

2928



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MALFORMACION ANO-RECTAL



ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A ;

VELIA TEJEDA ORTEGA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
<u>I. MARCO TEORICO</u>	6
1.1 Generalidades de anatomía y fisiología	6
1.2 Etiología	33
1.3 Fisiopatología	36
1.4 Diagnóstico	38
1.5 Historia Natural de la Enfermedad: Ano Imperforado	42
<u>II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	50
2.1 Datos de identificación	50
2.2 Nivel y condiciones de vida	50
2.3 Padecimiento actual	53
2.4 Exploración física por segmentos	54
2.5 Diagnóstico de enfermería	58
<u>III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	59
3.1 Desarrollo del plan	59
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	79

INTRODUCCION

La Malformación Ano-rectal, es una afección del aparato digestivo, en la cual no existe abertura anal, en lugar de ella el recto termina en un fondo de saco. Esta alteración ha sido clasificada de diversas formas de las cuales las más comúnmente usadas son:

Las que se consideran como lesiones bajas y lesiones altas. La diferencia se basa en si el intestino cruza el músculo puborrectal, que forma parte del tejido de sostén pubococcígeo o mecanismo elevador del ano. En las lesiones bajas, el intestino cruza el músculo puborrectal y termina bruscamente en la piel o en una fístula que va al rafe medio perineal.

En las lesiones altas no se cruza el músculo, si hay una fístula ésta aboca la mayoría de las veces en las vías urinarias en los varones o en la parte superior de la vagina en las mujeres.

Se han realizado diversos estudios para tratar de determinar las causas que ocasionan este tipo de malformaciones, las cuales al no ser comprobados con exactitud han puesto de relieve ciertos principios subyacentes introductores de malformaciones que confirman la etiología de muchas anomalías.

Se pueden definir como sigue:

- La susceptibilidad de un embrión a un agente teratógeno que depende del estado en el que actúa dicho agente durante el desarrollo embrionario.
- Todo agente teratógeno actúa sobre un aspecto particular del metabolismo celular.
- El genotipo influye hasta un cierto grado sobre la reacción animal a un agente teratógeno.
- Un agente capaz de producir malformaciones también da lugar a un aumento en la mortalidad embrionaria.
- Un agente teratógeno no es necesario que sea deletéreo para el organismo materno.

Se ha observado que todos los teratógenos específicos probados, probablemente dan cuenta de menos del 5% de todas las anomalías del desarrollo humano.

Las anomalías ano-rectales son afecciones congénitas relativamente corrientes, en las cuales la mayoría de los neonatos que la presentan requieren de corrección quirúrgica inmediata, dada la importancia que tiene para el proceso digestivo de los recién nacidos.

Las malformaciones ano-rectales congénitas constituyen la tercera causa de muerte por debajo del año de edad, que como podemos observar, es un número bastante elevado de niños los cuales son víctimas de complicaciones severas y hasta de muerte por este tipo de problemas. Además, se ha visto en repetidas ocasiones que este tipo de alteraciones son más comunes entre los neonatos del sexo masculino, cosa que hasta el momento no se ha podido precisar con exactitud.

El estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería tiene como objetivos:

- Describir la elaboración de un Estudio Clínico en Proceso de Atención de Enfermería, con fundamentos firmes en bases científicas.
- Describir de forma detallada y completa la Historia Natural de las malformaciones ano-rectales.
- Proporcionar atención de enfermería al paciente, a través de acciones específicas a la patología que este presenta, pero apoyado en fundamentación científica.
- Contribuir de manera adecuada y oportuna con dichas acciones, a su rápida recuperación.

- Obtener experiencia en la clínica para la formación del profesional de enfermería.

Campo de la investigación:

La presente investigación fue realizada en el servicio de lactantes que se encuentra ubicado en el 5o. piso de la hospitalización de pediatría del Hospital "20 de Noviembre", que pertenece al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.)

El presente trabajo se divide en tres grandes capítulos que son:

Capítulo 1. Dentro del cual se hablará de generalidades de anatomía y fisiología del aparato digestivo, y el desarrollo embrionario normal del mismo, algunas teorías existentes a cerca de su etiología, sobre su sintomatología, epidemiología, así como de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, se dará a conocer también la Historia Natural de dicha patología.

Capítulo 2. Este nos dará a conocer la historia clínica de enfermería que contiene entre otros puntos, los datos de identificación del paciente, condiciones de vida del mismo, la exploración física así como exámenes de laboratorio y gabinete.

Capítulo 3. Este último capítulo describe ampliamente el Plan de Atención de Enfermería específico para su problema, así como las complicaciones derivadas del principal problema que es la malformación ano-rectal.

Al final de este trabajo se expondrán las conclusiones y fuentes bibliográficas, así como los anexos que complementan la elaboración en forma completa, del presente trabajo.

