligosacáridos. Allí son fermentados por las bacterias colónicas, principalmente en el ciego, produciendo ácidos grasos de cadena corta (butírico, acético y propiónico), alcoholes y gases (CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>). Los ácidos grasos de cadena corta son absorbidos por el colon, proporcionando una fuente directa de energía para el colonocito. Además permite reducir de forma importante la carga osmótica del colon, y evitar una mayor pérdida hídrica. La absorción de ácidos grasos de cadena corta favorece la absorción colónica de sodio. Después de la cirugía colónica, dependiendo del segmento resecado, se pueden producir alteraciones de la flora colónica y el proceso de fermentación de carbohidratos, sobre todo en caso de resección del ciego.

El íleon terminal y el colon, con sus bacterias intestinales, también tiene un papel en la circulación enterohepática de ácidos biliares y el metabolismo del colesterol. La proctocolectomía con construcción de una anastomosis, de un reservorio, o con anastomosis íleo rectal, puede disminuir el pool de ácidos biliares. Se ha encontrado que estos pacientes presentan un perfil lipídico más favorable, debido al aumento de las pérdidas fecales de ácidos biliares, a pesar de que presentan una tasa de síntesis de colesterol anormalmente. Los pacientes a los que se ha practicado una colectomía con anastomosis íleo rectal o con ileostomía son los que presentan una alteración anatómica más importante, sobre todo si se ha realizado resección del segmento distal del íleon terminal, donde tiene lugar la absorción de bilis y ausencia de válvula ileocecal.<sup>5</sup>

Estos pacientes presentan aumento de la frecuencia y volumen de las deposiciones, que son de menor consistencia. En las primeras fases pueden llegar a expulsarse hasta 1.500 ml de heces líquidas biliosas diarias y realizar más de 10 deposiciones diarreicas al día. Cuando se reseca una porción importante del íleon terminal junto con la válvula ileocecal, ni las

sales biliares ni la vitamina B12 pueden reabsorberse. Esta última deberá suplementarse por vía IM de por vida.

La sigmoidectomía es la más frecuente de las resecciones colónicas y en la que se altera menos el patrón de movimientos colónicos. En la mayoría de pacientes a los que se practica una hemicolectomía izquierda normalmente no se producen problemas de pérdidas hidrosalinas ni aumento del número de deposiciones.<sup>5</sup>

### **5.10.3 Causas**

#### **5.10.3.1 Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)**

La poliposisadenomatosa familiar (PAF) es una patología autosómica dominante causada por mutaciones en el gen APC (cromosoma 5), y se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos adenomatosos en el epitelio colorrectal y el desarrollo de otros tumores extracolónicos, donde el carcinoma de la papila de Vater es la segunda causa de muerte después del cáncer colorrectal. Dentro de los tumores extra digestivos, los desmoides se presentan aproximadamente en un tercio de los pacientes sometidos a cirugía profiláctica, y se observan otros menos frecuentes como tiroides, osteomas, etc. Los pacientes con PAF clásica (PAFc) desarrollan durante la adolescencia y adultez temprana cientos a miles de pólipos en el colon y recto, que si se dejan sin tratamiento casi invariablemente desarrollarán cáncer colorrectal (CCR) antes de la quinta década de la vida. El conteo de pólipos mayor o igual a 1.000 confiere un riesgo relativo para CCR de 2,3 a los 40 años con una penetrancia cercana al 100%. La cirugía profiláctica se considera el tratamiento de elección en PAFc y está indicada al momento del diagnóstico sintomático o alrededor de los 20 años de vida para reducir el riesgo de desarrollar CCR.<sup>7</sup>

Las opciones terapéuticas son principalmente dos:

- Colectomía total más íleo-recto anastomosis (IRA)
- Proctocolectomía restauradora con reservorio ileal.

En centros de referencia, la proctocolectomía con ileostomía terminal, es cada vez menos frecuente. La decisión de cuál técnica utilizar depende de varios factores como el compromiso rectal con adenomas, la posibilidad de seguimiento endoscópico periódico y el deseo de fertilidad, ya que la extirpación del recto se acompaña de una reducción de la fertilidad. Independiente de cuál sea el procedimiento quirúrgico elegido, estos pacientes requieren evaluaciones periódicas del recto remanente, por una incidencia de cáncer en el muñón rectal de 25% a los 70 años de edad, con una tasa de proctectomía posterior de hasta el 60% a los 70 años. Por otra parte, en el reservorio ileal la posibilidad de desarrollar adenomas se incrementa con la edad del reservorio, y a los 15 años se estima que es de hasta el 75%, aunque el desarrollo de cáncer es infrecuente. En la anastomosis reservorio-anal, existe la posibilidad de formación de adenomas con displasia y adenocarcinomas a largo plazo, cuando queda mucosa rectal remanente.<sup>7</sup>

El desarrollo de registros genéticos y programas de alto riesgo ha demostrado incrementar la expectativa de vida de estos pacientes. Esta mayor sobrevida ha promovido que se identifiquen otras patologías asociadas a las mutaciones, las cuales se convierten en la principal causa de morbilidad y mortalidad a largo plazo una vez resecado el colon y el recto. Entre las manifestaciones extra intestinales están los tumores desmoides con incidencias reportadas alrededor de un 20%-30%, además de los osteomas y anomalías dentarias que tienen una incidencia similar. Aunque con una menor incidencia, pero igualmente importantes por su potencial de morbilidad y letalidad hay otras patologías como los tumores de tiroides (principalmente el cáncer papilar), tumores hepatobiliares (hepatoblastoma-

colangiocarcinoma tumores pancreáticos) y tumores del sistema nervioso central (meduloblastoma) entre otros.<sup>7</sup>

### **5.10.3.2 Enfermedades Inflamatorias Intestinales**

Las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) constituyen un grupo de enfermedades en las cuales existe una inflamación de la pared intestinal patológica, que tienden a tener una evolución crónica con períodos de actividad y remisión de la inflamación y de etiología aún desconocida.

Actualmente las EII incluyen principalmente a tres entidades: la Colitis Ulcerosa (CU), la Enfermedad de Crohn (EC), las dos más importantes, y la Colitis Indeterminada (CI) las cuales poseen en ocasiones similitudes que las hacen difícil de diferenciar.<sup>8</sup>

Las EII han presentado un aumento significativo en las últimas décadas en su incidencia y prevalencia tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La incidencia y prevalencia varían según el grupo étnico y factores ambientales, cifras internacionales indican globalmente una incidencia para la CU y EC de 1,525 y 0,8-9,8 por 100.000/hab y una prevalencia de 80-157 y 27-106 por 100.000/hab, respectivamente.

Ambas enfermedades se presentan a cualquier edad y en ambos sexos. Con una mayor frecuencia para la CU entre los 20-40 años y un segundo ascenso menor luego de los 60 años. La EC es más frecuente en la segunda y tercera década y un segundo aumento pequeño entre los 50-60 años.

La etiopatogenia de la EII es desconocida; pero se han identificado factores genéticos, inmunes, vasculares y ambientales que participan en el proceso inflamatorio crónico del intestino, que se caracterizan por la aparición de una lesión inmuno-inflamatoria relacionada con una disfunción de la respuesta inmunitaria intestinal por la que se pierde la tolerancia a ciertos antígenos intraluminales o la capacidad de limitar la inflamación intestinal. En personas normales la inflamación regresaría espontáneamente pero en aquellas

genéticamente predispuestas y que en la luz intestinal presentarían factores que estimulen continuamente al sistema inmunitario se produciría una liberación mantenida de mediadores inflamatorios y reclutamiento de células inflamatorias que conducirían al daño tisular.<sup>8</sup>

Diversos genes han sido asociados a la EII, destaca en la EC el gen NOD2/CARD15 ubicado en el cromosoma 16, que codifica una proteína que se expresa en monocitos, macrófagos, células epiteliales y células de Paneth, la cual es un sensor de microorganismos intracelulares.

Existiría una sobreproducción del factor de necrosis tumoral (TNF) y de otras citoquinas por una excesiva activación y migración de leucocitos. En la CU parece existir una tendencia a un patrón TH2 y en la EC de tipo TH1. Dentro de los factores ambientales destaca el tabaco, confiriendo un factor protector en la CU y de riesgo en la EC. La apendicectomía cuando ha sido realizada en la infancia confiere un factor protector en la CU. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden desencadenar crisis y los anticonceptivos orales favorecen el riesgo de microtrombosis en la mucosa y submucosa. También se han implicado infecciones gastrointestinales como factores desencadenantes.

#### **5.10.4 Signos y Síntomas de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales**

En la CU los síntomas inicialmente son graduales e intermitentes. La diarrea con sangre y/o mucus y la rectorragia son los síntomas más frecuentes (90% de los pacientes) asociada a pujo, tenesmo rectal y urgencia defecatoria. Dependiendo de la extensión de la enfermedad se puede acompañar de compromiso del estado general, baja de peso, fiebre o dolor abdominal tipo cólico que cede al obrar. Para evaluar la severidad de la CU se puede utilizar la Clasificación de Truelove-Witts modificada, la Clasificación de Montreal para la actividad y para la extensión de la CU.<sup>8</sup>



## Manifestaciones Clínicas

Colitis Ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Diarrea con mocus y sangre	Diarrea insidiosa
Anemia, fiebre	
Dolor abdominal, urgencia defecatoria, tenesmos	Dolor abdominal
Pérdida de peso, falla de crecimiento	Falla de crecimiento
Retraso puberal	Retraso puberal

Cuadro comparativo de las manifestaciones clínicas de la Colitis Ulcerosa y la Enfermedad de Crohn (Rev. Med. Chile, 2005)

## Clasificación Clínica de Severidad de Truelove-Witts modificada para Colitis Ulcerosa

Variable	1 punto	2 puntos	3 puntos
No. De deposiciones	<4/día	4-5	≥6
Sangre en deposiciones	Intermitente	Frecuente	Continua
T° (C°)	>37°C	37-37.8°C	>37.8°C
Frecuencia cardiaca	<80 por min	80-90 por min	>90 por min
Hemoglobina (g/L) Hombre/Mujer	>14/>12	10-14/9-12	<10/<9
VHS (mm/h)	<15	15-30	>30

Índice de actividad en la Colitis Ulcerosa (Truelove y Witts, 1955).

Puntaje total:

- 6 puntos: Enfermedad inactiva
- 7-10 puntos: Crisis Leve
- 11-14 puntos: Crisis Moderada
- 15-18 puntos: Crisis Grave

A diferencia de la CU, la EC puede afectar desde la boca hasta el ano en una forma discontinua y transmural. La EC es más polimorfa y el cuadro

clínico depende del sitio, fenotipo y extensión de la enfermedad. Cuando el fenotipo es inflamatorio, con afectación ileal y/o cólica los síntomas más frecuentes son diarrea y dolor abdominal cólico post prandial; puede ir acompañado fiebre, malabsorción, baja de peso y compromiso estado general.

