



ISSNe 2542-3444

VOLUMEN
10

Número Especial (2023)

Recibido: 20/6/2023 Aceptado: 6/9/2023

CASO CLÍNICO

Caso clínico quirúrgico: Tumor de colon sigmoide con tratamiento quirúrgico de colostomía en asa del sigmoide

Surgical clinical case: Sigmoid colon tumor with surgical treatment of sigmoid loop colostomy

Mariana Peña (Lcda.)¹

María Gregoria Vega de Peña (Dra.)²

¹Licenciada en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Enfermera II, Ambulatorio Urbano Tipo I, Municipio Libertador, estado Mérida. Diplomada en Instrumentación Quirúrgica, ULA. ORCID: 0009-0009-1846-1220

²Licenciada en Enfermería (ULA). Especialista en Servicios Asistenciales de Salud, Universidad Católica Andrés Bello (UCAB). Master en Educación, Caribbean International University (CIU), Curazao. Doctora en Educación, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt (UNERMB). Miembro del Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Correo electrónico: gory26121991@gmail.com ORCID: 0000-0001-7031-8557

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es describir y explicar la técnica quirúrgica en Enfermería del caso clínico de un paciente masculino, con diagnóstico médico de tumor de colon sigmoide, a quien se le realizó tratamiento quirúrgico de colostomía en asa del sigmoide, realizado en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida-Venezuela, como requisito del Diplomado Básico en Instrumentación Quirúrgica.

Palabras clave: tumor, colon sigmoide, colorrectal, colostomía, proceso enfermero, tratamiento, enfermería perioperatoria.

ABSTRACT

The objective of this article is to describe and explain the surgical technique in Nursing of the clinical case of a male patient, with a medical diagnosis of sigmoid colon tumor, who underwent surgical treatment of sigmoid loop colostomy, performed at the Autonomous Institute Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) of Mérida-Venezuela, as a requirement of this Basic Diploma in Surgical Instrumentation.

Keywords: tumor, sigmoid colon, colorectal, colostomy, nursing process, treatment, perioperative nursing.

— INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR), es el cuarto más común en la región de las Américas donde cada año se producen más de 240.000 nuevos casos y aproximadamente 112.000 muertes debidas a esta enfermedad. Canadá, Uruguay y Barbados presentan las tasas de incidencia más altas, mientras que los países de América Central presentan las más bajas. Si no se toman acciones, se prevé que, para el año 2030, aumenten en un 60% estos episodios¹.

En Venezuela, según el último estudio de pronósticos de mortalidad, el CCR ocupó el cuarto lugar, siendo mayor en hombres (1.123) y por incidencia, el tercer lugar (2.056 casos nuevos). En este país, este tipo de cáncer se diagnostica con mayor frecuencia en hombres entre 55-64 años de edad y en mujeres entre 45-54 años, con una alta tasa de mortalidad a partir de los 75 años, para ambos sexos². Lo que guarda similitud con la edad promedio de diagnóstico de CCR en México, que es de 68 años en hombres y de 72 en mujeres, no obstante, en los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia en personas menores de 50 años³.

El término cáncer engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo⁴. Fundamentalmente, la sintomatología del CCR se identifica con cambios en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento) que duren por varios días, sensación de querer evacuar (la cual no se alivia al hacerlo), sangrado rectal (rectorragia), heces oscuras o sangre en las heces (aunque a menudo se vean normales), calambres o dolor abdominal, debilidad y fatiga, pérdida de peso no intencionada⁵.

Con relación a su localización, 41% aproximadamente se desarrolla en el colon proximal, 22% en el colon distal, 28% en el recto y 8% en otros sitios³; el tratamiento implica la intervención quirúrgica, que comprende la eliminación de una parte del intestino con la neoplasia y de los ganglios linfáticos cercanos. Después de la resección del área afectada, se realizan los procesos de recuperación de la integridad del tubo intestinal a través de una estoma⁶. En tal sentido, el objetivo de este caso clínico es describir y explicar académicamente la técnica que realizan los cirujanos y el procedimiento quirúrgico ejecutado por el personal de enfermería en un paciente con diagnóstico de tumor de colon sigmoides, cuyo tratamiento quirúrgico derivó en una colostomía y de este modo reflejar lo aprendido en el Diplomado Básico en Instrumentación quirúrgica dictado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.

— CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 43 años, natural de Tovar y procedente de la localidad, quien acudió el día 10/05/2023 a la consulta externa del Servicio de Cirugía General del Instituto

Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), por presentar cambios en el patrón evacuatorio, dado por constipación, concomitantemente sangrado y pérdida de peso 30 kg aproximadamente en 7 meses, motivo por el cual previa valoración se decidió su ingreso para planificar acto quirúrgico electivo. Dentro de los antecedentes de importancia revela Hipertensión arterial esencial controlada con Candesartán plus 32mg/12,5mg. Hábitos chimóicos moderados. Madre diabética.

Al examen físico el paciente se encontraba consciente y orientado en sus tres planos, afebril al tacto, hidratado. TA: 150/80 mmHg, F.C: 76 lpm, F.R: 18 rpm, SpO₂: 95%. Piel: con palidez cutáneo-mucosa leve. Cuello: sin alteraciones ni megalias. Tórax normoexpansible, ventilando espontáneamente, sin agregados. Cardiovascular: a la auscultación, ruidos cardiacos rítmicos sin soplo aparente no R3 ni R4. Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso y sin megalias palpables. Genitourinario y demás sistemas sin alteraciones.

La paraclínica especial reportó: Hematología 13 gr/dL, Leucocitos 7.600 mm³, Plaquetas 247.000 mm³, Fosfatasas alcalinas 159,2 U/L, Tiempos de coagulación dentro de rango normal. Elisa para HIV negativo y VDRL no reactivo. La Tomografía de tórax, abdomino-pélvica con doble contraste reportó: Lesión ocupante de espacio en recto inferior y medio con infiltración de la serosa condicionando estenosis severa de la luz. Adenopatías de aspecto infiltrativo en cadenas ilíacas externas, edema de grasa peri-rectal, pequeño quiste simple a nivel hepático. Se realizó colonoscopia con toma de biopsia que permitió evidenciar estenosis a nivel de recto medio, secundaria a Adenocarcinoma versus Rectitis amebiana y prolapso hemorroidal. La biopsia reportó un Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. En vista de estos hallazgos, en discusión médica se planteó el diagnóstico de Adenocarcinoma de recto bajo-medio localmente avanzado. Fue preparado para Laparotomía exploratoria más Colostomía en asa del sigmoides.

A la valoración por Enfermería, se estableció el listado de los problemas encontrados en el paciente, etiquetados por la NANDA (por sus siglas en inglés *North American Nursing Diagnosis Association*)⁷.

00146 Ansiedad

00118 Trastorno de la imagen corporal

00014 Incontinencia fecal

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

00004 Riesgo de infección

Complicaciones potenciales: Dermatitis periestomal, fuga, edema, eventración, evisceración, retracción de la ostomía, evisceración de la ostomía, estenosis.

Seguidamente en los Cuadros 1 y 2 se presentan los planes de cuidado de acuerdo a los diagnósticos enfermeros (DxE) redactados con algunas etiquetas anteriormente presentadas; también con la Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)⁸ y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁹.

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TUMOR DE COLON SIGMOIDE CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE
COLOSTOMÍA EN ASA DEL SIGMOIDE

Cuadro 1. Plan de cuidado estandarizado Focalizado en el problema NANDA-NOC-NIC.