1. MARCO TEORICO

1.1 Generalidades de anatomía y fisiología.

Anatomía del aparato digestivo:

Toda persona sabe que los alimentos son vitales; se les requiere para las reacciones químicas que se lleva a cabo en todas las células, que incluyen la síntesis de nuevas enzimas, la formación de estructuras celulares o tejido óseo y la de cualquier otro componente del organismo, así como para liberar la energía necesaria en tales procesos anabólicos.

Sin embargo, la mayor parte de los alimentos que consumimos son demasiado grandes para atravesar las membranas plasmáticas de las células, antes de lo cual debe llevarse a cabo la digestión, en sus aspectos mecánico y químico.

Organización general:

Tradicionalmente se ha dividido a los órganos de la digestión en dos grupos principales, de los cuales el primero es el canal alimenticio (tubo digestivo o tracto gastrointestinal), tubo continuo que va desde la cavidad bucal (boca) hasta el ano, por toda la cavidad ventral del cuerpo. La relación entre los órganos digestivos y las nueve regio

nes de la cavidad abdominal son las partes que van a constituir a este. ^{1/}

Por otra parte, la longitud del tubo digestivo de un cadáver es de aproximadamente nueve metros, mientras que en una persona viva es un poco más corto porque los músculos de sus paredes se encuentran en estado tónico. Los órganos que componen el tracto señalado incluyen cavidad oral (boca), faringe, esófago, estómago e intestinos delgado y grueso. Los alimentos se encuentran contenidos en el tracto en cuestión desde el momento en el que se ingieren hasta que están digeridos y preparados para su eliminación y absorción. Las concentraciones y contracciones musculares de las paredes del tubo digestivo se encargan de macerar los alimentos al revolverlos, es decir, los degradan físicamente. Las secreciones producidas por diversos grupos celulares del propio tracto llevan a cabo la degradación química de los nutrimentos.

El segundo grupo de los órganos que forman parte del aparato o sistema digestivo es el de los órganos accesorios, a saber: dientes, lengua y glándulas salivales u orales; glándulas gástricas e intestinales, hígado y vesícula biliar; páncreas y apéndice vermiforme.

Los dientes están ordenados en dos huesos, sobresalen en el interior

1/ Quiroz, Gutiérrez, R.; Tratado de anatomía humana, pp. 2470-22

de la boca y facilitan la maceración de los alimentos. Los otros órganos accesorios, con excepción de la lengua y las glándulas gástricas e intestinales, están separadas del tubo digestivo y producen o almacenan secreciones que pasan al tracto digestivo a través de conductos.

Organos:

Cavidad oral (boca):

La cavidad oral o boca está formada por los carrillos, los paladares duro y blando y la lengua. Las paredes laterales de esta cavidad están constituidas por los carrillos, estructuras musculares cubiertas en la parte externa por piel y recubiertas en la interna por epitelio escamoso, estratificado no queratinizado.

Las porciones anteriores de los carrillos terminan en los labios superiores e inferiores, pliegues musculomembranosos que rodean al orificio de la boca y están cubiertos en el exterior por mucosa.

Las zonas de recubrimiento no están queratinizadas y dejan ver por su transparencia, la sangre que circula en el lecho capilar subyacente.

La cara interna de cada labio está unida en la línea media a la encía correspondiente por un pliegue de mucosa al que se denomina carrillo del labio, superior o inferior respectivamente. Entre el te

gumento externo y el recubrimiento interno se encuentran el músculo orbicular de la boca y una capa de tejido conectivo. Los carrillos y los labios ayudan a que el alimento quede entre los dientes inferiores y superiores, durante la masticación, aquellos también participan en el habla.

La cavidad oral propiamente dicha es la que se extiende por dentro del vestíbulo hasta las fauces, que es la abertura entre la cavidad bucal y la faringe.

Lengua:

La lengua y los músculos con ella vinculados forman el suelo de la cavidad bucal. Es un órgano compuesto de mitades simétricas a uno y otro lado por acción de un septo o tabique en el plano medio, el cual se extiende a lo largo de toda la lengua y está unido por debajo al hueso hioides. Cada mitad lateral de la lengua consiste en conjuntos idénticos de músculos, a los que se divide en extrínsecos e intrínsecos. Los músculos extrínsecos son los que tienen su origen fuera de la lengua pero se insertan en ella e incluyen el hioglosos, condroglosos, genioglosos, estiloglosos y palatoglosos. Los músculos extrínsecos efectúan el movimiento transversal de la lengua y participan en las actividades de masticación y deglución; también forman el suelo de la boca y mantienen a la lengua en su posición.

Los músculos intrínsecos se originan e insertan en la lengua y modifican la forma y el tamaño de la misma para el habla, y la deglución; estos músculos incluyen el longitudinal superior, el longitudinal inferior, el transverso de la lengua y el vertical de la lengua.

La cara superior y lateral de la lengua están cubiertas por papilas, prominencias de la lámina propia, recubiertas por epitelio; los elementos gustatorios están contenidos en ella.