Las EII se han asociado con otras enfermedades autoinmunes, por Ej: psoriasis, espondilitis anquilosante, esclerosis múltiple, enfermedad celíaca y artritis. Las EII pueden presentar manifestaciones extraintestinales las cuales ocurren en un 20-40% de los pacientes. Pueden comprometer cualquier órgano, sin embargo, los más frecuentemente afectados son: articulaciones, ojos, piel y vía biliar. En la presencia de manifestaciones extraintestinales existen evidencias de factores genéticos, inmunológicos y secundarios a complicaciones directas de la enfermedad inflamatoria.<sup>8</sup>

#### **5.10.5 Cáncer colorrectal**

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El riesgo de padecerlo está dado por la predisposición genética y los factores ambientales, y el de desarrollarlo se halla ligado a la edad, ya que más del 90% de los CCR esporádicos ocurren en personas mayores de 50 años.<sup>10</sup>

Aproximadamente el 5% de todos los CCR se deben a mutaciones genéticas heredadas mientras que del 95% restante de los casos, cerca del 20% tiene una historia familiar positiva. Por tanto, no se puede categorizar a cualquier síndrome de CCR como hereditario. Estos son probablemente causados por alteraciones genéticas secundarias a una predisposición hereditaria o a factores dietéticos y ambientales comunes.

El CCR evoluciona a través de la acumulación progresiva de alteraciones genéticas y epigenéticas, las que conducen a la transformación de la mucosa

colónica normal en cáncer invasivo. Dado que la mayoría de los CCR crece dentro de adenomas y que esta alteración tarda de 10 a 15 años en acontecer, los médicos poseen una apreciable ventana para la detección y eliminación de las lesiones premalignas o malignas tempranas. De reciente descripción, las lesiones aserradas muestran cambios moleculares y patológicos distintos que no se perciben comúnmente en los adenomas tradicionales.

Estas lesiones devienen en cáncer mediante una vía diferente, estimándose que presentan un tiempo más acelerado de evolución hacia la malignidad.<sup>10</sup>

### **5.11 Colostomía**

Un procedimiento alternativo o secuencial en los pacientes en los que se realizó resección de intestino grueso, es la colostomía, que es una operación que permite la derivación de los desechos, permitiendo que estos salgan del cuerpo.

Entendemos por ostomía a la derivación quirúrgica de una víscera (intestino) hacia el exterior con el fin de eliminar los desechos del organismo por un orificio artificial diferente al natural, conocido como estoma. El objetivo principal de las ostomías es crear una comunicación artificial entre dos órganos, o entre una víscera y la pared abdominal.<sup>25</sup>

La causa más frecuente de la realización de una colostomía, es el carcinoma de recto, aunque su realización también está indicada cuando hay causas inflamatorias, traumatismos y cuadros obstructivos secundarios a patologías neoplásicas para mantenimiento del colon en reposo, hasta la resolución de una patología aguda. Esto a su vez va a determinar la temporalidad de la colostomía, en las que distinguimos entre colostomías definitivas, siendo aquellas de carácter permanente durante toda la vida del paciente 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.<sup>25</sup>

Así podemos asociar el tipo de colostomía a ciertas patologías:

- Colostomías definitivas: carcinomas de recto y ano, lesiones inflamatorias, prolapso rectal, causas congénitas, lesiones o traumatismos anales o rectales y lesiones neurológicas que producen incontinencia intratable.
- Colostomías temporales: neoplasias de colon izquierdo, fistulas recto-vaginales, traumatismos perineal y rectal, diverticulitis y malformaciones congénitas.

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

- 1.- Cecostomia: 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.
- 2.- Colostomía ascendente: Muy rara vez se realiza, se instaura en el colon derecho y el fluido son heces semilíquidas e irritantes para la piel.
- 3.- Colostomía transversa: Se realiza a la altura del colon transversal derecho o izquierdo localizándose en la zona superior del abdomen derecho o izquierdo. Normalmente se hace cuando es cirugía de urgencia y el fluido dependerá de si es derecha: heces semilíquidas o semisólidas e irritantes para la piel en relación con la fluidez; o izquierda: heces semisólidas con riesgo de irritación cutánea.
- 4.- Colostomía descendente: se localiza en el lado izquierdo del abdomen a nivel del colon descendente con un fluido de heces formadas y menor riesgo de irritación cutánea.

5.- Colostomía sigmoide: Tiene lugar en el colon sigmoideo y se localiza en el lado izquierdo del abdomen. Es la más habitual y el fluido son heces solidas con menor riesgo de irritación cutánea.

6.- Colostomia terminal o sigmoidostomia: Se realiza una amputación abdominoperineal con la consiguiente pérdida de la continencia fecal.

7.- Colostomía en asa: Se exterioriza una parte del colon transverso derecho contenido con un tutor rígido.

8.- Hartmann: Es considerada de primera elección en los casos que es preciso reseca una parte del colon sin anastomosar en la misma intervención. El colon proximal se aboca hacia el exterior y el distal se sutura.<sup>25</sup>

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 heces a través del estoma y las colostomías continentales, que mantienen la evacuación voluntaria del material fecal y por lo tanto su almacenamiento mediante la creación de reservorios o el uso de mecanismos prótesis. El paciente portador de una ostomía tiene el riesgo de padecer una serie de complicaciones, que pueden aparecer tanto en el posoperatorio como después del alta hospitalaria y, que hacen preciso que reciban una atención personal continuada en el tiempo mediante los cuidados de enfermería para lograr su prevención y tratamiento.<sup>25</sup>

### **5.11.1 Complicaciones**

Dentro de las complicaciones que podemos ver en el posoperatorio inmediato encontramos:

- Absceso e infección: aparición de signos inflamatorios y supuración de la zona que rodea al estoma

- Dehiscencia: separación entre la mucosa y la piel circulante al estoma causada por infección en los bordes enfrentados en la sutura o la contaminación del campo quirúrgico durante la intervención.
- Dermatitis alérgica: lesión de la piel por sensibilización a algunos de los componentes del dispositivo de ostomía que se presenta como un área irritada que suele coincidir con el tamaño y forma del elemento alergizante.
- Dermatitis micotónica o microbiana: lesión en la piel periestomal debida a infección por hongos o bacterias que hace preciso un diagnóstico para determinar el agente responsable y aplicar el tratamiento adecuado.
- Edema: engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma por aumento del componente hídrico intersticial.
- Hemorragia: pérdida de sangre a nivel del estoma procedente de la zona periestomal o de la propia víscera.
- Hundimiento o retracción: se suele manifestar cuando la tensión es excesiva a nivel de la sutura mucocutánea por una inadecuada movilización intestinal originando el desprendimiento de la sutura antes de haberse adherido correctamente el intestino a la pared abdominal, lo que provoca el deslizamiento intestinal hacia la cavidad abdominal de forma total, hundimiento, o parcialmente, retracción.
- Necrosis: se produce por insuficiente aporte sanguíneo a la mucosa del estoma, que adquiere un color negro diferente a su color normal rojo brillante.<sup>25</sup>

## VI. PROCESO CUIDADO ENFERMERO

La enfermera quirúrgica participa en forma directa en la atención del paciente sometido a cirugía abdominal, específicamente en Resección de Intestino grueso, siendo esta la parte central de la presente Tesina; es por ello que el cuidado de enfermería es la base del ejercicio de nuestra profesión, considerándose el Proceso de Cuidado Enfermero el método por el cual se aplican los conocimientos a la práctica profesional, ya que este implica la aplicación del método científico a la práctica enfermera, con la interrelación de la Taxonomía NANDA, NOC y NIC.

La práctica del cuidado ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio; por lo que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale, quien describía que “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera, es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”<sup>15</sup>, aplicándose como herramienta metodológica en el actuar diario el Proceso de Cuidado Enfermero.

### **Proceso Cuidado Enfermero**

Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.<sup>11</sup>

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención. La organización de los

recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados.

Entre los más conocidos figuran:

- Cuidados funcionales o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería
- Cuidados Progresivos se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- Cuidados globales o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado d pacientes.
- Cuidados integrales se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.

Un sinónimo de acción cuidadora sería la actividad de enfermería y podríamos definir actividad enfermera como:

”El conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad específica de salud”.<sup>11</sup>

### **6.1 Metodología de elaboración del Proceso Cuidado Enfermero**

La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma. De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen.



Tipos de planes de cuidado:

- Individualizados: son los que se centran en que cada persona es un ser único.
- Estandarizados: se centran en que ante problemas comunes existen respuestas similares.

Los Planes de Cuidado estándar, nos proporcionan una guía completa de cuidados para situaciones específicas y proporciona unos menores tiempos de actuación de enfermería.<sup>11</sup>

Los Planes de Cuidado estándar no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro Plan de Cuidados estándar a cada uno de nuestros pacientes.

La estructura correcta para la realización de un Plan de Cuidados es la siguiente:

1. Valoración
2. Diagnósticos (NANDA)
3. Criterios de Resultados (Objetivos) (NOC)
4. Intervenciones (Actividades) (NIC)
5. Evaluación<sup>11</sup>

## **6.2 Etapas del Proceso Cuidado Enfermero**

### **1.- Valoración**

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta:

- Es un proceso; un camino hacia un objetivo o fin determinado, y formado por un conjunto de subfases.
- Está planificada, es decir, que se realiza de una manera razonada y diseñada con anterioridad.
- Es sistemática, ya que posee un orden establecido y de un método para su realización.
- Es continua, comienza con el primer contacto con el paciente y continúa durante todo el tiempo que se requiera.
- Es deliberada, precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de quien la ejecuta.

Es el primer paso que debe realizar la enfermera; puesto que todo el plan de cuidados del PE se basa en los datos recogidos, es muy importante que la información obtenida del paciente, su familia, historia clínica, etc., sea validada, completa y esté bien organizada.

El objetivo general de la valoración enfermera es el querer, el saber y el poder determinar, acertadamente en cada momento, la situación de salud que están viviendo las personas, así como la naturaleza de su respuesta a ésta.

En el proceso de enfermería, una vez que la enfermera en la fase de valoración ha recogido todos los datos pertinentes, los ha validado y organizado; pasa a la fase de diagnóstico donde procede al análisis y a la síntesis de la información obtenida, tras lo cual debe expresar cuál es la conclusión a la que ha llegado tras la valoración.

## **2.- Diagnóstico**

Durante esta etapa se identificarán las respuestas de las personas o grupos ante situaciones de salud determinadas. Se pueden encontrar dos

tipos de respuestas, en función de si competen de manera exclusiva a los profesionales de enfermería (diagnóstico de enfermería), o de si deben afrontar el problema de forma coordinada con otros profesionales (problemas de colaboración o interdependientes).

La Taxonomía NANDA es la herramienta que se emplea para nombrar, ordenar y clasificar los diagnósticos de enfermería. Utilizando esta taxonomía universal, se puede conseguir estandarizar los registros de enfermería. El diagnóstico de enfermería, además de guiarnos en el proceso enfermero hacia los resultados (objetivos) e intervenciones, es una gran herramienta para el desarrollo profesional. La enfermera tiene autonomía y responsabilidad, tanto de sus acciones como del resultado final. Teniendo todo el control y autoridad sobre la situación. Este proceso ayudará al desarrollo de la disciplina y de la profesión enfermera.