Diagnóstico Enfermería (NANDA)	Resultados esperados (NOC)	Intervenciones de Enfermería (NIC)	Ejecución	Evaluación
Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento (00146) Ansiedad R/C intervención quirúrgica E/P voz temblorosa.	Autocontrol de la ansiedad (1402): 140220 Obtiene información para reducir la ansiedad. 140207 Técnicas de relajación para mejorar la ansiedad. 140222 Comparte preocupación.	Disminución de la ansiedad (5820) -Apoyo emocional. -Asesoramiento de técnicas de relajación. -Mejorar el afrontamiento.	C C C	RH: Mejoría. FR: Se mantiene. IE: Apropiadas.

Fuente: Elaborado por las autoras, siguiendo la taxonomía NANDA 2021-2023⁷, NOC⁸ y NIC⁹.

Lectura: R/C: relacionado con, E/P: evidenciado por, C: Cumplido, RH: Respuesta Humana, FR: Factor Relacionado, IE: Intervención de Enfermería.

Cuadro 2. Plan de cuidado Bifocal NANDA-NOC-NIC.

Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea S/A excreciones.				
CP	Control del riesgo de la dermatitis periestomal (NOC)	Protección contra dermatitis periestomal (NIC)	Fundamentación científica	Evaluación
Dermatitis periestomal	-Reconoce los signos y síntomas de alarma. -Desarrolla estrategias para el cuidado del ostoma. -Detección temprana de signos de dermatitis en la incisión quirúrgica del estoma.	-Asegurar una técnica de cuidados de herida adecuada. -Mantener la piel seca. -Cambiar constantemente la bolsa de colostomía. -Mantener la asepsia y antisepsia antes, durante y después del cambio de la bolsa de colostomía.	- Evita el deterioro de la piel y capacita al usuario en el autocuidado postoperatorio para disminuir el riesgo. -Previene la irritación en el sitio quirúrgico. -Evita que la bolsa se afloje y que surjan fugas. -Protege de la proliferación de microorganismos.	Se cumplió parcialmente con las acciones pero el usuario logró adquirir los conocimientos básicos en relación al cuidado de su colostomía.

Fuente: Elaborado por las autoras, siguiendo la taxonomía NANDA 2021-2023⁷, NOC⁸ y

NIC⁹. Lectura: R/C: S/A: Secundario a, CP: Complicación Potencial.

1. FASE PERIOPERATORIA

2.a. Preoperatoria

El paciente ingresó el día 25/05/2023 al quirófano general del IAHULA, febril, consciente y orientado; ventilando espontáneamente; lenguaje comprensible, coherente; tórax simétrico normoexpansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax, sin agregados; ruidos cardiacos rítmicos; abdomen con ruidos hidroaéreos activos, plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias; extremidades simétricas sin edema, con presencia de vía periférica permeable en miembro superior derecho, recibiendo hidratación parenteral (solución fisiológica 250 cc). Paraclínica completa normal. Fue trasladado a la mesa operatoria para realizarle acto quirúrgico de Laparotomía exploratoria más Colostomía en asa del sigmoide y las siguientes técnicas (Cuadro 3).