Glándulas salivales:

La saliva es un líquido secretado en forma continua por glándulas situadas en la cavidad oral o cerca de ella. En condiciones normales se secreta sólo la saliva necesaria para mantener húmeda la mucosa bucal. No obstante, cuando los alimentos entran en la cavidad oral se incrementa la secreción de saliva para lubricarlos, disolverlos y degradarlos químicamente.

El volumen de saliva secretado diariamente varía en forma notable de 1 000 a 1 500 mililitros, desde el punto de vista químico, la saliva es 99% agua y 0.5% de solutos.

En la tónica mucosa de la cavidad bucal se encuentra una gran cantidad de pequeñas glándulas (labiales, bucales, palatinas, y linguales); todas ellas segregan líquidos mucosos en la superficie de la mucosa. Aparte de ellas, hay tres partes de glándulas salivales importantes;

las parótidas, las submandibulares y las sublinguales, cuyos conductos que contienen dichas secreciones se abren también en la cavidad bucal.

La glándula parótida está situada por debajo y por delante del meato acústico externo. El conducto excretor de esta glándula se extiende por la cara externa del músculo masetero, después atraviesa el músculo buccinador y se abre en el vestíbulo de la boca en la mucosa de la mejilla.

La glándula submandibular está situada debajo del diafragma de la boca, en la fosa submandibular. El conducto de esta glándula descansa en la cara superior del diafragma de la boca y se abre en la cavidad bucal propiamente dicha debajo de la lengua, en la papila salival.

La glándula sublingual se encuentra debajo de la lengua, en el diafragma de la boca, estando cubierta por arriba por la mucosa, la cual forma un pliegue sobre la glándula (pliegue sublingual).

La glándula tiene un conducto de gran calibre, conducto sublingual mayor y varios mas pequeños, conductos sublinguales menores. El conducto excretor mayor se abre junto con el conducto de la glándula submandibular, en la papila salival; los conductos menores se abren en el pliegue sublingual.

Dientes:

Se encuentran en la cavidad bucal, y se hallan ordenados en los alveolos de los procesos alveolares de la maxila y la mandibula. En cada diente se distinguen tres partes: la corona, el cuello y la raíz. La corona del diente hace saliente en la cavidad bucal; la raíz se encuentra en el alveolo. Se denomina cuello a la parte estrechada del diente, situada entre la corona y la raíz. El cuello del diente se encuentra cubierto por la encía.

En el interior del diente hay una cavidad, que se comunica con el conducto de la raíz. La cavidad del diente está llena por la llamada pulpa dental constituida por tejido conjuntivo laxo en las que se encuentran los nervios y vasos sanguíneos.

En la composición del diente se encuentran tres sustancias, la dentina es la sustancia fundamental, ya que constituye la mayor parte del diente por su estructura; la dentina semeja al hueso pero ésta posee más solidez.

El esmalte cubre la corona del diente; este es el tejido más fuerte en el cuerpo del hombre y contiene un 98.5% de sales inorgánicas. El cemento cubre la raíz y el cuello del diente, por su estructura se acerca más al hueso que a la dentina. En la raíz del diente y la

pared de los alveolos se encuentra una pequeña capa de tejido conjuntivo, que se denomina periodonto. Las fibras colágenas de periodonto constituye un ligamento que fija al diente.

En dependencia de su forma, los dientes se clasifican en: incisivos, caninos, premolares y molares. En los incisivos la corona tiene forma de cincel; en los caninos, es de forma cónica; en los premolares la corona presenta 4-5 cúspides. Los incisivos y los caninos están destinados a desgarrar los alimentos y los molares a triturarlos o molerlos. Los dientes tienen un número distinto de raíces, que en total suman 32 piezas dentales.

Deglución:

La deglución es el paso de los alimentos desde la cavidad oral hasta el estómago. Se inicia cuando formamos con la lengua una masa redondeada de alimento a la que se denomina bolo, el cual es desplazado hacia la parte posterior de la cavidad y porción oral de la faringe por virtud del movimiento de la lengua en sentido superior y posterior, contra el paladar; esta es la etapa voluntaria de la deglución. Tan pronto como el bolo llega a la porción oral de la faringe, se inicia la etapa involuntaria o faríngea de la deglución, durante la cual se cierran las vías respiratorias y se interrumpe en forma momentánea la respiración. El bolo estimula a receptores

de la porción bucal de la faringe, los cuales envían impulsos al bulbo y algunos centros inferiores del puente, en el tronco encefálico. Los impulsos nerviosos que a su vez transmiten estos últimos, hacen que el paladar blando y la úvula se desplacen en sentido ascendente para cerrar la porción nasal de la faringe y la laringe se dirige asimismo, hacia adelante y por arriba por debajo de la lengua, hasta que entra en contacto con la epiglotis y se cierra la glotis. El movimiento de la laringe también acerca los pliegues bucales entre sí, con lo cual se sellan las vías respiratorias y aumentan el diámetro de la abertura existente entre la porción faríngea en la laringe y el esófago.