### **3.- Planeación**

Tras la identificación de los diagnósticos enfermeros y de los problemas interdependientes, en el proceso enfermero comienza la fase de planeación. Las fases de diagnóstico y de planeación están íntimamente ligadas. Los objetivos y las intervenciones que se planifican derivan de los diagnósticos identificados. Una vez que, junto con el paciente, se han programado los objetivos y las intervenciones enfermeras, es hora de poner en marcha la fase de ejecución en la que se determina si el plan se está ejecutando como se ha planificado, al mismo tiempo que se identifican los factores que pueden favorecer o dificultar la intervención.

La planificación consiste en el desarrollo de estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el juicio diagnóstico. Se realiza el plan de cuidados, que determina los objetivos/resultados que va a lograr

el paciente y todas las intervenciones enfermeras que se van a llevar a cabo para conseguirlos.

La planificación tiene cuatro objetivos principales:

- Guiar y dirigir los cuidados y la documentación: marca pautas y obtiene información acerca de los cuidados que se realizan al paciente.
- Promover la comunicación entre todos los cuidadores, fomentando la continuidad de los cuidados enfermeros.
- Crear un registro para utilizar en la evaluación, investigación en enfermería, etc.
- Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.

La planificación es responsabilidad de la enfermera, pero para que el plan de cuidados sea correcto, completo y eficaz, es crucial la participación y colaboración del paciente y de las personas de apoyo.

#### **4.- Ejecución**

En esta fase se pone en marcha el plan de cuidados con el fin de cumplir los objetivos. Usando la terminología NIC, la ejecución consiste en la aplicación y el registro de actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones enfermeras.

El proceso de ejecución es compuesto por las siguientes actividades:

- Actualización de los datos: se repasan y se añaden otros.
- Revaloración del paciente/revisión del plan: en diagnóstico enfermero supone respuestas del paciente que pueden variar, por lo que antes de aplicar una intervención, la enfermera ha de volver a valorar al paciente para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria.

- Información al paciente sobre las acciones a ejecutar: antes de comenzar la actividad, se debe informar al paciente sobre las acciones a ejecutar: antes de comenzar la actividad, se debe informar al paciente sobre lo que se va a efectuar. Es importante utilizar un lenguaje claro y comprensible.
- Aplicación de las intervenciones enfermeras: es la auténtica puesta en marcha del plan de cuidados. Según A. Berman y S. Snyder, las enfermeras cuando ejecutan las intervenciones deben seguir estas pautas:
  - Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia.
  - Comprender claramente las intervenciones a tener en marcha y cuestionar las que no se entiendan.
  - Adaptar las actividades a cada paciente.
  - Ejecutar una asistencia segura.
  - Proporcionar educación, apoyo y bienestar.
  - Ver al paciente como un ser integral.
  - Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima.
  - Animar a los pacientes a participar activamente en la aplicación de las intervenciones de enfermería.
- Supervisión de la asistencia delegada: se puede delegar en otro profesional la asistencia al paciente, sin embargo, la enfermera es la responsable de la asistencia global, se debe asegurar, por tanto, que las actividades delegadas se han ejecutado tomando como base el plan asistencias establecido.

Alfaro (1995), define la delegación como “el traspaso a un individuo competente de la autoridad para hacer una tarea seleccionada en una

situación seleccionada, mientras se hace la responsabilidad de los resultados”, es decir, que la enfermera puede delegar la autoridad a otro profesional pero nunca podrá delegar la responsabilidad del resultado.

- Valoración de la respuesta del paciente: requiere una recogida sistemática y precisa de los datos.
- Registro de la acción ejecutada y de la reacción del paciente: tras llevar a cabo las actividades enfermeras, se finaliza el proceso de ejecución registrando por escrito todas las actividades realizadas y las respuestas del paciente

## 5.- Evaluación

Tras poner en marcha el plan de cuidados, comienza la fase de evaluación. A pesar de situarla como la última etapa del proceso enfermero, se trata de una actividad planificada y continua que se debe realizar paralelamente a cada acción de enfermería.

La evaluación posee gran relevancia puesto que las conclusiones extraídas durante esta etapa determinarán si las intervenciones enfermeras deben finalizarse, prolongarse en el tiempo o modificarse.

Berman y Snyder defienden que mediante la evaluación, los profesionales de enfermería demuestran tres cuestiones fundamentales:

- La responsabilidad de sus acciones, ya que se visibilizan y se ponderan las consecuencias de su trabajo.
- El interés de los profesionales en los resultados de sus actividades, porque al efectuar la evaluación se está demostrando preocupación por las repercusiones de las acciones llevadas a cabo.
- Un deseo de progreso manifestado por la sustitución de acciones ineficaces por otras con mejores resultados.

La evaluación es un proceso de identificación del progreso dirigido hacia la consecución de objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente al comparar la situación real con los objetivos que se habían fijado previamente.

En el caso de existir diferencias entre los objetivos marcados en la etapa de planificación y los objetivos reales obtenidos durante la fase de evaluación, se tiene que modificar el plan. Solo se dará por concluido el proceso clínico cuando se hayan cumplido todos los objetivos, asegurando de esta manera el hecho de proporcionar a los pacientes unos cuidados de calidad.<sup>11</sup>

### **6.3 Plan de cuidados**

El origen de los Planes de Cuidados se encuentra en la aplicación de la Metodología enfermera del Proceso Enfermero. La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado al objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma. De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen. Dada la dificultad que entrañaría la realización de Planes de Cuidado individualizados, en la práctica se realizan de forma estandarizada.

Un Plan de cuidados estandarizado, es aquel en el que se definen las respuestas de una persona frente a una situación tipo específico, asignando la responsabilidad y la actuación del personal de enfermería. El plan estandarizado debe individualizarse, es decir, aplicarse a cada persona en particular, basándose en una valoración detallada del paciente y atendiendo a los problemas detectados en él.<sup>11</sup>

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería suponen una herramienta muy útil para nuestra profesión, aportando una mejor comunicación con los pacientes y entre los propios profesionales, favoreciendo la continuidad de los cuidados, fomentando la formación para el

desarrollo de la profesión y facilitando la aplicación del Proceso Enfermero en su aplicación y registro.<sup>11</sup>

#### **6.4 Valoración por patrones**

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon aporta una serie de ventajas al proceso. Los patrones pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta; se adaptan muy bien al ámbito de la atención primaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA. Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

##### **6.4.1 Valoración Específica para paciente con resección de intestino grueso**

###### **Patrón 1: Percepción-Manejo de salud**

¿Cuál es su ocupación actual?\_\_\_\_\_ ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? Sano\_\_\_\_\_ Regular\_\_\_\_\_ Enfermo\_\_\_\_\_ ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud en el último año? Sí:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ Tiene prácticas perjudiciales para su salud ¿Fuma? Sí: No:  Frecuencia:\_\_\_\_\_ veces por semana\_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Bebe alcohol? Sí:  No:  Frecuencia:\_\_\_\_\_ veces por semana\_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su



edad o sexo? Sí:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ ¿Se apega estrictamente a los tratamientos indicados por los profesionales de salud? Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ ¿Es alérgico a alguna sustancia? Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Si:  No:  Describa las condiciones de su vivienda y comunidad: \_\_\_\_\_  
Describa la condición de sus prácticas higiénicas personales: \_\_\_\_\_  
Describa la condición de sus prácticas higiénicas en su vivienda: \_\_\_\_\_.

### Patrón 2: Nutricional- Metabólico

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_  
Bajo peso <20  Peso normal (20-25)  Sobrepeso (25-30)  Obesidad >30  
 Su apetito es: Normal  Aumentado  Disminuido  Perdido   
Horas de alimentos: Desayuno: \_\_\_\_\_ Media Mañana: \_\_\_\_\_ Comida: \_\_\_\_\_  
Merienda: \_\_\_\_\_ Cena: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces a la semana consumes estos alimentos? Frutas y verduras \_\_\_\_\_ Cereales y leguminosas \_\_\_\_\_ Productos de origen animal \_\_\_\_\_ Lácteos \_\_\_\_\_ Alergias alimentos  Nauseas   
Vómitos:  Dificultad de deglutir:  Sólidos:  Líquidos:  Dieta prescrita:  
Oral:  Enteral:  Parenteral  Líquida:  Blanda:  Normal:   
Indicación: Cantidad: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Calorías: \_\_\_\_\_ Tipo de sonda: \_\_\_\_\_ Fecha de colocación: \_\_\_\_\_ Encías: Normal:  Blancas:  Rojas:  Sangrantes:  Lengua: Limpia:  Saburral:   
Lesiones:  Piezas dentales: Completas:  Incompletas:  Prótesis parcial:  Prótesis total:  Piel: Rosada:  Pálida:  Cianótica:  Ictérica: Fría:  Húmeda:  Flexible:  Firme:  Frágil:  Fría:  Seca:  Fría:  Deshidratada: Fría:  Presencia de lesiones: \_\_\_\_\_.

### Patrón 3: Eliminación

**INTESTINAL:** Frecuencia: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Consistencia: \_\_\_\_\_ Color: \_\_\_\_\_  
Estreñimiento:  Presenta alguna de las siguientes alteraciones:

Dolor al defecar:  Flatulencia:  Dolor abdominal:  Fisuras:   
Tenesmo:  Incontinencia fecal:  Distensión abdominal:  Hemorroides  
 Sangre en heces:  Fecalomas (Impactación)  Estreñimiento:   
Ruidos intestinales  Sistemas de ayuda: Enemas:  Supositorios:   
Ostomias:  Laxantes:

**URINARIA:** Frecuencia: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_

Presenta alguna de las siguientes alteraciones: Incontinencia:  Disuria:   
Globo vesical:  Poliuria:  Nicturia:  Retención  Hematuria:   
Polaquiuria:  Oliguria:  Sistemas de ayuda: Sonda vesical:  Apósito:   
Pañal:  Urostomía:

**PIEL:** Sudoración excesiva:  Heridas exudativas:  Drenajes:  Edema

#### **Patrón 4: Actividad /ejercicio**

Usted es: Ama de casa:  Estudiante:  Empleado:  Jubilado:   
Incapacitado:  ¿Tiene dificultades para desempeñar sus actividades?  
Si:  No:  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Realiza actividad física periódica: Si:  No:  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ ¿Utiliza algún auxiliar  
para deambular? Si:  No:  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Bipedestación: Normal:   
Anormal:  Tipo de marcha: \_\_\_\_\_ Vértigos:  Limitación para el  
movimiento:  Alteraciones en el equilibrio: Si:  No:  Especifique:  
\_\_\_\_\_ Problemas de coordinación: Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_  
Estado cardiovascular: FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_ Apnea del sueño:   
Apnea:  Tos:  Tipo de tos: \_\_\_\_\_ Paresia:  Parestesia:  Hipotonía  
muscular:  Encamado:  Inmovilizado:  Deambulando:  Resultado de:  
oximetría: \_\_\_\_\_ Gasometría arterial: \_\_\_\_\_ Llenado capilar:  
\_\_\_\_\_

#### **Patrón 5: Sueño- Descanso**

¿Cuántas horas duerme diariamente? \_\_\_\_\_  ¿Se despierta con frecuencia  
a lo largo de la noche? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y

con la energía suficiente para iniciar el Día? Siempre  Algunas veces   
Nunca  ¿Tiene pesadillas?\_\_\_\_\_¿Toma alguna sustancia para  
dormir?\_\_\_\_\_ ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?  
Siempre Algunas veces  Nunca ¿Durante su estancia hospitalaria  
existe alguna dificultad para conciliar el sueño? Si:  No:  Especifique:  
\_\_\_\_\_.