Cuadro 3. Técnica utilizada antes de los procedimientos propiamente dichos de la cirugía.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN PRECISA
Lavado de manos quirúrgico	Se realizó con un jabón neutro germicida SOMTEX.
Secado de las manos	Campos absorbentes estériles.
Vestimenta para la instrumentista y colocación de guantes	Vestido de bata con técnica autónoma y calzado de guantes con técnica cerrada.
Arreglo de las mesas	En Mesa de Mayo se colocó el instrumental de diéresis, exéresis y síntesis. En Mesa Circular se estableció la división en tres áreas por medio de líneas imaginarias de izquierda a derecha: Área I: limpia o estéril Área II: húmeda Área III: área sucia o de retorno
Conteo de material	Se realizó el conteo de gases con medio, compresas, moñitos, líquidos y material quirúrgico (suturas e instrumental) junto con el circulante y se le da a conocer a todo el equipo quirúrgico.
Vestimenta para el cirujano	Técnica abierta y colocación de guantes estériles llamada técnica asistida.
Posición elegida	Colocación del paciente en decúbito dorsal en la mesa operatoria fluoroscópica, con sostén cefálico y uso de sujetadores para brazos.
Anestesia general	La inducción anestésica con Diprivan, luego, Rocuronio que es un relajante no polarizante. Se procedió a realizar la laringoscopia directa con hoja N° 4 y la intubación con tubo endotraqueal N° 8, fue conectado a máquina de anestesia de circuito cerrado. Durante el transoperatorio se mantuvo con gas anestésico no halogenado Isoflurano, una hora después de comenzado el acto quirúrgico se realizó nueva administración del relajante muscular. Permaneció con solución cristaloide: isotónica y los medicamentos coadyuvantes Ketorolac y Morfina. Finalmente, para revertir se utilizó Neostigmina combinado con Atropina para prevenir el exceso de salivación.
Asepsia y antisepsia	Bajo efectos de anestesia, se inició la asepsia y antisepsia de la piel a operar con Jabón Neutro Germicida SOMTEX y alcohol. Para este procedimiento, se le colocó al cirujano en su mano estéril 4 torundas, una montada en pinza aro y en la otra mano una escudilla con el germicida, seguido de alcohol para la asepsia de la piel. Una vez realizada la asepsia y antisepsia se le entregó al cirujano una sonda Foley N° 14 conectada a bolsa recolectora de orina, se verificó la permeabilidad y comprobación de insuflación de globo.
Vestimenta para el paciente	Una vez culminada la asepsia y antisepsia, se colocaron campos estériles, conexiones, y cables para hemostasia eléctrica sujetado con pinza de Campos

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TUMOR DE COLON SIGMOIDE CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE
COLOSTOMÍA EN ASA DEL SIGMOIDE

	Backhaus; previa verificación de la colocación de la placa o electrodo de la Unidad Electroquirúrgica.
--	--

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹⁰.

2.b. Transoperatorio

Durante el acto quirúrgico, el personal de Enfermería (circulante, instrumentista y anestésista) ejecuta procedimientos en el siguiente orden secuencial (Cuadro 4).

Cuadro 4. Orden secuencial de la técnica quirúrgica extracción de tumor de colon sigmoide más colostomía en asa del sigmoide.

PASO N°	PROCEDIMIENTO	INSTRUMENTOS Y MATERIAL	SUTURA
Inicia el primer tiempo limpio			
1	Incisión de piel a través de la línea media suprainfraumbilical.	Mango de bisturí N° 4, con hojilla bisturí N° 21 y 23.	X
2	Apertura de los planos abdominal (tejido celular subcutáneo, fascias, músculo, peritoneo parietal) hasta llegar a cavidad.	Se entregó al cirujano electrobisturí y pinza de disección sin dientes, separador de Farabeuf, pinza Crille curva con técnica correcta y moñito (torunda de gasa) montado en pinza Kocher para separación de los planos por divulsión.	X
3	Exploración, colocación de campos y separación de la zona a reseca.	Se entregó compresas húmedas con solución 0,9% tibia y separador autoestático de Balfour.	X
4	Atrapamiento de la porción del intestino que se va a extraer.	Se proporcionó tijera de Metzenbaum, disección sin diente (s/d) de profundidad, compresa y/o gasas radiopacas húmedas.	X
5	Disección, ligaduras del mesenterio y tejido adiposo del mismo; mediante divulsión se separa el recto de la cara anterior de la vejiga, la cara posterior se aísla del sacro, una vez liberado el recto permanece fijo a los laterales que contienen ramas de las arterias rectales medias, se ligan. Se prosigue en sentido caudal, y con maniobras digitales se llega a los músculos elevadores del ano, en presencia de la patología maligna se deja 4 cm de margen sano por encima de la línea pectínea para mantener el control esfinteriano. Al completar la disección se ocluye el extremo proximal (colon descendente) y el extremo distal (recto).	Se entregó: Pinza de disección s/d y pinza Crille curva. -Tijera de mayo. -Pinza con moñito. -Pinza de Kelly curva. -Tijera de Metzenbaum de profundidad. -Pinza Clamp de Doyen recta y curva. -Pinza Kocher recta.	Catgut Crómico 3-0