Esófago:

El esófago, tercer órgano que participa en la digestión y deglución, es un tubo muscular susceptible de estrechamiento situado por detrás de la tráquea. Su longitud varía de 23 a 25 cm., y es un conducto que se inicia en el extremo inferior de la porción nasal de la faringe, atraviesa el mediastino por delante de la columna vertebral, perfora el diafragma por una abertura que se conoce como hiato esofágico y termina en la porción superior del estómago.

Está constituido por diversas capas de tejido diferente. El esófago no produce enzimas digestivas ni lleva a cabo funciones de absorción;

en vez de eso secreta moco y transporta a los alimentos hasta el estómago. La etapa esofágica de la deglución también es involuntaria y durante ella, los alimentos se desplazan por el esófago en virtud de movimientos musculares especiales a los que se denominan peristaltismo.

La peristalsis es una función de la túnica mucosa muscular sujeta a regulación del bulbo.

Las contracciones se repiten a la manera de un movimiento ondulatorio descendente, con lo cual los alimentos se dirigen en dirección al estómago. El movimiento del bolo se facilita aún más por virtud de la secreción de moco por glándulas especiales. El paso de alimentos sólidos o semisólidos desde la boca al estómago se efectúa de 4-8 segundos, mientras que la de alimentos muy blandos es de un segundo.

Estómago:

El esófago termina en la cavidad abdominal en el estómago, dilatación sacular que se colapsa con facilidad, situada en el tubo alimenticio y que actúa como un reservorio temporal del alimento. Está colocado de modo oblicuo en las regiones apigástrica, umbilical e hipocóndrica izquierda del abdomen, directamente por debajo del diafragma, la forma y la posición del estómago se modifican por alte-

raciones propias de los órganos vecinos. Estas modificaciones dependen de la cantidad de contenido gástrico, de la fase de digestión en que se encuentre, del grado de desarrollo y fuerza de las paredes musculares y del estado de los intestinos que lo rodean. El estómago no está completamente vacío y siempre contiene jugo gástrico y mucina. Cuando está contraído tiene forma semilunar, si se le observa de frente. Al principio de la digestión gástrica, el estómago está formado normalmente por dos segmentos, una porción globular grande hacia el lado izquierdo y una porción tubular estrecha hacia el lado derecho.

Cuando está distendido por el alimento adquiere la forma de luna un poco más ensanchada y gruesa. El estómago presenta dos orificios y dos bordes y curvaturas.

Los orificios son el píloro que comunica con el duodeno y el cardias que comunica con el esófago. Las curvaturas son la menor del borde cóncavo y mayor del lado convexo.

Intestino delgado:

El intestino delgado se extiende desde el píloro hasta la válvula ileocecal. Es un tubo contorneado, de unos 7 metros de largo, ocupa la parte central e inferior de la cavidad abdominal.

En su comienzo, el diámetro es de unos 38 mm pero va disminuyendo gradualmente, de manera que su terminación apenas alcanza 25 mm. Con fines descriptivos el intestino delgado se divide en tres partes: duodeno, yeyuno e ileón, que se continúa uno con otro y presentan pequeñas variaciones.

El duodeno tiene 25 cms., de largo y es la parte más corta y ancha del intestino delgado. Se extiende desde la extremidad pilórica del estómago hasta el yeyuno. Comienza en el ploro, después se dirige a la derecha, arriba y atrás por debajo del hígado. Sufré una angulación y se dirige hacia abajo enfrente al riñón derecho; se acorta por segunda vez hacia la izquierda y pasa horizontalmente por delante de la columna vertebral. Ya en el lado izquierdo, asciende unos 25 mm., para terminar uniéndose con el yeyuno al nivel de la segunda vértebra lumbar.

El yeyuno o el intestino vacía, llamado así porque después de la muerte siempre se le encuentra desocupado, constituye cerca de las dos quintas partes del intestino delgado y se extiende desde el duodeno hasta el ileón.

El ileón tiene numerosas asas y constituye el resto del intestino delgado; se extiende desde el yeyuno hasta el intestino grueso, con el cual se une formando un ángulo recto. El orificio está resguardado

por un esfínter que actúa como válvula e impide el regreso del material que se ha vaciado al intestino grueso; se denomina válvula ileocecal. No existe ningún punto definido en el que termine el ayuno y comience el íleon, aún cuando las mucosas de las dos partes son algo distintas.

Funciones:

La digestión y la absorción se llevan a cabo fundamentalmente en el intestino delgado, aquí se vierten la bilis y el jugo pancreático, proveniente del hígado y del páncreas. Las glándulas del intestino delgado secretan el jugo. Los pliegues circulares retardan el paso de alimento de manera que los líquidos digestivos pueden actuar sobre él de manera más completa; las numerosas vellosidades aumentan la superficie para la absorción. Algunas de las células de la mucosa, sobre todo en el duodeno, secretan prosecretina.