### **Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo**

Toma decisiones independientemente: Si:  No:  Está orientado: Tiempo:   
Persona:  Espacio:  Tiene pérdida de memoria: Si:  No:  Sabe leer: Si:  
 No:  Sabe escribir: Si:  No:  Especificar: \_\_\_\_\_ Alteraciones:  
Visuales:  Auditivas: Olfatorias:  Tacto:  De equilibrio:  \_\_\_\_\_  
Nivel de conciencia: Alerta:  Apático:  Confuso:  Estuporoso:   
Comatoso:  Sedado:  Recuperación pos anestésica: Si:  No:  Dolor:  
Si:  No:  Localización: \_\_\_\_\_ Escala visual análoga (EVA): \_\_\_\_\_  
Datos agregados con el dolor: \_\_\_\_\_Medidas no farmacológicas: \_\_\_\_\_  
Resultados de estudios de laboratorio / gabinete: \_\_\_\_\_ ¿Qué información  
tiene el paciente / familia sobre su enfermedad y cuidados?: \_\_\_\_\_.

### **Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto**

Reactividad emocional: Adecuada al contexto:  Baja autoestima:   
Desesperanza:  Percepción imagen corporal: Ajustada a la realidad:   
Confusa: Equivocada:  Actitud frente a su cuerpo: Aceptación:   
Rechazo: Ira:  Auto descripción de sí mismo: Ajustada a la realidad:   
Sobre valoración:  Exageración:  Autoevaluación general y competencia  
personal: Positiva:  Negativa:  Indiferente:  Sentimientos respecto a auto  
evaluación personal: Ansiedad:  Impotencia:  Tristeza:  Culpabilidad:   
Inferioridad:  Euforia:  Inutilidad:  Ideas de suicidio Si:  No:  
Comportamiento adoptado para afrontar / compensar los  
sentimientos:\_\_\_\_\_ Percepción de exigencias o presiones: Si:  No:

### Patrón 8: Rol- Relaciones

¿Con quién vive?: \_\_\_\_\_ En su familia, desempeña el rol de: \_\_\_\_\_  
¿Qué persona es más significativa para usted?: \_\_\_\_\_ Se ha distanciado  
de ella: Si:  No:  ¿Por qué? \_\_\_\_\_ ¿Ha modificado sus actividades  
cotidianas en los últimos meses? Si:  No:  ¿Se siente solo?: Si:  No:   
Personas de quien ud recibe apoyo: Familia:  Compañeros de trabajo:   
Amigos:  Usted ¿A quién cuida?: \_\_\_\_\_ ¿Quién lo cuida a usted?  
\_\_\_\_\_ Dificultades por cuidar o ser cuidado: Si:  No:  Tiene  
problemas por cuidados prolongados: \_\_\_\_\_ Ha tenido pérdidas  
significativas en los últimos meses: Si:  No:

### Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

#### MUJER:

Menarca: \_\_\_\_ Telarquia: \_\_\_\_ Pubarquia: \_\_\_\_ Fecha de IVSA: \_\_\_\_\_  
Protección durante la relación: \_\_\_\_\_ No. de parejas: \_\_\_\_\_ Está satisfecha  
con su actividad sexual: Si:  No:  Método de planificación familiar: Si:   
No:  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Dispareunia : Si:  No:  Dismenorrea:   
Infertilidad:  Disminución de la libido:  Presencia de bochornos:   
Resequedad vaginal:  Transpiraciones nocturnas:  Insomnio:  Último  
Papanicolaou: \_\_\_\_\_ Última autoexploración de mamas: \_\_\_\_\_ Última  
menstruación: \_\_\_\_\_ Embarazos: \_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_  
Abortos: \_\_\_\_\_.

#### HOMBRE:

Fecha de desarrollo de genitales externos: \_\_\_\_\_ Pubarquia: \_\_\_\_\_  
Andropausia: \_\_\_\_\_ Método de planificación familiar: Si:  No:  Función  
sexual: Fecha de IVSA: \_\_\_\_\_ Protección durante la relación: \_\_\_\_\_ No. de  
parejas: \_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_ Examen de próstata: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Problemas de erección:  Problemas de  
eyaculación precoz:  Satisfacción sexual: Si:  No:

### **Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés**

Ha tenido algún cambio, crisis o pérdida importante recientemente? Si:   
No:  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ El cambio le ocasiona: Amenaza:  Preocupación:  
 Ansiedad:  Sobreprotección:  Crecimiento:  Lo niega:  Se  
autolesiona:  Abuso de sustancias:  ¿Anteriormente había tenido algún  
otro cambio, crisis o pérdida importante? Si:  No:  ¿Éxito en la resolución  
de problemas? Si:  No:  ¿Se adaptó a los cambios? Si:  No:   
¿Cambios en el estilo de vida? Si:  No:  ¿Cambios de residencia? Si:   
No:  Presenta algunas alteraciones como: Agresión:  Tristeza:   
Cefalea:  Desesperanza:  Alteración del Humor:  Culpa:  Irritabilidad:  
 Preocupación:  Negatividad:  Actitud defensiva:  Ansiedad:   
Angustia:  Náusea:  Taquicardia:  Diarrea:  Vómitos:   
Otros: \_\_\_\_\_ ¿Qué medidas utiliza para disminuir el estrés? \_\_\_\_\_.

### **Patrón 11: Valores y Creencias**

Actitud religiosa del usuario: Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ Se  
apoya usted en sus valores o creencias frente a su enfermedad: Si:  No:  
 Especifique: \_\_\_\_\_ Sus prácticas religiosas o ideas culturales  
interfieren con su enfermedad: Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_ Sus  
prácticas religiosas o ideas culturales interfieren con su tratamiento: Si:  No:  
 Especifique: \_\_\_\_\_ Mitos o creencias del usuario/ familia  
sobre su estado de salud y cuidado: Si:  No:  Especifique: \_\_\_\_\_  
Mitos o creencias del usuario/ familia sobre su estado de salud y cuidado: Si:  
 No:  Especifique: \_\_\_\_\_.

## **6.5 Jerarquización de Diagnósticos Enfermeros**

Los Diagnósticos de Enfermería identificados que se presentan con mayor incidencia en el periodo perioperatorio en el proceso de Resección de Intestino Grueso son:

- Ansiedad
- Riesgo de Sangrado
- Deterioro de la integridad tisular
- Riesgo de infección
- Trastorno de la imagen corporal
- Disposición para mejorar la nutrición



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la concentración</li> <li>• Conciencia de síntomas fisiológicos</li> <li>• Preocupación</li> </ul> <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquietud</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Lanzar miradas alrededor</li> </ul> <p>Fisiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la sudoración</li> <li>• Temblor de manos</li> <li>• Voz temblorosa</li> </ul> <p>Parasimpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones en el patrón del sueño</li> <li>• Disminución de la presión arterial</li> <li>• Disminución de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Nausea</li> </ul> <p>Simpáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la frecuencia respiratoria</li> <li>• Aumento de la presión arterial</li> <li>• Aumento de la frecuencia cardíaca</li> <li>• Dilatación pupilar</li> <li>• Sequedad bucal</li> </ul>	Autocontrol de la ansiedad	disminución de la duración de los episodios	Hasta siempre demostrado		
			140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad		
		1302 Afrontamiento de problemas	130203 Verbaliza sensación de control	Desde nunca demostrado	
			130204 Refiere disminución del estrés		
		130205 Verbaliza aceptación de la situación	Hasta siempre demostrado		
		140201 Monitorizar la intensidad de la ansiedad	Desde nunca demostrado		
	1402 Autocontrol de la ansiedad	140203			



		Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso	Hasta siempre demostrado	
		140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad		

Intervenciones (NIC): 5820 Disminución de la ansiedad	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno que de seguridad</li> <li>• Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</li> <li>• Escuchar con atención</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza</li> <li>• Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente</li> <li>• Observar si hay signos verbales o no verbales de ansiedad</li> </ul>	<p>La ansiedad es una emoción normal que aparece en el sujeto como signo de alarma para advertir al individuo de algún peligro o adversidad.<sup>22</sup></p> <p>La ansiedad impide la tranquilidad del enfermo, así como dificulta su recuperación, haciéndola más larga y costosa tanto física como económicamente y puede favorecer la aparición de otras enfermedades, como la depresión.<sup>22</sup></p> <p>Además, la ansiedad a la intervención quirúrgica altera el reposo y el sueño del paciente, por lo que la orientación y realización de los procedimientos relacionados con ejercicios respiratorios, expulsión de secreciones, movilización o utilización de aparatos, influye en la colaboración durante el periodo posoperatorio sin temor a dolor, inquietud u otros aspectos.<sup>23</sup></p>
Intervenciones (NIC): 5270 Apoyo emocional	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones</li> </ul>	<p>El periodo entre el planteamiento de la necesidad de cirugía y la hospitalización son causa de ansiedad en el paciente.<sup>24</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo</li> <li>• Tocar al paciente para proporcionarle apoyo</li> <li>• Animar al paciente para que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza</li> <li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional</li> <li>• No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado</li> </ul>	<p>La escucha activa y la empatía permite en el paciente una sensación de sentimiento de seguridad.</p> <p>La ansiedad y temor a lo desconocido, a la muerte e incapacidad y a un pronóstico fatal, alteran el equilibrio psicofisiológico.</p> <p>La ansiedad y el temor aumentan el riesgo quirúrgico y predispone al paciente a complicaciones mortales como estados de choque y alteraciones del ritmo cardiaco.<sup>24</sup></p> <p>El desarrollo oportuno de las acciones durante el ingreso del paciente, asegura un alto grado de atención a la salud.</p>
--	--

Intervenciones (NIC): 5880 Técnica de relajación	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener contacto visual con el paciente</li> <li>• Permanecer con el paciente</li> <li>• Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda</li> <li>• Sentarse y hablar con el paciente</li> <li>• Frotar la espalda, según corresponda</li> <li>• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda</li> </ul>	<p>La tranquilidad del paciente depende de la ausencia de dolor, de complicaciones pos anestésicas, así como de una posición confortable.</p> <p>El tono normal de voz, la orientación al enfermo sobre lugar, tiempo y espacio; la información sobre la realización de la cirugía, y el conocimiento de su estado físico a sus familiares, son aspectos que tranquilizan al paciente.<sup>24</sup></p>

Intervenciones (NIC): 5230 Mejorar el afrontamiento	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador</li> <li>• Proporcionar un ambiente de aceptación</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener</li> </ul>	<p>Un ambiente terapéutico requiere de relaciones humanas y familiares adecuadas a cada situación.</p> <p>La comunicación y relación interpersonal influyen en la participación efectiva del individuo y la familia.<sup>24</sup></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</li> <li>• Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos</li> </ul>	<p>La comprensión del procedimiento disminuye o calma la ansiedad.</p> <p>El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad para utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y adaptarse adecuadamente a las diferentes situaciones.<sup>24</sup></p>
---	---