Inicia el tiempo sucio			
6	Ectomía del intestino más rafia: tras retirar la pieza se realiza la antisepsia en los cabos, se controla la irrigación sanguínea y se reparan los ángulos del colon y recto. Se cierra el muñón con sutura continua, se toma primero el plano mucoso y se retorna por el plano seromuscular. Para mayor hermeticidad se refuerza con una jareta invaginante.	-Se entregó tijera de Metzenbaum. -Se recibió la pieza en jofaina para colocarla en la mesa circular en su parte distal o contaminada. Se proporcionó gasa impregnada de antiséptico (solución jabonosa de Yodopovidona). -Sonda de aspiración de Yankauer. -Portaagujas, pinza de disección y tijera de Mayo recta. -Pinza Kelly curva para referencia de sutura.	Catgut Crómico 3-0 Poliglactina 910 (Vicryl 3-0) Seda 2-0
Segundo tiempo limpio			
7	Revisión, lavado y aspirado: antes del cierre del ostoma, se lava la cavidad con solución fisiológica y se controla minuciosamente la hemostasia.	-Se entregó cánula de Yankauer. -Solución 0.9% tibia. -Electrobisturí. -Se realizó el recuento de gasas, compresas y material quirúrgico. -Cambio de batas, guantes de instrumentista/cirujanos y campos. -Sustitución del instrumental contaminado, cánula de aspiración y electrobisturí. -Mesa de Mayo con instrumental estéril.	X
8	Se realiza abocamiento del cabo proximal al exterior a través de una incisión circular, en sacabocados. Se exponen por la herida y se exterioriza el asa del sigmoide. Se colocan 4 puntos cardinales, se dejan reparados, mientras se continúa con la aplicación de puntos intermedios hasta completar la corona de puntos.	-Se entregó bisturí frío, posteriormente electrobisturí y tijera de Metzenbaum curva. -Separadores de Farabeuf. Pinza Foerster, disección, portaagujas y tijera de Mayo recta. -Gasa RX con solución jabonosa, compresa húmeda con solución 0.9%. -Se corroboró recuento de material e información del material completo al cirujano.	Poliglactina 910 # 1 Catgut Crómico 3-0
9	Síntesis: cierre de los planos abdominales y colocación de drenaje exteriorizado por contraabertura y fijado a la piel con sutura.	-Se proporcionó pinza Crille curva. -Tijera de Mayo recta. - Portaaguja. -Dren Penrose.	Poliglactina 910 # 1 Seda 3.0 Catgut Simple 2-0 Nylon 2-0 con aguja curva
10	Cura de la herida.	-Compresa húmeda con solución	

CASO CLÍNICO QUIRÚRGICO: TUMOR DE COLON SIGMOIDE CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE COLOSTOMÍA EN ASA DEL SIGMOIDE

		0.9%, alcohol. -Se seca y se cubre con apósito. -Se coloca bolsa colectora de colostomía.	X
--	--	---	---

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹⁰.

En esta técnica quirúrgica es importante resaltar el tiempo limpio y el tiempo sucio, puesto que la cirugía aborda un sistema considerado sucio. El primer tiempo limpio comprende la laparotomía, localización del tumor, sección del meso, ligadura de los vasos y colocación de los clamps. Mientras que, el tiempo sucio inicia con la apertura del órgano y finaliza con el último punto de cierre del plano mucoso, incluyendo la resección de la pieza y la anastomosis. Adicionalmente, el segundo tiempo limpio implica el cierre de la brecha mesentérica y de la cavidad abdominal¹¹.




Instrumental básico

Para la intervención quirúrgica se utilizó el instrumental de la Caja de Cirugía General. En la Figura 1 se observa a la estudiante en el transoperatorio y en los Cuadros 5 y 6 el resto del material quirúrgico.



