PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n20/245.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Postoperatorio de un caso de Neoplasia Maligna de Colon Ascendente**

Autores Estrella *Gil Uceda*, Manuel *Guerrero García*, Ana Isabel *Linde Herrera*, María *Amor Martín*, María del Carmen *Écija Ramírez*, Miguel Ángel *García Cuesta*
Centro/institución Graduado en Enfermería, Universidad de Granada
Ciudad/país Granada, España
Dirección e-mail estrella_gil_uceda@yahoo.es

RESUMEN

El cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes en occidente. En España supone la 2ª causa de muerte por cáncer, tras el de pulmón en el hombre y mama en la mujer. Se describe el caso de una mujer de 70 años que ingresa para estudio de dolor abdominal y sintomatología característica, determinando el diagnóstico de neoplasia maligna de colon ascendente, por el que es intervenida quirúrgicamente. Se elabora un Plan de Cuidados individualizado y continuo, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) y NIC (Nursing Interventions Classification). Al ingreso, las intervenciones enfermeras iban dirigidas a resolver el Desequilibrio nutricional por defecto, añadiéndose después nuevos diagnósticos como Dolor agudo y Riesgo de infección. Destaca el papel activo de Enfermería durante el postoperatorio, quedando además contrastadas las ventajas de la cirugía laparoscópica con respecto a la convencional.
Palabras clave: Cáncer colorrectal/ Colon ascendente/ Caso clínico/ Cuidados postoperatorios/ Atención de enfermería/ Cirugía laparoscópica.

ABSTRACT

Colorectal cancer is very common in Western countries. In Spain it is the 2nd cause of cancer death after lung cancer in men and breast cancer in women. We report the case of a 70 year old woman, who was admitted for studying her abdominal pain and characteristic symptoms confirming the diagnosis of malignant neoplasm of ascending colon, for which she was operated. We developed an individualized and continuous care plan, using the conceptual model of Virginia Henderson and taxonomies NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) and NIC (Nursing Interventions Classification). At admission, nursing interventions were aimed to solve Imbalance nutrition: less than body requirements, adding newly diagnoses after surgery as Acute pain and Risk of infection. During the adaptation process of the disease, the active role by nursing professionals becomes apparent. Furthermore, are proved the advantages of laparoscopic surgical technique respect to conventional surgery.
Key-words: Colorectal cancer/ Ascending colon/ Case report/ Postoperative care/ Nursing care/ Laparoscopic surgery.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El Cáncer Colorrectal (CCR) representa una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. A pesar del avance experimentado en su tratamiento, se trata de la 4ª causa más común de cáncer a nivel mundial, representando el 41% del total de fallecimientos por cánceres digestivos y correspondiendo al 8,5% de todos los casos nuevos de cáncer.

En España, según explica la Asociación Española contra el Cáncer[1], como sucede en general en todos los países industrializados, la incidencia del CCR tiende a aumentar en los últimos años. En los varones es el tercero en frecuencia, detrás del cáncer de pulmón y de próstata, mientras que en las mujeres es el segundo después del de mama. Sin embargo, si se tienen en cuenta ambos sexos a la vez, el tipo de cáncer más frecuente es el de colon con casi 28.000 casos nuevos al año (entre 35-50 casos por cada 100.000 habitantes), lo que supone el 15% de la incidencia de todos los tumores y donde casi la mitad de los pacientes mueren a causa de la enfermedad. Se extiende frecuentemente al hígado o a los ganglios linfáticos intestinales, sin embargo la detección precoz, con frecuencia, puede llevar a una cura completa. Por ello, se hace patente la importancia de un correcto diagnóstico e ingreso para intervención quirúrgica y correspondiente vigilancia postoperatoria.

Puede afectar a ambos sexos y en más del 90% de los casos se diagnostica entre los 65 y 75 años de edad, con un pico en la séptima década de la vida. Ciertos estudios publicados en la Revista Cubana de Cirugía[2], confirman el predominio del sexo femenino en esta afección, mencionando también que aunque su hallazgo es raro en adultos de 40 años o menos, puede diagnosticarse en el 2 al 3% de ellos, lo cual implica un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad.