### 6.6.2 DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00206 RIESGO DE SANGRADO

Dominio: 11 Seguridad/protección	Clase: 2 Lesión Física			
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Etiqueta (problema) <b>00206 Riesgo de sangrado</b></p> <p>Definición: Vulnerable a una disminución del volumen de sangre que puede comprometer a la salud.</p> <p>Factor de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Traumatismo</li> </ul>	<p>401 Estado circulatorio</p>	<p>40104 Presión arterial media</p> <p>40105 Presión venosa central</p> <p>40137 Saturación de oxígeno</p> <p>40151 Relleno capilar</p> <p>40104</p>	<p>Desviación grave del rango normal</p> <p>Hasta sin desviación del rango normal</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición correspondiente.</p>

		Palidez  40157 Temperatura de la piel disminuida	Desde grave  Hasta ninguno	
--	--	---	----------------------------------	--

Intervenciones (NIC): 4010 Prevención de hemorragias	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias</li> <li>• Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado</li> <li>• Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta)</li> <li>• Realizar estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinógeno, productos de degradación/escisión de fibrina y recuento de plaquetas, según corresponda</li> <li>• Controlar los signos vitales ortostáticos, incluida la presión arterial</li> <li>• Administrar hemoderivados (plaquetas y plasma fresco congelado), según corresponda</li> <li>• Indicar al paciente que evite tomar antiagregantes plaquetarios u otros anticoagulantes.</li> </ul>	<p>La comunicación oportuna y realización de exámenes de laboratorio confirman el diagnóstico y permiten el tratamiento oportuno.</p> <p>Los exámenes de laboratorio permiten completar la valoración del estado físico del paciente.<sup>24</sup></p> <p>Una de las funciones de la enfermera quirúrgica, es la visita preoperatoria, donde valorara los exámenes de laboratorio, en los que identificara los datos relevantes que podrían poner en riesgo el estado de salud del paciente en el periodo quirúrgico.</p> <p>Una alteración en los tiempos de coagulación o el nivel de hemoglobina, puede poner en mayor riesgo de sangrado el estado del paciente.</p> <p>Para lograr el éxito en la intervención quirúrgica la enfermera debe corroborar las unidades de elementos sanguíneos disponibles para el paciente en el servicio de banco de sangre.</p>

Intervenciones (NIC): 6610 Identificación de riesgos	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores</li> <li>• Revisar los datos derivados de las medidas rutinarias de evaluación de riesgos</li> <li>• Mantener los registros y estadísticas precisos</li> <li>• Aplicar las actividades de reducción del riesgo</li> <li>• Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud</li> </ul>	<p>Cada paciente tiene una situación individual y, por lo tanto, la corrección de los estados fisiológicos anormales depende de su estado clínico y su peso.</p> <p>Una valoración correcta y previa a la intervención quirúrgica incrementa la reparación tisular de la herida, y disminuye o evita las complicaciones transoperatoria y posoperatoria.<sup>24</sup></p>

### 6.6.3 DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

Dominio: 11 Seguridad/protección		Clase: 2 Lesión física		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Etiqueta (problema) <b>00044 Deterioro de la Integridad Tisular</b></p> <p>Definición: Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema intertegumentario, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula de la articulación y/o ligamento.</p>	<p>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<p>110104 Hidratación</p> <p>110111 Perfusión tisular</p> <p>110113 Integridad de la piel</p>	<p>Desde gravemente comprometido</p> <p>Hasta no comprometido</p>	

<p>Factores Relacionados (causas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro de la circulación</li> <li>• Factores mecánicos</li> <li>• Procedimiento quirúrgico</li> </ul> <p>Características definitorias (signos y síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daño tisular</li> <li>• Destrucción tisular</li> </ul>	<p>1615 Autocuidado de la ostomía</p>	<p>161501 Describe el funcionamiento de la ostomía</p>	<p>Desde nunca demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición correspondiente.</p>
		<p>161502 Describe el propósito de la ostomía</p>		
		<p>161507 Vacía la bolsa de ostomía</p>	<p>Hasta siempre demostrado</p>	
		<p>161513 Evita alimentos y bebidas flatulentos</p>		
		<p>161519 Expresa aceptación de la ostomía</p>		

Intervenciones (NIC): 0480 Cuidados de la ostomía	Fundamentación
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente/familiares en la utilización del equipo/cuidados de la ostomia</li> <li>• Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario</li> <li>• Observar la curación de la incisión /estoma</li> <li>• Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como</li> </ul>	<p>La presencia de lesiones en la piel influye en la posible colonización de microorganismos y el riesgo de infección en el sitio de incisión.<sup>24</sup> El sitio adecuado del estoma es muy importante para el funcionamiento adecuado y el manejo del mismo paciente.</p>

<p>obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía</li> <li>• Cambiar/vaciar la bolsa de colostomía, según corresponda</li> <li>• Ayudar al paciente a practicar los autocuidados</li> <li>• Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente</li> <li>• Instruir al paciente como monitorizar la presencia de posibles complicaciones (lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección)</li> <li>• Instruir al paciente/allegados acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación</li> <li>• Enseñar al paciente a intubar y drenar la bolsa indiana siempre que la note llena (cada 4-6 horas)</li> <li>• Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo su vida normal con la ostomía.</li> </ul>	<p>Esto logrará confort y estética en el paciente.<sup>25</sup></p> <p>La piel es la principal barrera protectora contra infecciones y lesiones, la valoración de enfermería diariamente ayudará a prevenirlas. La limpieza es parte importante de la higiene e integridad cutánea. Se requiere limpiar y secar la piel para que las cintas adhesivas de la barrera y la bolsa se fijen adecuadamente a ella.</p> <p>La descarga frecuente líquida y semilíquida, contiene enzimas perjudiciales que pueden lesionar la piel. La secreción excesiva aumenta el peso en la bolsa, lo que puede dañar el sello y provocar escape de líquido alrededor de él.</p> <p>Lavar la piel con agua tibia facilita la limpieza de remanentes de secreción. El sistema de bolsa debe cambiarse antes de que haya escurrimiento.</p> <p>El tiempo individual de utilización depende de cuánto puede permanecer intacta la bolsa sin que haya fugas.<sup>25</sup></p>
---	---

Intervenciones (NIC):3590 Vigilancia de la piel	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas</li> <li>• Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda</li> <li>• Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de la integridad de la piel (escala de Braden)</li> <li>• Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la</li> </ul>	<p>La piel y mucosas generalmente contienen gérmenes.</p> <p>La humedad favorece el crecimiento bacteriano. La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del paciente a profesionales de la salud indicados.<sup>24</sup></p> <p>La limpieza de la herida (espacios muertos, bordes de la herida, fístulas) y absorción de exudados, impiden la</p>

<p>piel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay infección especialmente en las zonas edematosas</li> <li>• Observar si la ropa queda ajustada</li> <li>• Documentar los cambios en la piel y las mucosas</li> <li>• Instaurar medidas para evitar mayor deterioro</li> <li>• Instruir al familiar/cuidados acerca de los signos de perdida de la integridad de la piel, según corresponda</li> </ul>	<p>formación de abscesos y maceración de tejido circundante y favorece el proceso de cicatrización.<sup>25</sup></p> <p>La presión capilar normal oscila entre 16 mm Hg en el espacio venoso capilar y 32 mm Hg en el espacio arterial capilar. Si se ejercen presiones superiores a éstas en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se origina un proceso de isquemia que si se prolonga en el tiempo ocasionará muerte celular. La respuesta orgánica para compensar esta situación es una vasodilatación o hiperemia reactiva (aspecto enrojecido) que conduce a una acumulación de catabolitos tóxicos en el tejido y a la aparición de edema e infiltración celular. La progresiva hipoxia produciría una muerte irreversible de las células de la piel con formación de necrosis.<sup>29</sup></p>
---	--

#### 6.6.4 DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00004 RIESGO DE INFECCIÓN

Dominio: 11 Seguridad/protección		Clase: 1 Infección		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Etiqueta (problema) <b>00004 Riesgo de infección</b></p> <p>Definición: Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.</p>		<p>190201 Reconoce los factores de riesgo personales</p> <p>190202 Controla los</p>		



Factor de riesgo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición</li> <li>• Enfermedad Crónica</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Procedimientos invasivos</li> </ul> Defensas primarias inadecuadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración en la integridad cutánea</li> </ul> Defensas secundarias inadecuadas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución en la hemoglobina</li> </ul>	1902 Control del riesgo	factores de riesgo ambientales  190203 Controla los factores de riesgo personales	Desde nunca demostrado	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición correspondiente.
		190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo  190209 Evita exponerse a amenazas para la salud	Hasta siempre demostrado	

Intervenciones (NIC): 6540 Control de infecciones	Fundamentación
Actividades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes</li> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro</li> <li>• Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado</li> <li>• Utilizar jabón antimicrobiano para que el lavado de manos sea apropiado</li> </ul>	La promoción de la adecuada higiene de las manos reduce el riesgo de contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria. Esta acción sigue siendo la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos. <sup>24</sup>  Al brindar cuidados con las manos seguras se ofrece un servicio de calidad que preserva la seguridad del paciente en

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de los pacientes</li> <li>• Poner en práctica las precauciones universales</li> <li>• Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal</li> <li>• Usar guantes estériles según corresponda</li> <li>• Rasurar y limpiar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV</li> <li>• Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada</li> <li>• Fomentar una ingesta nutricional adecuada</li> <li>• Fomentar el reposo</li> <li>• Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado</li> <li>• Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando se debe notificar al cuidador</li> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones</li> </ul>	<p>todos los ámbitos, lo que contribuye a disminuir la mortalidad, mitigando el sufrimiento del paciente y familiares, además disminuye el costo que se genera en las instituciones.</p> <p>La educación permite al paciente asimilar y aprender nuevos conocimientos para el cuidado de su propia salud.<sup>24</sup></p> <p>La asepsia son el conjunto de procedimientos que impiden la penetración de agentes micro- bacterianos. La piel es la principal barrera de protección, frente a agentes físicos, químicos o micro- bacterianos. Detectar los signos de infección (edema, calor, color, dolor, fiebre)precozmente permite actuar de acuerdo al protocolo y de manera inmediata, para prevenir complicaciones graves.<sup>24</sup></p> <p>Los dispositivos transparentes permiten visualizar el estoma permanentemente y seguir su evolución.<sup>25</sup></p> <p>La nutrición y la cicatrización están íntimamente unidas, de tal manera que deficiencias nutricionales específicas podrán provocar un retraso en la progresión de la cicatrización (alargando el proceso inflamatorio, decreciendo la proliferación de fibroblastos o la formación de colágeno).<sup>30</sup></p> <p>La antibioticoterapia profiláctica preoperatoria es aquella que se utiliza de manera preventiva desde una hora antes hasta 24 horas después de la intervención quirúrgica con el fin de evitar infecciones.<sup>24</sup></p>
---	--