Figura 1. Participante del Diplomado en el acto quirúrgico.

Cuadro 5. Instrumental específico.

INSTRUMENTO	NOMBRE CIENTÍFICO	USO	IMAGEN
Separadores dinámicos	Deaver	Separador de diferentes medidas (pequeño, mediano y grande) para separar el ángulo esplénico.	 https://tomascabacas.com/2015/10/22/separador-de-deaver/
Pinza angulada o cística	Mixter	Sirve para hacer divulsión y separación de arterias y conductos.	 https://medimasgt.com/pinza-mixter-9
Pinzas de aprehensión	Clamp Doyen (curvo y recto)	Sujeta tejidos delicados como los intestinos. Ideal para realizar anastomosis.	 https://http2.mlstatic.com/dos-pinzas-doyen-clamp-recta-y-curvas-23-cm-D_NQ_NP_848948-MLM26635949030_012018-F.jpg

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹⁰.

Cuadro 6. Misceláneos o material médico quirúrgico especial.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO	USO EN LA CIRUGÍA
Dren Penrose mediano	Drenaje de fluidos por gravedad.
Bolsa de colostomía	Dispositivo recolector de heces.
Gasa con medios de contraste (GCMC)	Secar cavidad.
Moñitos (Figura 2)	Para realizar divulsión roma.

Fuente: Elaborado por las autoras de acuerdo al Esquema para el caso clínico¹⁰.



Figura 2. Pinza Kocher con moñito de gasa para divulsión roma.

2.c. Postoperatorio

Una vez culminado el acto operatorio, el paciente se le dio admisión en la Unidad Posanestésica (UPA). En su fase inmediata, se valoraron sus repuestas humanas a través de la escala de Ramsay para poder evaluar subjetivamente el nivel de sedación y verificar el grado de vigilia y sueño¹². Se brindaron cuidados enfermeros aportando oxigenoterapia, control de constantes vitales (tensión arterial, pulso, respiración, SpO₂). Se cumplieron órdenes delegadas para mantener umbral del dolor bajo, de acuerdo a la escala de EVA¹³ (0 no dolor y 10 dolor intenso). Se trazó como objetivo asegurar un asesoramiento postoperatorio sobre cuidados de la colostomía, cambio de la bolsa colectora con los familiares para disminuir los riesgos y las complicaciones potenciales (estenosis, retracción, prolapso, irritación y alergias del sitio, entre otras)¹⁴ con el fin de que la adaptación tras la colocación de un estoma se ajuste a su nueva realidad. Cumplidas dos horas de recuperación y luego de ser evaluado nuevamente por el anestesiólogo, se firmó el egreso a sala de cuidados intermedios del Servicio de Cirugía General.

— DISCUSIÓN

El tratamiento de tipo quirúrgico (cirugía abierta o laparoscópica) utilizado en el CCR suele ser coadyuvante de la quimioterapia o radioterapia. Asimismo, la colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía y se realiza en el colon sigmoide, solo algunas pulgadas (centímetros) más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad¹⁴. Pero, también es importante resaltar que después de la cirugía, los pacientes quedan con la sensación de ir al baño y hasta tener un poco de descarga por el ano, que está acompañada de mucosidad, sangre y a veces algo de materia fecal que son restos de la intervención quirúrgica, lo que se explica mediante el

hecho de que si permanece el recto tras la cirugía, éste seguirá produciendo moco y otros residuos que se expulsarán sin peligro¹⁵.

Como esta cirugía, en la mayoría de las ocasiones, supone que el paciente tenga que convivir con una colostomía o un estoma temporal o permanente, conlleva a alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos), psicológicas (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción)¹⁴.