Cuando el quimo ácido entra al intestino, la prosecretina se transforma en secretina y es llevada por la sangre al hígado, el páncreas y otras partes del intestino, donde estimula su actividad de secreción.

Hígado:

Es un órgano grande cuyo peso es de cerca de 1.5 Kg. El hígado

está situado en la porción superior de la cavidad abdominal; en el hipocondrio derecho y parcialmente en el izquierdo. En el hígado se distinguen la cara convexa superior, la cara insignificamente cóncava inferior y el borde agudo. La cara superior se llama diafragmática, en su mayor extensión esté en contacto con el diafragma y la parte posterior está adherida al mismo. La cara visceral o inferior del hígado está dirigida a los internos de la cavidad abdominal, estómago duodeno y parte del colon.

El hígado forma un importante papel en la actividad vital del organismo, elabora la bilis que forma parte del proceso de la digestión.

Aparte de la secreción de bilis, el hígado desempeña otras funciones. Entre ellas se encuentran: 1) participación en el metabolismo de los hidratos de carbono y también en el metabolismo de las grasas y las proteínas; 2) función defensiva.

La participación del hígado en el metabolismo de los hidratos de carbono consiste en que el mismo se elabora y se deposita el glucógeno. Las sustancias nutritivas, absorbidas en la sangre desde el intestino delgado, penetran en el hígado por la vena porta. Aquí, la glucosa transportada por la sangre es transformada en azúcar animal, el glucógeno.^{2/}

^{2/} Tatárinov, V.G.; Anatomía y fisiología humanas, pp. 132 y ss.

La participación del hígado en el metabolismo de las grasas, consiste en que cuando hay insuficiencia de grasas en la alimentación, parte de los hidratos de carbono se transforman en grasa.

La función defensiva del hígado consiste en que, en el mismo se inactivan algunas sustancias tóxicas. En particular por el torrente sanguíneo llegan al hígado por la vena porta, procedentes del intestino grueso, varias sustancias tóxicas elaboradas durante la putrefacción de los prótidos, en el hígado estas sustancias son transformadas en combinaciones no tóxicas, las cuales son luego eliminadas del organismo junto con la orina.

Vesícula biliar:

La vesícula biliar está situada en la parte anterior del surco longitudinal derecho del hígado, es un reservorio para la bilis. En ella se distinguen, el fondo, el cuerpo y el cuello. El cuello estrechándose, se continúa en el cístico, el cual se une al conducto hepático común. Como resultado de ello se forma el conducto colédoco; este último desemboca en el duodeno. La bilis se acumula en la vesícula biliar durante los períodos en los que no hay digestión. Esta llega a la vesícula proveniente del hígado por el conducto hepático común y después, por el conducto cístico. Cuando los elementos penetran en el organismo y duodeno, se provoca la contracción refleja de la

vesícula biliar y la relajación del esfínter situado en la desembocadura del conducto colédoco.

Como resultado de ello, la bilis pasa a la vesícula y de la vesícula llega al duodeno.

Páncreas:

El páncreas es por su tamaño la segunda glándula del sistema digestivo. Se encuentra situado por detrás del estómago en la pared abdominal posterior. En el páncreas se distinguen la cabeza, el cuerpo y la cola. La cabeza del páncreas está dirigida hacia la derecha y envuelta por la parte cóncava en forma de herradura, del duodeno; la cola está dirigida hacia la izquierda y descansa en el bazo.

El páncreas está compuesto por lóbulos. Las células glandulares de los lóbulos elaboran una secreción, el jugo pancreático. En el interior del páncreas en toda su extensión, desde la cola hasta la cabeza, se extiende su conducto que se abre en el duodeno. En la sustancia glandular, entre los lóbulos, se encuentran unas pequeñas zonas de tejido glandular especial, denominadas islotes pancreáticos. Estos islotes desempeñan el papel de glándulas de secreción interna.

Intestino grueso:

El íleon se continúa en la fosa ílica derecha en intestino grueso.

En la zona del paso se encuentra un pliegue de la mucosa, la válvula ileocecal. Esta está constituida de tal manera que el contenido del intestino delgado pasa libremente al intestino grueso, pero no puede desplazarse en dirección contraria.

El intestino grueso tiene cerca de 1.5 metros de longitud. Se divide en las porciones siguientes: intestino ciego, con su apéndice vermiforme; el colon ascendente, el transverso, el descendente; el sigmoideo y el recto.

Las paredes del intestino grueso constan de las mismas túnicas que las paredes del intestino delgado; sin embargo, en su estructura se encuentran diferencias.