Intervenciones (NIC): 6550 Protección contra las infecciones	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la asepsia para el paciente de riesgo</li> <li>• Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas</li> <li>• Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica</li> </ul>	<p>Las infecciones intrahospitalarias son complicaciones en las cuales se conjugan diversos factores de riesgo, que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control. El riesgo de enfermar e incluso de morir, por una infección que</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar una ingesta nutricional suficiente</li> <li>• Fomentar una ingesta adecuada de líquidos</li> <li>• Fomentar el descanso</li> </ul>	<p>no era el motivo de ingreso al hospital está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en los hospitales.<sup>24</sup></p> <p>Aunque no estén activos, los enfermos deben comer bien. Necesitan alimentos para mantenerse fuertes, combatir las enfermedades y reemplazar las reservas perdidas de nutrientes.<sup>26</sup></p> <p>Cuando las personas enfermas no comen suficiente, su organismo utiliza sus reservas de grasa y sus propios músculos para obtener energía y nutrientes. Esto significa que las personas pierden peso y en caso de enfermedades de larga duración pueden llegar a estar desnutridas. En estas condiciones, su sistema inmune es menos eficaz y disminuye su capacidad para combatir las infecciones. <sup>26</sup></p>
--	--

### 6.6.5 DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Dominio: 6 Autopercepción	Clase: 3 Imagen corporal			
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Etiqueta (problema) <b>00118 Trastorno de la imagen corporal</b></p> <p>Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.</p> <p>Factores Relacionados (causas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración del funcionamiento del cuerpo</li> </ul>		<p>120001 Imagen interna de sí mismo</p> <p>120002 Congruencia entre realidad</p>		



	discapacidad física	limitaciones funcionales  130804 Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad	Hasta siempre demostrado	
--	---------------------	---	--------------------------	--

Intervenciones (NIC): 5270 Apoyo emocional	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar la experiencia emocional con el paciente</li> <li>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo</li> <li>• Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo</li> <li>• Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias</li> <li>• Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación, y aceptación de las fases del duelo</li> <li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional</li> <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones</li> <li>• No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente este enfermo o fatigado</li> <li>• Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa</li> </ul>	<p>La apariencia física juega un papel muy importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral. Pero más importante es considerado como cada persona se siente en relación a su propio cuerpo.</p> <p>La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, con la forma de relacionarse con el entorno.</p> <p>La insatisfacción con la imagen corporal está asociada con la baja autoestima, pobre auto concepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonales, problemas sexuales y trastornos depresivos.<sup>27</sup></p>

Intervenciones (NIC): 5240 Asesoramiento	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto</li> <li>• Demostrar empatía, calidez y sinceridad</li> <li>• Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento</li> <li>• Establecer metas</li> <li>• Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad</li> <li>• Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda</li> <li>• Favorecer la expresión de sentimientos</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno</li> <li>• Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede</li> <li>• Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el del equipo de cuidadores acerca de la situación</li> <li>• Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento con la familia</li> <li>• Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de video o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la autoconciencia del paciente y conocimiento de la situación por parte de asesor, según corresponda</li> <li>• Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos</li> <li>• Reforzar nuevas habilidades</li> </ul>	<p>La autoestima tiene que ver en cuanto cree el paciente que vale y cuanto cree que vale para otras personas.</p> <p>Es importante porque sentirse bien contigo mismo puede afectar su salud mental y la forma en que se comporta.</p> <p>Habitualmente, las personas con alta autoestima sienten que tienen más control de sus vidas y conocen sus fortalezas y sus debilidades.<sup>27</sup></p> <p>El tener una imagen positiva de su cuerpo, es probable que se agrade y se acepte a sí mismo como es.</p>

Intervenciones (NIC): 1800 Ayuda con el autocuidado	Fundamentación
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente</li> <li>• Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse</li> <li>• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado</li> <li>• Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia</li> <li>• Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas</li> <li>• Animar a paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad</li> <li>• Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la intervención dada</li> <li>• Establecer una rutina de actividades de autocuidado</li> <li>• Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado</li> <li>• Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado</li> <li>• Proporcionar un ambiente terapéutico garantizado una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada</li> </ul>	<p>Potenciando la capacidad del paciente para llevar a cabo el cuidado personal se puede aumentar su sentimiento de control y de independencia, mejorando así su bienestar global.</p> <p>El adiestramiento óptimo favorece el cuidado personal. La movilidad es necesaria para satisfacer las necesidades de cuidado personal y mantener una buena salud y la autoestima.<sup>24</sup></p> <p>La limpieza es importante para mantener comodidad y una buena autoestima positiva y para las relaciones sociales con otras personas.</p> <p>La incapacidad de no poder cuidar de uno mismo genera sentimientos de dependencia y de un bajo auto concepto. La autoestima aumenta a medida que lo hace la autonomía en el cuidado personal.<sup>24</sup></p>

Intervenciones (NIC): 3660 Cuidado de las heridas	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor</li> <li>• Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador</li> </ul>	<p>Una herida es la pérdida de la continuidad y alteración de los procesos reguladores de células hísticas.</p>

<p>no toxico, según corresponda</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrar cuidados del sitio de incisión, según sea necesario</li><li>• Cambiar el apósito (bolsa de ostomía) según la cantidad de exudado y drenaje</li><li>• Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de bolsa de ostomía</li><li>• Comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida</li><li>• Cambiar de posición al paciente como mínimo cada dos horas, según corresponda</li><li>• Fomentar la ingesta de líquidos según corresponda</li><li>• Remitir al médico especialista en ostomías, según corresponda</li><li>• Remitir al dietista, según corresponda</li><li>• Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura</li><li>• Enseñar al paciente y a la familia a los procedimientos de cuidado de la herida</li><li>• Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección</li><li>• Documentar la localización, el tamaño y aspecto de la herida</li></ul>	<p>Las actividades relacionadas con el cuidado de las heridas, es una función básica de la enfermera (o).</p> <p>El cuidado de las heridas no es una ciencia exacta y depende principalmente de la observación clínica y la experiencia del profesional. Por este motivo, una buena educación para la salud al paciente, cuidador primario o familia siempre serán factores imprescindibles para una adecuada evolución y cuidado de las heridas. La responsabilidad de una buena práctica con relación a estos procedimientos, se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria, y por consiguiente, la recuperación favorable del paciente.<sup>24</sup></p> <p>El colon juega un papel importante para mantener el equilibrio hidroelectrolítico, ya que tiene una gran capacidad de absorción de agua, que puede verse alterada con la cirugía, por lo que es de suma importancia el asesoramiento y seguimiento de profesionales dietistas, así como la ingesta adecuada de líquidos.<sup>5</sup></p>
---	--



### 6.6.6 DIAGNOSTICO ENFERMERO: 00163 DISPOSICION PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

Dominio: 2 Nutrición		Clase: 1 Ingestión		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Etiqueta (problema) <b>00163 Disposición para mejorar la nutrición</b></p> <p>Definición: Patrón de aporte de nutrientes que puede ser reforzado.</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa deseo de mejorar la nutrición</li> </ul>	<p>1004 Estado nutricional</p> <p>1603 Conducta de búsqueda de la salud</p>	<p>100401 Ingestión de nutrientes</p> <p>100403 Energía</p> <p>100411 Hidratación</p> <p>160302 Finaliza las tareas relacionadas con la salud</p> <p>160305 Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia</p>	<p>Desviación grave del rango normal</p> <p>Sin desviación grave del rango normal</p> <p>Desde nunca demostrado</p> <p>Hasta siempre demostrado</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición correspondiente</p>

Intervenciones (NIC):5246 Asesoramiento nutricional Actividades:	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la duración de la relación de asesoramiento</li> <li>• Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente</li> <li>• Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética</li> <li>• Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificar la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.</li> <li>• Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales</li> <li>• Comentar los gustos y aversiones alimentarias de los pacientes</li> <li>• Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias o pérdidas de peso, según corresponda</li> <li>• Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares</li> <li>• Disponer de derivación/consulta de otros miembros del equipo asistencial, según corresponda</li> </ul>	<p>Las causas de la desnutrición están relacionadas tanto con una enfermedad de base como con un procedimiento terapéutico.<sup>26</sup></p> <p>El aporte energético deberá adaptarse a la situación clínica del enfermo. Los requerimientos están aumentados y será necesario hacer una vigilancia estrecha. Mediante el asesoramiento nutricional se ayuda al paciente a comprender cuáles son sus necesidades nutricionales para potenciar su salud y prevenir carencias.<sup>26</sup></p> <p>La dieta oral en el período postoperatorio inmediata depende de la extensión del segmento de colon resecado, de si existe continuidad con el resto del intestino o, por el contrario, de la localización de la ostomía. El objetivo es disminuir la diarrea, y por lo tanto, la pérdida de líquidos y electrolitos y aumentar la consistencia de las heces, siendo necesaria la vigilancia estrecha del patrón alimenticio y eliminación.<sup>5</sup></p>

Intervenciones (NIC):4420 Acuerdo con el paciente	Fundamentación
Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato</li> <li>• Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar</li> <li>• Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados</li> <li>• Ayudar a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse</li> <li>• Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos</li> <li>• Facilitar la implicación de los allegados en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente</li> </ul>	<p>La comunicación es el proceso mediante el cual se puede transmitir información de una entidad a otra.</p> <p>Motivar mayor participación y colaboración del personal de enfermería con el paciente, utilizando como herramienta las técnicas de comunicación, relaciones sociales y respuestas, para mejorar y/o alcanzar un estado pleno de salud del paciente haciendo que se interese en su autocuidado.<sup>28</sup></p> <p>El lenguaje ayuda a clarificar el mensaje por eso resulta importante siempre utilizarlas palabras correctas, para lograr una mejor comunicación. Esto requiere un amplio vocabulario que se pueda usar responsable y apropiadamente de acuerdo con cada situación.<sup>28</sup></p>

## 6.7 CONCLUSIÓN

El Proceso Cuidado Enfermero es un método sistemático, fundamentado en el método científico, que le permite al personal de Enfermería brindar cuidados humanistas, eficientes, que van dirigidos al logro de resultados esperados.

Es un método organizado para brindar cuidados individualizados, que permiten la resolución de un problema.

Al utilizar el Proceso de Cuidado Enfermero en un paciente que será sometido a Resección de Intestino Grueso, nos permite identificar la importancia que tiene la actuación del personal de enfermería quirúrgica, ya que nos da un panorama de actuación permitiéndonos organizar y jerarquizar los cuidados, abordando al paciente de manera holística, basándonos en los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Debido a que el movimiento del colon es el principal regulador de la función absorbente y secretora del Aparato Digestivo, a la vez que condiciona la flora bacteriana, es la importancia de una adecuada obtención de información, valoración continua y seguimiento por parte del personal de Enfermería, en especial de Enfermería Quirúrgica, siendo la Resección de Intestino Grueso una cirugía que requiere vigilancia estrecha y educación para la salud continua, considerándose un pilar en la buena evolución y cuidados de la Ostomía.