Se dice que la etiología exacta es aún desconocida, pero existen múltiples factores de riesgo que influyen en este proceso neoplásico como:

- Edad: más del 90% de los pacientes afectados son mayores de 50 años.
- Historia familiar: ciertas mutaciones genéticas, antecedentes familiares de CCR y/o pólipos.
- Historia clínica: antecedentes de CCR y/o pólipos colorrectales o de enfermedad inflamatoria crónica del intestino (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) que supone 30 veces más riesgo.
- Factores dietéticos: dieta pobre en fibras y/o alta en carnes rojas, carnes procesadas y grasas animales.
- Hábitos nocivos: como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.
- Factores más controvertidos como: el sedentarismo, el uso de anticonceptivos orales, la paridad, la obesidad mórbida, la hiperglucemia y la elevada concentración de hierro en las heces.

Los síntomas no son específicos y pueden incluir: alteraciones del ritmo intestinal, molestia o dolor abdominal, tenesmo o sensación de evacuación incompleta, sangrado o rectorragia que puede presentarse a la vez que la deposición (hematoquecia) o

independientemente de ésta (rectorragia franca), pérdida de peso sin razón conocida, cansancio extremo y anemia. Se caracterizan por ser nuevos, persistentes y con tendencia al empeoramiento. En la mayoría de los casos son insidiosos y pueden variar en función de la localización o estadio en que se encuentre.

El tratamiento quirúrgico es el único con finalidad curativa. La cirugía que se realice dependerá de la localización, el grado de invasión local y la existencia de metástasis a distancia. Además debe cumplir una serie de principios para garantizar una resección curativa, lo que se denomina 'resección oncológica adecuada'. En tumores localizados de colon ascendente (como se expondrá a continuación en este caso clínico), la intervención a realizar será una Hemicolectomía derecha, que consiste en la resección del colon derecho y la primera parte del colon transverso. El tránsito intestinal normal se reconstituye uniendo el íleon con el colon transverso (anastomosis ileotransversa), y el paciente eliminará a través del ano.

El objetivo de este trabajo se centra en describir el postoperatorio de una mujer de 70 años diagnosticada e intervenida de neoplasia maligna de colon ascendente, por cuyas complicaciones postoperatorias tiene que ser intervenida hasta 2 veces. Se elabora para ello, un Plan de Cuidados individualizado y continuo, utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA-NOC-NIC.

Presentación del caso

Para garantizar el anonimato de la persona entrevistada, se le mencionará durante todo el desarrollo del caso como 'paciente'. Así mismo, por cuestiones éticas y con el fin de preservar la confidencialidad de los datos, han sido modificadas las situaciones que puedan sugerir la identidad del paciente y/o familiar.

Se trata de una mujer de 70 años procedente de medio rural, viuda, laboralmente pasiva y con una única hija con la que convive en el hogar. Refiere cuadro de astenia, falta de apetito, pérdida de peso de 10 kg y dolor abdominal insidioso de aproximadamente 3 meses de evolución.

Antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), depresión, gonartrosis, dislipemia, anemia ferropénica desde hace 2-3 meses y colecistectomía. Presenta historia previa de derivación a Cardiología, por cuadro de disnea ante medianos esfuerzos de años de evolución. Sin alergias medicamentosas y/o hábitos tóxicos reconocidos, ni antecedentes familiares de neoplasia colorrectal.

Tratamiento médico habitual: Hierro 1c/24h 1-0-0, Omeprazol 20mg 1c/24h 1-0-0, Enalapril 20mg 1c/24h, Furosemida 20mg 2c/24h, Simvastatina 10mg 1c/24h 0-0-1, Alprazolam 0'5mg 1c/24h 0-0-1 y Buscapina 10mg 1c/24h 1-0-0.