La túnica mucosa del intestino grueso forma pliegues semilunares y carece de vellosidades. Las células de la mucosa segregan moco. En la mucosa, en toda la extensión del intestino grueso, se encuentran folículos linfáticos solitarios. La túnica muscular, tanto del intestino grueso como del delgado, constan de dos estratos, pero su estrato longitudinal se sitúa no por todas las circunferencias del intestino sino en forma de tres cintas llamadas tenias. Entre los espacios entre las tenias, la pared abdominal forma abolladuras denominadas haustros.^{3/}

3/ Ibidem., p. 140 y ss.

La túnica serosa del intestino grueso tienen unos haustros dactiliformes.

El intestino ciego está situado en la fosa ilíaca derecha y constituye la porción inicial del intestino grueso, o sea, aquella zona situada por debajo del punto de inserción del intestino delgado y el grueso. La cavidad de esta porción del intestino comunica con la cavidad del apéndice por medio de un pequeño orificio, cubierto por un pliegue de la mucosa, la válvula o esfínter del apéndice vermiforme.

Apéndice vermiforme:

Por lo común está situado por debajo del intestino ciego, descendiendo en la región de la pelvis menor pero puede encontrarse también por detrás de éste. El espesor del apéndice no pasa de 1 centímetro y su longitud es, por término medio, igual a 7-9 centímetros. En la pared del apéndice vermiforme hay gran cantidad de folículos linfáticos.

La inflamación del apéndice se observa con relativa frecuencia y se denomina apendicitis.

La porción ascendente del colon es la continuación del intestino ciego y está situada en la mitad derecha de la cavidad abdominal, en la pared posterior de la misma, elevándose hasta la misma altura

del hígado, en donde se continúa con el intestino por el colon transverso.

El colon transverso se encuentra por debajo de la curvatura mayor del estómago y con ayuda de su propio mesenterio se encuentra suspendido a la pared abdominal posterior.

En el hipocondrio izquierdo cerca del bazo, se continúa con el colon descendente.

El colon descendente, al igual que el ascendente, se encuentra en la pared posterior de la cavidad abdominal, pero en la mitad izquierda del mismo. Se continúa con el sigmoideo. El colon sigmoideo tiene varias asas y con ayuda del mesenterio están suspendidas en la fosa ilíaca izquierda a nivel de la tercera vértebra sacra pasa al recto.

El recto es la porción final del conducto alimenticio y se encuentra en la cavidad de la pelvis menor, por delante del mismo, en la mujer están situados el útero y la vagina y, en el hombre, la vejiga urinaria, la próstata y las vesículas seminales; por detrás del recto se encuentran el sacro y el cóccis.

El recto tiene de 15 a 20 centímetros de longitud y se divide en dos partes, la superior es la porción pelviana, tiene un ensanchamiento que es la ampolla del recto. El canal anal termina en la región del perineo en un orificio llamado ano.

La pared del recto consta de las mismas túnicas y estratos que la pared del colon, pero a diferencia de ésta, no tiene tenias musculares longitudinales, haustos y procesos apiplóicos. La mucosa del recto forma varios pliegues transversales y longitudinales.

Los pliegues longitudinales se les llaman columnas anales y las depresiones entre ellas son senos anales. Una pequeña parte de la mucosa del recto, por encima del ano, no tiene pliegues longitudinales y se llama zona hemorroidal. En esta zona se encuentra el plexo venoso.

El estrato circular de la túnica muscular del recto, forma alrededor del ano su esfínter interno, involuntario según su función. Hacia afuera del esfínter interno, se encuentra el esfínter externo del ano, el cual está constituido por tejido muscular esfínterado. El peritoneo cubre el tercio superior del recto por todos los lados y parcialmente el tercio medio; el tercio inferior no está cubierto por el peritoneo, sino por el tejido conjuntivo.

Digestión en el intestino grueso:

Del intestino delgado pasan al intestino grueso los restos de alimento no digerido. En particular, entran en su composición las celulosas de los vegetales, la cual no se desintegra ni en el estómago ni en el intestino delgado.

Los procesos fundamentales, que tienen lugar en el intestino grueso, son: la formación de las heces fecales y la elaboración del agua. Tienen lugar además, la fermentación y la putrefacción de los residuos alimenticios. En el intestino grueso, se encuentra una gran cantidad distinta de bacterias que forman la flora intestinal. Una de ellas provoca la fermentación de los hidratos de carbono y otra la de los prótidos.

En estos procesos se forman gases. En la desintegración de los prótidos se forman también algunas sustancias tóxicas, fracciones de las cuales son absorbidas por la sangre, llegando al hígado. La formación de sustancias tóxicas aumentan en los estreñimientos.

La absorción del agua se verifica parcialmente en el intestino delgado pero preferentemente en el grueso. En este último, durante un día, se absorben hasta 4 litros de agua, y de la papilla alimenticia quedan solamente de 130 a 150 gramos de heces fecales.