En tal sentido, Enfermería debe ofrecer y orientar sobre los cuidados perioperatorios inmediatos, mediatos y a largo plazo que permitan alcanzar una adecuada recuperación física y psicológica, pues el paciente al cursar por una etapa desconocida, su salud mental también se verá alterada. Estas actividades, que ya fueron nombradas en el postoperatorio, también las mencionan algunos autores^{14,16} en casos clínicos parecidos al presente donde el proceso enfermero (PE) individualizado y con el objetivo de lograr resultados de calidad cumplió un importante papel en las áreas involucradas, permitiéndole al usuario desarrollar una vida con normalidad.

— CONCLUSIÓN

La valoración que siguió a la elaboración de DxE, permitió la planeación de las acciones a cumplir por Enfermería, lo que no se hubiese logrado si éste profesional desconociera todo lo relacionado con la técnica quirúrgica de una colostomía, los cuidados, las complicaciones y otros aspectos de interés revisados en las referencias bibliográficas consultados antes del perioperatorio para demostrar un adecuado desempeño en su práctica y sobre todo lograr la evolución física, emocional y social del paciente.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Cáncer colorrectal. [Internet]. 2016 [consultado 5 de mayo 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11761:colorectal-cancer&Itemid=41765&lang=es#gsc.tab=0
2. Brito O. Departamento de Educación y Prevención. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Cáncer colorrectal. [Internet]. 2020 [consultado 10 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/descargas/C%C3%A1ncer%20Colorrectal.pdf>
3. Torrecillas-Torres L, Cervantes-Sánchez G, Adame-González I, Bornstein-Quevedo L, Calderillo-Ruiz G, Cárdenas-Cárdenas E, et al. Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. Gaceta Mexicana de Oncología. [Internet]. 2019 [consultado 20 de mayo 2023]; 18:265-332. Disponible en: https://www.gamo-smeo.com/frame_eng.php?id=154
4. Puente J, De Velasco G. Sociedad Española de Oncología Médica. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Internet]. 2019 [consultado 15 de mayo 2023]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

5. Simon S. American Cancer Society. Signos y síntomas del cáncer de colon. [Internet]. 2020 [consultado 15 de mayo 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/noticias-recientes/signos-y-sintomas-del-cancer-de-colon.html>
6. Instituto Quirúrgico Lacy. Cáncer de colon y esperanza de vida. [Internet]. 2023 [consultado 7 de agosto 2023]. Disponible en: <https://www.iqlacy.com/que-operamos/cancer-de-colon/cancer-colon-esperanza-de-vida/>
7. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. [Internet] España: ELSEVIER; 2021 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5a. ed. [Online]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
9. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a. ed. [Online]. España: ELSEVIER; 2014 [consultado 15 de abril 2023]. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
10. Fernández A, Vega M. Esquema para el caso clínico-quirúrgico. Material elaborado con fines docentes. Mérida-Venezuela: Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería; 2022.
11. Healy M. Procedimientos quirúrgicos: colostomía. OncoLink. [Internet]. 2022 [consultado 20 de mayo 2023]. Disponible en: <https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/canceres-gastrointestinal/cancer-del-ano/colostomia>
12. Yoamoenfermeriablog.com. Escala de Ramsay evaluación nivel sedación. [Internet]. 2023 [consultado 15 de agosto 2023]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/2017/12/09/escala-ramsay-nivel-sedacion/>
13. Sánitas. Cómo valorar el dolor: Escala EVA. [Internet]. 2023 [consultado 5 de septiembre 2023]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/pruebas-y-diagnosticos/escala-eva>
14. Manzano D, Ortiz H, Flores L, Jiménez V. Nursing care process in patients with colostomy: clinical case study. Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies. [Internet]. 2022 [consultado 20 de junio 2023]; 3(3):88-110. Disponible en: <https://www.journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJIS/article/view/396>
15. American Cancer Society. Guía de colostomía. [Internet]. 2019 [consultado 15 agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6397.96.pdf>
16. Amador N, Sánchez E, Sanz I, Blanco J, Forcada C, Arilla E. Proceso de atención de enfermería en paciente con colostomía. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2023 [consultado 5 de septiembre 2023]. Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-paciente-con-colostomia/#google_vignette