Durante su estancia en Urgencias se tomaron constantes vitales: tensión arterial 125/55 mmHg y frecuencia cardiaca 78 lpm, saturación de oxígeno 98%, apirética. En la exploración física reflejó leve deshidratación y palidez, bajo peso (IMC 19,1), abdomen voluminoso y sensible a la palpación en hemiabdomen derecho. Auscultación cardiorrespiratoria normal, sin presencia de edemas en extremidades, pulsos positivos y simétricos. Hemodinámicamente estable y electrocardiograma de ritmo sinusal.

Permaneció 36 horas en dicho servicio para someterse a las pruebas pertinentes, analítica y tomografía axial computarizada (TAC), que confirmarían junto con su sintomatología, el diagnóstico médico de Neoplasia maligna de colon ascendente. Fue trasladada seguidamente a la planta de Cirugía General y Digestiva para ser sometida quirúrgicamente a una hemicolectomía derecha, donde permaneció ingresada 2 meses hasta su alta médica.

Fase de Valoración

Se le realizó una valoración según el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson[3], consensuado como referente en la práctica hospitalaria del centro. Los datos se recogieron a partir de su historia clínica, consultas con otros miembros del equipo y la propia entrevista con la paciente y su familiar.

- Necesidad de respirar normalmente: Eupneica en reposo. Respiración diafragmática regular y superficial con una frecuencia de 18 respiraciones por minuto. Ritmo cardiaco normal con 68 pulsaciones por minuto. Hipertensión arterial controlada con tratamiento domiciliario. No fumadora.

- Necesidad de comer y beber de forma adecuada: Completamente independiente. Buena masticación, sin dificultad para la deglución/digestión. No lleva prótesis dental. Dieta deficitaria tanto en variedad como en cantidad por disminución del apetito. Pérdida considerable de unos 10 kg de peso en los últimos 3 meses (IMC=19,1 indicativo de bajo peso). Para completar esta valoración, se utilizó la escala de evaluación del estado nutricional Mini Nutritional Assessment obteniendo12 puntos, indicativo de malnutrición.

- Necesidad de eliminar los deshechos corporales: Completamente independiente para el uso del WC. Eliminación fecal de poca frecuencia, con heces sanguinolentas de consistencia blanda y de color oscuro. Refiere sensación de evacuación incompleta. Diuresis escasa de aspecto amarillo claro, precisa de tratamiento diurético domiciliario.

- Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada: Requiere de otra persona para ayuda y supervisión de las actividades básicas de la vida diaria. Se realizó el Índice de Barthel obteniendo 75 puntos, indicativo de dependencia moderada. Actividad física habitual desarrollada en el hogar, pasea ocasionalmente. Refiere pérdida de fuerza relativa, astenia y cansancio de varios meses de evolución que influían en su actividad física normal. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

- Necesidad de dormir y descansar: Hábito de sueño de 6-7 horas, aunque refiere ser poco reparador y levantarse cansada. No suele hacer siesta. Tratamiento previo al ingreso, por dificultad para mantener el sueño.

- Necesidad de elegir la ropa adecuada: Requiere de otra persona para ayuda y supervisión. Vestuario y calzado adecuados para la estación del año. Aspecto limpio. Peso: 46 kg. Talla: 155 cm. IMC: 19,1

- Necesidad de mantener la temperatura corporal: Afebril a su llegada a la unidad. Temperatura cutánea fría. Dice ser friolera y tolerar mejor el calor que el frío. Grados de temperatura axilar: 36ºC.

- Necesidad de mantener la higiene corporal: Requiere de otra persona para ayuda y supervisión para el aseo y ducha diaria. Aspecto descuidado. Piel deshidratada y pálida, con integridad de piel y mucosas. Sin riesgo de úlceras por presión, tras realizar la Escala de Braden en la que se obtuvo 18 puntos, indicativo de riesgo bajo. Refiere no prestar atención rigurosa a su aseo personal.

- Necesidad de evitar los peligros del entorno: Escala de Glasgow 15/15, consciente y orientada. No refiere alergias. Puesta vacuna antitetánica de recuerdo. Refiere varios episodios de dolor abdominal de intensidad moderada. Antecedentes personales de depresión.