En la composición de las heces fecales entran los restos alimenticios no digeridos, moco, células epiteliales muertas y gran cantidad de bacterias del intestino grueso. Estas últimas constituyen una tercera parte del peso total, las heces fecales. El color del excremento depende de los pigmentos biliares desintegrados; la cantidad de excremento, del volumen y composición de los alimentos ingeridos.

Las heces fecales se acumulan en el intestino recto. La transición de los residuos alimenticios por el intestino grueso se realizan como resultado de la contracción de sus paredes.

Defecación:

El vaciamiento del intestino se denomina defecación. En el adulto, la defecación tiene lugar de 1 a 2 veces al día, siendo más frecuente en los lactantes y niños pequeños. El acto de la defecación se regula por el sistema nervioso y es un acto reflejo, como respuesta a la excitación de los receptores de los segmentos inferiores del intestino grueso por los excrementos. La defecación tiene lugar, corrientemente, sólo en el caso en que la presión de las heces fecales sobre las paredes del intestino recto alcance una intensidad determinada.

Entonces tiene lugar la excitación de los receptores situados en la mucosa intestinal. En respuesta se produce la contracción refleja de la túnica muscular del intestino, se reflejan los esfínteres del ano. Al mismo tiempo, se contraen los músculos de la prensa abdominal y el músculo elevador del ano y las heces fecales son expulsadas al exterior. En el centro del reflejo de la defecación está situado en la porción sacra de la médula espinal, pero este acto está supeditado a la corteza cerebral, siendo una demostración de ello la retención voluntaria de las heces fecales.

A veces, las defecaciones son líquidas y frecuentes, o por el contrario, el vaciamiento del intestino es más lento y a esto se le suele llamar estreñimiento o constipación.

En estos trastornos el peristaltismo intestinal son a los que se refieren ciertos estados patológicos.

Desarrollo embrionario normal del intestino medio:

En el embrión de 5 mm., el intestino medio se extiende desde el vestíbulo intestinal interior hasta el vestíbulo intestinal posterior, cuelga de la pared abdominal dorsal por un mesenterio corto y comunica ampliamente con el saco vitelino por virtud del conducto o pedículo vitelino. En el embrión los límites craneal y caudal del intestino medio, son vagos; sin embargo, se acepta en general que en el adulto, el intestino medio comienza inmediatamente en la porción distal a la desembocadura del colédoco en el duodeno, y termina en la unión de los dos tercios proximales con el tercio distal del colon transversal.

El desarrollo del intestino medio se caracteriza por alargamiento básico y rápido del intestino mesenterio, que forma el asa intestinal primitiva. El ápice del asa comunica ampliamente con el saco vitelino por virtud del conducto onfalomesentérico o vitelino, de escaso

calibre. La rama encefálica del asa se convierte en porción distal de duodeno, yeyuno y parte del íleon, ciego y apéndice, colon ascendente y dos tercios proximales del colon transversal. La unión de las ramas craneales y caudal en el adulto sólo pueden identificarse en caso de persistir un segmento del conducto vitelino. El desarrollo ulterior de la asa intestinal primitiva se caracteriza por alargamiento rápido, sobre todo de la rama cefálica.^{4/}

A consecuencia del crecimiento rápido y del aumento de volumen simultáneo del hígado, la cavidad abdominal se torna pasajeramente demasiado pequeña para contener las asas intestinales, las cuales se introducen en el celoma extraembrionario del cordón umbilical durante la sexta semana de la vida intrauterina.

Simultáneamente con el alargamiento, el asa intestinal experimenta rotación por un eje formado por la arteria mesentérica superior. Visto desde la cara anterior, este movimiento de rotación ocurre en dirección contraria a las de las manecillas del reloj y cuando se completa, abarca 270 grados. Incluso durante el movimiento de rotación continúa el alargamiento del asa del intestino análogo, el intestino grueso se alarga bastante pero no presenta fenómenos de enrollamiento.

4/ Langman, Jan; Embriología médica, p. 265

Hasta el final del tercer mes, las asas intestinales herniales comienzan a volver a la cavidad abdominal. No se ha dilucidado los factores que producen este fenómeno, pero se considera que la regresión del mesonefros, la disminución del crecimiento del hígado y el aumento de volumen de la cavidad abdominal, tiene un papel importante.

La porción proximal del yeyuno, la primera en volver a la cavidad abdominal, se sitúa del lado izquierdo; las asas que penetran ulteriormente se disponen cada vez más hacia la derecha.^{5/}

El brote cecal, que aparece en el período de 12 mm., en forma de dilatación cónica pequeña de la rama caudal del asa intestinal primitiva, es la última parte del intestino que vuelve a la cavidad abdominal, y pasajeramente se sitúa en el cuadrante superior derecho, inmediatamente por debajo del lóbulo derecho del hígado. Después desciende a la fosa ilíaca derecha y al hacerlo forma el colon ascendente y el ángulo hepático.