## 6.8 ASPECTOS ÉTICO LEGALES EN CIRUGÍA

La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición establecida por la Organización Mundial de la Salud. Un apoyo fundamental para la obtención de la Salud, es la Atención Médica, que como lo establece el artículo 32 de la Ley General de Salud, es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, quedando considerada dentro de estos procedimientos la atención quirúrgica.<sup>20</sup>

Las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que ocurran acontecimientos adversos, que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación a la Calidad de la atención y seguridad del paciente, establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”.<sup>16</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud la cirugía forma parte esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dado el aumento en la incidencia de los traumatismos, cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos continuará en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas.<sup>20</sup>

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables en los pacientes, de

estos hasta un 25% sufren complicaciones postoperatorias; en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica; el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.<sup>20</sup>

Como lo señala el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos toda persona tiene derecho a la protección de la salud; el cual está establecido en la carta universal de los derechos humanos lo cual le otorga la característica de ser universal, indivisible e interdependiente.<sup>21</sup>

A su vez el artículo 5° de la Ley General de Salud. Establece que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.<sup>21</sup>

Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, se basan en nueve soluciones definidas por expertos mundiales en seguridad del paciente; que a su vez fueron publicadas por la Organización Mundial de la Salud desde el 2001 y dadas a conocer a la comunidad internacional desde entonces. Se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificados en políticas globales y sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica.

Por tal motivo, la implementación de acciones encaminadas al aseguramiento de los procesos de atención médica es una prioridad, a través de las estrategias se reducirán significativamente los eventos adversos.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Escamilla Cruz S., CordovaAvila MA, Campos Castulo EM. Self-perception of profesional competencies among nursing degree students. Conamed. 2012.
- 2.- Hernández Cortes C., Aguilera Arreola MG, Castro Escarpulli G., Situación de las Enfermedades Gastrointestinales en México. México, 2011.
- 3.- Organización Mundial de la Salud: Manual de aplicación de lista OMS de verificación de seguridad de la cirugía 2009.
- 4.- Instituto Mexicano del Seguro Social: Estadísticas de Cirugías y estancias clínicas: Enero Diciembre 2012. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/dis/Pages/default.aspx>
- 5.- Riobo P, Sánchez Vilar O, Burgos R. Manejo de la Colectomía. Unidad de Nutrición, Hospital German Trias y Pujol; Barcelona, 2007
- 6.- Tortora GJ, Derrickson B, Principios de Anatomía y Fisiología. 11ª ed. Editorial Medica Panamericana; México, 2006.
- 7.- García MC, Pinto E, Kronberg U, Zárate JA, López-Köstner F. Se justifica el seguimiento después de una Colectomía en Pacientes con Poliposis adenomatosa Familiar. Unidad de Coloproctología Clínica Las Condes. Santiago, Chile; Abril 2016.
- 8.- Figueroa C, Quera R, Valenzuela J, Jensen C. Enfermedades Inflamatorias Intestinales: experiencia en dos centros chilenos. Rev Med Chile; 2005; 133: 1295-1304.
- 9.- Avilez Alonso MV. Impacto clínico del abordaje laparoscópico en la proctocolectomía y colectomía subtotal. Universidad Autónoma de Barcelona. 2016
- 10.- D'ottavio GT, Wulfson AM, RoJMan JA, Carcinogénesis Colorrectal Nuevas perspectivas e implicancias clínicas para su detección. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. 2014.

- 11.- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración, 5.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier Doyma, 2003.
- 12.- Globocan 2008. Organización Mundial de la Salud.
- 13.- Surveillance Epidemiology & End Results (SEER). NaKonal Cancer Ins Ktute.
- 14.- Bosques-Padilla FJ, Sandoval-García ER, Martínez Vázquez MA, Garza-González E, Maldonado-Garza HJ. Epidemiología y características clínicas de la colitis ulcerosa crónica idiopática en el noreste de México. Revista de Gastroenterología de México. México, 2011.
- 15.- Attewell A., Florence Nightingale, Perspectivas: revista trimestral de educación comparada. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, Paris, 2000. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
- 16.- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneve: WHO, 2002. Consultado el 5 de Febrero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
- 17.- Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Informe de Estudiantes de la EECA Énfasis Quirúrgico en el Instituto Mexicano del Seguro Social No. 50, en el periodo del 14 de Diciembre de 2016 al 24 de Enero de 2017.
- 18.- Martinez Dubois S. Historia de la Cirugía. Fascículo primero: Preoperatorio. 2009. Disponible en: [highered.mheducation.com/sites/dl/free/.../martinez\\_cirugia\\_4e\\_cap\\_muestra\\_01.pdf](http://highered.mheducation.com/sites/dl/free/.../martinez_cirugia_4e_cap_muestra_01.pdf)
- 19.- De la Rosa A. Antecedentes Históricos de la Enfermera Quirúrgica. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/65565335/antecedentes-historicos-de-la-enfermeria-quirurgica>
- 20.- Organización Mundial de la salud, Alianza mundial para la seguridad del paciente reto mundial por la seguridad del paciente. Organización Mundial de la salud la cirugía segura salva vidas Francia; 2008. Internet [Citado 30



- Noviembre 2016.]. Disponible en:  
[http://www.who.int/patyentsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_sapanish.pdf](http://www.who.int/patyentsafety/safesurgery/sssl_brochure_sapanish.pdf).
- 21.- Constitución política de los estados unidos mexicanos. México, 2011. Internet [Citado 30 Noviembre 2016]. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- 22.- Amaro Parrado F. Ansiedad (aspectos conceptuales) y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. Universidad Autónoma de Barcelona; 2008. Internet [Citado el 15 de Marzo de 2017] Disponible en:  
[www.paidopsiquiatria.cat/archivos/trastornos\\_ansiedad\\_0\\_07-09\\_m2.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/trastornos_ansiedad_0_07-09_m2.pdf)
- 23.- Hessen J. Teoría del conocimiento. Instituto Latinoamericano de Ciencia y Artes, 2011. Internet [Citado el 10 de Marzo de 2017] Disponible en:  
<https://gnoseologia1.files.wordpress.com/2011/03/teoria-del-conocimiento1.pdf>
- 24.- Rosales Barrera S., Reyes Gómez E., Fundamentos de Enfermería, 3ra ed. Ed. Manual Moderno; México, 2004.
- 25.- Castillos Ríos A. Ostomías: Concepto, clasificación e indicaciones. Cuidados a aplicar en colostomías, Atención Sanitaria. Ed Santillana. Abril 2011. Internet [Citado el 17 de Marzo de 2016] Disponible en:  
<http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>.
- 26.- Jurado García J., Costán Rodero G., Calañas-Continente A. Importancia de la nutrición en enfermos con encefalopatía hepática. Hospital Universitario Reyna Sofía, España, 2012. Internet [Citado el 10 de Marzo de 2017] Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112012000200006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200006)
- 27.- Fernández A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Asociación Española Contra el Cáncer. España, 2004. Internet. Citado el 10 de Marzo de 2017. Disponible en:  
[revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120169A/16214](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120169A/16214)
- 28.- Alba-Leonel A., Fajardo-Ortiz G., Tixtha López E. J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria. México, 2012. Internet.

[Citado el 10 de Marzo de 2017] Disponible en:  
[www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf)

29.- Barón Burgos M, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. SANIDAD 2015. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Colección Editorial de Publicaciones del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: 1.992

Catálogo General de Publicaciones Oficiales:  
<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

30.- Miren Begoña AA, El papel de la Nutrición en la Cicatrización de las Heridas. Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa; Mayo 2015. Internet [Citado el 05 de Mayo de 2017] Disponible en:  
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/03/Papel-de-la-nutricion-en-la-cicatrizacion-de-las-heridas.pdf>

31.- Cancer Minchot E, Delgado Olivencia EM, Cánovas Molina G. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Fuenlabrada, Madrid. Internet [Citado el 02 de Julio de 2017] Disponible en:  
[www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/colostomia.pdf](http://www.edu.xunta.gal/centros/ieschapela/gl/system/files/colostomia.pdf)

**VIII. ANEXOS**  
**8.1 CRONOGRAMA**

**TEMA: "PROCESO CUIDADO ENFERMERO PERIOPERATORIO EN PACIENTE SOMETIDO A RESECCIÓN DE INTESTINO GRUESO"**

Actividad  Fecha	2016																2017															
	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo			
	Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				Semana							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1ra Reunión con mi directora de Tesina	*																															
Elaboración de Cronograma de Actividades y Presupuesto	*																															
Selección de tema y búsqueda de Información	*	*																														
Análisis de Información		*	*																													
Asesoría presencial con mi Directora de Tesina			*							*				*				*														
Asesoría electrónica con Directora de tesina																																
Elaboración planteamiento del problema		*	*																													
Elaboración del objetivo		*	*																													
Elaboración de Marco Teórico				*				*	*	*	*			*	*	*		*	*	*	*	*										
Redacción de Metodología					*	*																										
Elaboración de propuesta de plan de alta																		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				



## 8.2 TECNICA QUIRURGICA RESECCION DE INTESTINO GRUESO

Concepto: durante este procedimiento se reseca una porción del intestino grueso o delgado y se reestablece su continuidad.

### Instrumental

- Set de cirugía pediátrica general
- 2 Pinzas Foester
- 1 Porta agujas mayo- hegar
- 1 Porta agujas Halsey
- 2 Pinzas Babcook
- 10 Pinzas de Allis intestinales
- 10 Pinzas hemostáticas Kelly curvas
- 10 Pinzas hemostáticas Crille curvas
- 12 Pinzas Halsted mosquito curvas
- 10 Pinzas Backhaus para campo
- 2 Tijeras Metzenbaum
- 1 Tijera mayo curva
- 1 Tijera mayo recta
- 1 Mango de bisturí núm. 4
- 2 Mangos de bisturí núm. 3
- 1 Pinza de disección c/dientes
- 1 Pinza de disección s/dientes
- 1 Pinza de Adson c/dientes
- 1 Pinza de Adson s/diente
- 2 Separadores Farabeuf
- 2 Separadores Senn – Miller
- 2 Separadores Richardson 20 x 28
- 2 Separadores Richardson 28 x 36
- 2 Separadores Richardson 38 x 44
- 1 Cánula Yankawer
- Clamps intestinales
- Charola mayo
- Separadores Richardson
- Separadores Balfour

- Riñón
- Lebrillo
- Manerales
- Jeringa asepto
- Lápiz de electrocauterio

### Suturas

- Seda libre 2-0
- Seda libre 3-0
- Seda traumática 3-0
- Vicryl 1-0
- Vicryl 2-0
- Vicryl 3-0
- Nylon 3-0

### Material

- Compresas
- Gasas con línea
- Gasas sin línea
- Hojas de bisturí #15 y # 20
- Apósito transparente