- Necesidad de comunicarse con los otros: Asigna como cuidadora principal a su única hija que la acompaña. Dolor y preocupación verbalizados al personal de enfermería. Paciente colaboradora, comunicativa y expresiva. Sin problemas de visión ni de audición.

- Necesidad de actuar con arreglo a la propia fé: Católica no practicante. Su escala de valores por orden de mayor a menor importancia es: salud, familia, amigos y dinero.

- Necesidad de trabajar para sentirse realizado: Ama de casa. No refiere preocupación en lo referente al desempeño de su actividad habitual en el hogar.

- Necesidad de participar en diversas formas de entretenimiento: Llevaba una vida tranquila haciendo las tareas del hogar. Solía ver la televisión, leer y pasear ocasionalmente acompañada de su hija.

- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: Manifiesta interés sobre su estado de salud. Nivel de escolaridad hasta el bachillerato. Capacidades psíquicas y mentales aceptables para su edad. Independiente para tomar su medicación cumpliendo con el régimen terapéutico.

Plan de Cuidados

Fase Diagnóstica

Una vez valorados los datos, se formularon los siguientes Diagnósticos de Enfermería en base a las necesidades detectadas, para cuyo enunciado utilizamos la taxonomía NANDA[4]:

- Pre/Postoperatorio: Desequilibrio nutricional por defecto; r/c (relacionado con) factores biológicos: tratamientos neoadyuvantes, enfermedad tumoral o inflamatoria, m/p (manifestado por) peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.

- Pre/Postoperatorio: Dolor agudo; r/c agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos y psicológicos, m/p informe verbal del dolor, observación de evidencias de dolor y trastornos del sueño.

- Postoperatorio: Riesgo de infección; r/c procedimientos invasivos, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos y desnutrición.

Como Problemas de Colaboración o Interdependientes podemos mencionar el Dolor abdominal y la HTA (véase Tabla 2 en Anexos).

Fase de Planificación

Para cada Diagnóstico de Enfermería, proponemos Resultados Esperados (Objetivos de Enfermería) siguiendo la taxonomía NOC[5] con sus correspondientes indicadores que se gradúan en escalas tipo Likert de cinco valores. Una vez establecidos los objetivos, describimos también las Intervenciones y actividades más adecuadas siguiendo los criterios de la taxonomía NIC[6]. Todo ello se seleccionó en base a su importancia y su frecuencia en el trabajo diario de la profesión enfermera.

Puede consultar dicho Plan de Cuidados de Enfermería llevado a cabo con la paciente durante su estancia hospitalaria, estructurado y con sus correspondientes códigos, en Tabla 1 de Anexos.

Cabe mencionar la existencia de diagnósticos enfermeros que no se desarrollarán en el plan, puesto que se consideraron prioritarios los 3 anteriormente mencionados debido a su capacidad para resolver los otros de manera indirecta. Además partimos de la base de que un plan de cuidados debe ser realista y factible, y no lo sería con un gran número de diagnósticos sobre los que actuar. Así resolviendo el de 'Dolor agudo' se tratarían otros secundarios como la Ansiedad (00146), Insomnio (00095) y Deterioro de la movilidad física (00085). Y tratando el 'Riesgo de infección' y 'Desequilibrio nutricional por defecto', se resolvería el Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047).

Fase de Ejecución

A su llegada se le tomaron las constantes vitales que eran mantenidas. Se puso vacuna antitetánica de recuerdo y tratamiento anticoagulante, se canalizó vía periférica y se extrajo sangre para pruebas cruzadas. Además se le administró un enema evacuante Murphy a las 23h, como preparación para quirófano.

Subió de reanimación al día siguiente, aportando sonda vesical (SV) y vía central en yugular derecha, pasando nutrición parenteral (NP) y sueroterapia. Los siguientes días de postoperatorio el dolor estuvo controlado con la analgesia pautada, se le retiró vía central por extravasación y se recanalizó vía periférica. Además fue mejorando la tolerancia a la dieta por lo que se le retiró la NP. Al 9º día postoperatorio se le retiró material de sutura de la herida. La paciente estaba taquicárdica y febril, además refería dolor en hemiabdomen derecho. Se pidió TAC y se sacó analítica urgente de orina, así como de sangre la cual presentó leucocitosis y neutrofilia.