### Equipo medico

- Electrocauterio
- Placa de electrocauterio
- Aspirador

### Ropa

- Bulto A
- Bulto B
- Batas con toallas
- Sabana simple

### TECNICA QUIRURGICA DE LA RESECCION INTESTINAL

Actividades del cirujano	Actividades de la instrumentista
1- Coloca sabana de pies, cabecera, campos y sabana hendida con sitio a operar visible.	1. Proporciona sabana, campos, pinzas Backhaus y sabana hendida. proporciona monopolar, manerales, aspirador, pinza Backhaus y dos compresas
Realiza cuenta de gasas y compresas con la circulante	
2- Realiza incisión (mediana o para mediana )	2. Proporciona mango de bisturí #4 con hoja # 20
3- Expone tejido celular subcutáneo	3. Proporciona electrocauterio o bisturí y separadores Farabeuf
4- El cirujano clampea los vasos sangrantes importantes de esta capa con pinzas de Kelly o Crille y cauteriza	4. Proporciona separadores Farabeuf, pinzas de Kelly o Crille y electrocauterio
5- La incisión prosigue a través de la próxima capa , la aponeurosis , puede ampliar la incisión	5. Proporciona separadores Richardson , proporciona segundo bisturí # 4 con hoja num.20, pinza Kelly, electrocauterio o tijera curva Metzenbaum para ampliar incisión
6- Ingresa a cavidad abdominal	6. Proporciona compresas húmedas
7- El cirujano y el ayudante movilizan el peritoneo, disecan, pinzan cortan y ligan	7. Proporciona pinzas hemostáticas Kelly y tijera curva Metzenbaum seda libre 2-0 y tijera mayo
8- Quedando expuesto el contenido abdominal protege los el intestino con compresa húmeda	8. Proporciona compresa húmeda con agua tibia
9- Para reseca un segmento de intestino delgado, el cirujano coloca dos pinzas de Rochester Pean en zona intestinal normal, con una ligera inclinación perpendicular a expensas del borde anti mesentérico, con el objetivo de ampliar la boca anastomotica, además de conservar una buena vascularización	9. Proporciona pinzas de Rochester Pean
10- Evacua el contenido digitalmente, mediante ordeño, de forma suave, porque el asa puede romperse fácilmente, se colocan Clamps, sobre el intestino distal y proximal a las pinzas de	10. Proporciona Clamps intestinales

Rochester	
11- Secciona ambas hojas peritoneales del mesenterio, para exponer los vasos que se ligan , aisladamente, con seda 2-0 o 3-0	11. Proporciona mango de bisturí # 7 con hoja num.15, proporciona seda 2-0 o 3-0 y tijera mayo
12- Identifica los vasos de la arcada que serán seccionados y se corta el peritoneo que los cubre. No obstante, si existe prisa o las condiciones locales del mesenterio, ya sea por fibrina, necrosis o engrosamiento impiden tal disección, se colocan pinzas de Kelly para seccionar el mesenterio entre estas, después de dividido el intestino. Y se liga entre estas.	12. Proporciona mango de bisturí #7 con hoja num.15 pinzas de Kelly y seda libre 2-0 o 3-0
<b>TÉCNICA TERMINO – TERMINAL</b>	
13- El ayudante alinea los dos extremos seccionados de intestino, aproximándolos estrechamente y girando los Clamps levemente hacia afuera.	13. Se irrigan intestinos con agua tibia
14- El cirujano coloca el primer plano de suturas de puntos separados y deja las suturas de los extremos largas para que sirvan de tracción. A continuación se coloca el próximo plano de suturas, luego se retiran los Clamps.	14. Proporciona porta agujas con seda 2-0 y vicryl 3- 0 , tijera mayo; disección sin dientes
15- Por fuera de la capa externa del intestino se coloca un último plano de sutura confeccionado con puntos separados de sedas. El paso final del procedimiento es la aproximación de los bordes del mesenterio.	15. Proporciona porta agujas con seda 2-0 y tijeras mayo; disección sin dientes.
<b>TÉCNICA LATERO – LATERAL</b>	
16- El cirujano cierra primero los dos muñones intestinales con una sutura continua de seda 3-0 y vicryl 3-0. Se puede reforzar la línea de sutura colocando separados puntos de seda 3-0	16. Proporciona porta agujas con seda 3-0, y vicryl 3-0 y tijeras mayo; disección sin dientes.
17- El ayudante alinea los dos segmentos lado a lado, y se coloca el primer plano de suturas con puntos separados de seda fina dejando larga la primera y	17. Proporciona porta agujas con seda fina; mango de bisturí #7 con hoja núm. 15; disección sin dientes

<p>última hebra de sutura para que sirva de tracción. El cirujano efectúa dos incisiones en el intestino, a cada lado de la línea de sutura.</p>	
<p>18- Se coloca una sutura continua alrededor de los bordes de las dos asas del intestino. luego se confecciona un último plano con puntos separados de seda sobre la línea anterior. el cirujano cierra el mesenterio con seda; se irriga la herida, se verifica hemostasia de los pequeños vasos de la submucosa.</p>	<p>18. Proporciona porta agujas con seda 3-0, realiza cuneta de gasas y compresas. Prepara suturas para cierre por planos.</p>
<p>19- Previo al cierre solicita cuenta de compresas y gasas</p>	<p>19. Realiza cuenta de compresa y gasas con la circulante</p>
<p>20- Cierra cavidad por planos, aponeurosis, tejido celular sub cutáneo.</p>	<p>20. Proporciona porta agujas con vicryl 1-0, vicryl 3-0 y nylon 3- 0 y disección sin dientes.</p>



### **8.3 Higiene del estoma**

El estoma se debe limpiar a diario y siempre que se requiera un cambio de bolsa. Esta limpieza se efectuará con agua tibia y jabón neutro como si se tratara de cualquier parte del cuerpo.

No se debe utilizar ningún antiséptico ya que el estoma no es una herida que haya que curar y tampoco se podrán usar colonias, lociones o cremas que no sean recomendadas por el médico, ya que pueden causar irritaciones y dificultar la adhesión de los dispositivos.

En el caso de la ducha, los primeros días puede que el paciente necesite ayuda, pero es conveniente que tenga la mayor autonomía posible para mejorar su autoestima, por ello solo se ayudará en aquellos movimientos que no pueda realizar por sí mismo.

A la hora de la ducha, se puede realizar la misma con o sin bolsa, puesto que los dispositivos están preparados para resistir el agua.<sup>25</sup>

### **8.4 Colocación de bolsa de colostomía**

Siempre que se realice un cambio de bolsa se debe preparar previamente el material necesario, lavarse las manos y colocarse los guantes.

La elección de la bolsa puede resultar más complicado de lo que parece, ya que existen diversos tipos de bolsas y la elección de una u otra depende de cada caso particular. Por ello, el especialista será el que aconsejará el tipo de bolsa más adecuado para cada caso.

Una vez retirada la bolsa, se procederá a limpiar el estoma tal como se ha comentado anteriormente y se medirá el mismo para el ajuste posterior de la nueva bolsa. El estoma durante los dos primeros meses se medirá cada 4 o 5 días, y a partir de entonces cada 15 días será suficiente.<sup>25</sup>

- Bolsas de una sola pieza

Estas bolsas se pegan directamente a la piel y llevan incluido el adhesivo. Tan solo se recortan a la medida del estoma, se retira el film protector y se pegan a la piel empezando desde la parte inferior. Las bolsas en este caso se deberán cambiar todos los días o cuando superen en contenido la mitad de su capacidad.

- Bolsas de dos piezas

En este caso, se componen de la bolsa y un disco que incluye el adhesivo que se deberá acoplar a la bolsa. En primer lugar, se recorta el disco a la medida del estoma, se adhiere a la piel empezando desde abajo, y a continuación, se adapta la bolsa según las instrucciones del fabricante. La frecuencia de cambio será a diario o cuando superen en contenido la mitad de su capacidad. No obstante, si el disco se encuentra bien adherido, se podrá dejar el mismo durante 3 o 4 días.<sup>25</sup>

## 8.5 Recomendaciones dietéticas

- Es aconsejable una ingesta de comidas frecuentes y poco copiosas. El anular u omitir comidas, provoca evacuaciones acuosas y gases. Para ello es recomendable se reparta la alimentación en al menos 6 tomas diarias.
- Se debe mantener un horario regular de comidas, procurando comer despacio y en un ambiente tranquilo.
- Masticar bien.
- Preparar los alimentos, de forma sencilla (cocidos, a la plancha, asados en su jugo, etc), evitando los platos muy elaborados, empanados, rebozados, fritos, estofados, guisados, etc. ya que éstos producen digestiones más lentas y pesadas.

- La fibra incluye todas las sustancias alimenticias que la enzimas digestivas no pueden desintegrar (residuo alimenticio no digerible), añadiendo volumen a las heces. Su propósito es facilitar el transporte de las heces a lo largo del tracto intestinal para su eliminación.
- No se recueste inmediatamente después de las comidas. Repose sentado hasta media hora después de las comidas principales.
- Tome 1,5 litros al día de líquidos si no existe contraindicación médica.<sup>31</sup>

Si es portador de una colostomía, puede notar flatulencia, producción excesiva de gases o heces malolientes, e incluso en algunos casos se puede presentar estreñimiento.

### 8.6 Recomendaciones en caso de heces malolientes o gases

- Coma despacio y masticando bien los alimentos.
- No mastique chicle durante el día.
- No fume.
- Conozca aquellos alimentos que pueden producir gases y aumentar o reducir el olor de las heces<sup>31</sup>

<b>Alimentos que producen gases</b>	Bebidas carbonatadas, legumbres (judías blancas, garbanzos), espárragos, verduras tipo coliflor, brócoli, coles de bruselas, repollo.
<b>Alimentos que aumentan el mal olor de las heces</b>	Ajo, cebolla, col, guisantes, legumbres (judías blancas, garbanzos), espárragos, huevos, pescado azul, y condimentar mucho las comidas.
<b>Alimentos que reducen el mal olor</b>	Yogur, cuajada, requesón,

<b>de las heces</b>	mantequilla (tomar solo ocasionalmente) y perejil.
---------------------	---

### 8.7 Recomendaciones en caso de estreñimiento

Ante todo se debe prevenir el estreñimiento. El bajo consumo de líquidos, de alimentos con fibra y la falta de ejercicio favorecen el estreñimiento. Por tanto es recomendable:

- Tomar abundantes líquidos (si no existe contraindicación).
- Realice ejercicio de forma habitual (favorece el movimiento del intestino).
- Tomar de forma regular alimentos con alto contenido en fibra como verduras, ensaladas, frutas (naranja, kiwi, etc), fruta seca, guisantes, lentejas o judías con la piel, y pan y cereales integrales.
- No tomar laxantes sin prescripción médica.<sup>31</sup>

## 8.8 PRESUPUESTO

Para elaboración de la presente Tesina, titulada: “Proceso Cuidado Enfermero Perioperatorio en paciente sometido a Resección de Intestino Grueso”, se utilizaron tanto recursos materiales como económicos, presentándose en la siguiente tabla:

### Recursos materiales y económicos

Artículo	Precio unitario	Cantidad requerida	Precio total
Hojas tamaño carta	\$0.10	564	\$56.40
Impresiones	\$1.50	564	\$846.00
Lapiceros	\$5.00	5	\$25.00
Lápiz	\$2.50	3	\$7.50
Multas préstamo de bibliografía	\$10.00	12	\$120.00
Engargolados	\$30	3	\$90.00
Encuadernación	\$400.00	6	\$2400.00
Memoria USB	\$120.00	1	\$120.00
CD's	\$15.00	2	\$30.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$3694.90</b>