Se reintervino con diagnóstico de Peritonitis purulenta por posible fuga de anastomosis ileocólica, mediante laparotomía exploradora. Permaneció 4 días en reanimación y

subió a planta aportando dos drenajes penrose con moderado débito serohemático (derecho en la zona de la anastomosis y en parietocólico derecho; e izquierdo en fondo de saco de Douglas), SV y NP. El plan de actuación de enfermería en el postoperatorio estuvo encaminado a la monitorización de signos vitales, estabilización hemodinámica, control de infecciones, y vigilancia de drenajes y de sangrado mediante controles analíticos.

Durante la semana siguiente a la 2ª intervención, experimentó episodios puntuales de melenas frescas y abundantes junto con un empeoramiento del estado general, que marcó la necesidad de transfundirla en un par de ocasiones (4 concentrados de hematíes en total), hasta una mejoría clínica contrastada tanto por analítica como por informe verbal de la paciente.

El débito de los drenajes fue siendo menor y de aspecto seroso progresivamente hasta su retirada tras el 7º día de su colocación. Hasta la 3ª semana de estancia, se le estuvo aplicando en talones y espalda una emulsión de ácidos grasos hiperoxigenados para activar la circulación, ya que se mostraba poco participativa ante las recomendaciones del equipo multicisciplinario sobre la necesidad de movilización progresiva.
A partir de la 4ª semana comenzó a levantarse al sillón, a pasear por la unidad y poder asearse en el baño con ayuda. Se le retiró la SV tras haberla estado pinzando y despinzando varios días, y además se aumentó la dieta por lo que también se desprendió de la NP, manteniendo solo sueroterapia.

Estuvo más animada ante los nuevos cambios que parecían signos de un alta próxima, pero nos encontramos con otra dificultad añadida durante el proceso. Apareció un seroma en la parte superior de la herida, que tuvo que drenarse retirando algunas grapas y precisando de curas diarias (lavados de suero salino y agua oxigenada a través de sonda de nelaton). La paciente refería notarse una tumoración en flanco derecho (dura al tacto, algo dolorosa e irreductible) por lo que se realizó nuevo TAC. Mostró una formación de características compatibles con una colección inflamatoria de la pared abdominal, acompañada de otra colección situada también en la pared abdominal, de la línea media periumbilical derecha. La herida drenaba exudado purulento abundante (ésta presentaba 3 orificios: el inferior con exudado purulento y espeso, comunicado en los lavados con el orificio central, y el superior que salía limpio). Se probaron métodos tales como la técnica de presión negativa VAC (Vacuum Assisted Closure), que resultó insostenible de mantener en un tiempo prudente y posteriormente un PICO (dispositivo ultraportátil de terapia de presión negativa) siendo muy efectivo. Se mantuvo esta cura con terapia de vacío superficial hasta los 10 días de su colocación, con sus cambios de dispositivo pertinentes.

Con motivo de la mejoría clínica de la paciente en todos los aspectos y debido a su largo periodo de estancia ingresada, se consideró oportuno darle el alta médica con las siguientes recomendaciones de continuidad de cuidados: movilización progresiva y paseos frecuentes; evitar realizar esfuerzos y/o levantar pesos hasta revisión; curas locales diarias vía ambulatoria (realizando lavados de la herida con suero salino y pincelándola con clorhexidrina, manteniendo apósitos limpios y secos); realizar revisiones periódicas anuales.
A su alta sólo requería de protector gástrico, diurético y heparina, junto a la medicación condicional. Respecto a los diagnósticos del Plan de Cuidados establecido, se alcanzaron las puntuaciones dianas esperadas con éxito y se continuaron reforzando

determinadas actividades de manera extrahospitalaria para lograr una mayor calidad de vida.

Discusión

Por su aplicación en éste Caso Clínico, hemos de destacar uno de los avances en cirugía más relevante en los últimos años, la técnica quirúrgica laparoscópica. Según el artículo publicado en la Revista Chilena de Cirugía[7], esta técnica mantiene los criterios de seguridad oncológica de la cirugía abierta o convencional. Junto con otros numerosos trabajos de la literatura médica, el artículo científico de Cirujano General[8], evidencia además una serie de ventajas en el periodo postoperatorio de los pacientes intervenidos de tal forma: menor dolor y por tanto, la menor necesidad de analgesia, menor número de complicaciones postoperatorias y menor alteración de la función respiratoria. Todo lo cual conlleva a una más rápida recuperación del paciente, a una menor estancia hospitalaria y a una disminución del periodo de convalecencia.
En esta ocasión, la intervención se complicó con una recaída durante su evolución y el proceso fue más largo al tener que reintervenir a la paciente. Las ventajas al emplear dicha técnica esta última vez, se confirmaron con el alta hospitalaria.

Recibir un diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto emocional y supone una ruptura con la forma habitual de vida. El hospital, las diversas pruebas, la espera de los resultados y los tratamientos, son situaciones difíciles para enfermos, familiares y amigos. Cada caso es único al igual que el modo de vivirlo y las reacciones son parte de este proceso de adaptación.

El estilo de afrontamiento que nuestra paciente desarrolló fue el de ‘desesperanza’ (pensaba que estaba en manos de los médicos y el destino) convirtiéndola en una paciente de perfil pasivo. Adaptarse bien no es sólo cuestión de fuerza de voluntad, sino también de aprender a incorporar nuevas estrategias como la comunicación para poder modificar ese estilo de afrontamiento a lo largo del proceso de enfermedad y en función de las situaciones que vayan aconteciendo. Es conveniente animar al paciente a expresar sus emociones y facilitar su desahogo, siempre respetando a los que tiene cerca y facilitándoles que hagan lo mismo.

Durante todo el proceso de actuación se tuvieron presentes ciertas actitudes que favorecieron el cuadro clínico y disminuyeron las posibles limitaciones del plan, tales como: establecer una relación de confianza y permitir la expresión de paciente y familiares, identificar las necesidades personales de éste, animarle a que pidiesen ayuda o información, empatizar y mantener escucha activa, evitar dar consejos usando frases hechas u ofrecer soluciones prematuras y canalizar nuestras propias emociones como profesionales sanitarios.

Para concluir, pudimos comprobar en todo el proceso que gracias al apoyo psicológico ofrecido por los profesionales, especialmente por parte de Enfermería así como de los propios familiares, el afrontamiento y la adaptación demostrados por la paciente fueron satisfactorios, cumpliendo las expectativas del Plan de Cuidados propuesto inicialmente.

Referencias Bibliográficas

1. Asociación Española contra el Cáncer. [Internet]. Madrid, España: AECC; [acceso 8 mayo 2014]. Disponible en: https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx.

2. Galano Urgellés R, Rodríguez Fernández Z, Casáus Prieto A. Cáncer de colon y Seguimiento postoperatorio. Rev Cubana Cir [Internet]. 1997 [acceso 8 mayo 2014]; 36(1):59-63. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol36_1_97/cir11197.htm.

3. Luis M.ªT, Fernández C, Navarro Gómez Mª.V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. Barcelona: Masson; 2005.

4. Herman TH, editor. NANDA International: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

5. Moorhead S, Marion J, Meridean M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Lowa, 4a ed. Madrid: Mosby; 2009.

6. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Lowa, 4a ed. Madrid: Mosby; 2009.

7. López Köstner F, Zárate A, León F, García-Huidobro M, Bellolio F, Pinedo G et al. Resultados preliminares de la cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal. Rev Chil Cir (Chile), 2006; 58(2): 106-113.

8. Decanini Terán C, Belmonte Montés C, Chiapa Cortés M. Cirugía colorrectal por laparoscopia. Análisis de seis casos. Cir Gen 2000; 22(2):143-147.