Durante este fenómeno, el extremo distal del brote cecal origina un divertículo de escaso calibre, el apéndice primitivo. Al volver el intestino a la cavidad abdominal el mesenterio queda comprimido hacia la cavidad abdominal en su pared posterior y en varias zonas se

^{5/} Ibidem., p. 267.

fusióna con el peritoneo parietal, fijando de esta manera algunas asas a la pared abdominal en la región posterior.^{6/}

Desarrollo normal embrionario del Intestino posterior:

El intestino posterior que en el embrión se extiende desde el vestíbulo intestinal posterior hasta la membrana cloacal, origina el tercio distal del colon transverso, el colon descendente, el colon sigmoides, el recto y la porción superior del conducto anal. La porción terminal del intestino posterior entra en la cloaca, cavidad revestida de endodermo que está en contacto directo con el ectodermo superficial; en la zona de contacto entre el endodermo y el ectodermo se forma la llamada membrana cloacal.

En etapa evolutiva ulterior aparece un relieve transversal, el tabique urorectal, el ángulo que forma la alantoides y el intestino superior. Este tabique desciende gradualmente en dirección caudal y divide a la cloaca en porción anterior, el seno urogenital primitivo y porción superior, el conducto ano-rectal. El embrión de 7 semanas, el tabique urorectal llega a la membrana cloacal, y en este sitio se forma el perineo primitivo. La membrana cloacal se divide entonces en dos porciones, a saber: posterior o membrana anal y anterior o membrana urogenital.

^{6/} ibidem

Mientras ocurre el fenómeno mencionado, la membrana anal es rodeada por abultamiento de mesénquima, y en la novena semana se advierte en el formado de una depresión ectodérmica, llamada fosita anal o proctodeo. Las eminencias adyacentes se llaman pliegues anales.^{7/}

Poco después se rompe la membrana anal y el recto comunica libremente con el exterior, que en esta etapa de desarrollo corresponde a la cavidad amniótica. En consecuencia, la porción superior del conducto anal es de origen endodérmico y es vascularizada por la arteria del intestino posterior, la arteria mesentérica inferior. El tercio inferior del conducto anal tiene origen ectodérmico y recibe su origen de riego sanguíneo por las arterias íliaca intestinal.^{8/}

Epidemiología:

Las anomalías del ano y del recto son afecciones congénitas relativamente corrientes, se reconoce la incidencia exacta, pero se ha calculado que puede esperarse en 1 de 300 nacimientos una anomalía anal o rectal de cierta importancia.

Se ha calculado que las anomalías mayores que requieren corrección quirúrgica se presentan en 1 de cada 1 000 niños nacidos vivos.

7/ Idem., p. 270

8/ Idem., p. 274

Las malformaciones congénitas constituyen la tercera causa de muerte por debajo del año de edad, con el 15%, o alrededor de 11 000 muertes, atribuidas a estas causas adyacentes.

Aproximadamente el 1,25% de niños que presentan una gran malformación que es identificable en el momento del nacimiento.

Una pequeña parte de las malformaciones congénitas constituyen la tercera causa de muerte por debajo de otras causas de incidencia mayor.

Otra parte también pequeña de malformaciones congénitas poseen una causa genética mayor. La mayoría son probablemente consecuencia de la interacción entre la predisposición genética y ciertos factores ambientales intrauterinos sutiles.^{9/}

1.2 Etiología.

Aunque en muchos de los resultados de las investigaciones y de los estudios realizados para tratar de determinar las causas que ocasionan este tipo de malformaciones, no han podido ser realizadas, pero tales investigaciones han puesto de relieve ciertos principios subyacentes introductores de malformaciones que confirman la etiología de muchas anomalías humanas.

9/ Ibidem., p. 280.

Se puede definir como sigue:

1. La susceptibilidad de un embrión a un agente teratógeno depende del estado del desarrollo en el que actúa el agente. El determinante real es el grado de diferenciación del tejido susceptible. En general todos los órganos y sistemas parecen tener un período precoz de susceptibilidad en su diferenciación.

La susceptibilidad a los agentes teratógenos disminuye por lo general a medida que avanza la formación de los órganos y por lo general es inexistente una vez que la organogénesis se ha completado.

2. Cada agente teratógeno actúa sobre un aspecto particular del metabolismo celular. Por tanto, diversos agentes teratógenos producen o tienden a producir diferentes efectos aunque actúan durante el mismo sistema.

Además, el mismo agente puede producir efectos diferentes cuando actúan en diferentes fases del desarrollo embrionario.^{10/}

3. El genotipo influye hasta un cierto grado sobre la reacción animal a un agente teratógeno. Por tanto, en la mayoría de las

^{10/} Hellman y Pritchard, Obstetricia. Williams, p. 812.

malformaciones es necesario que actúe una predisposición genética y un agente teratógeno para producir la anomalía.

4. Un agente capaz de producir malformaciones también da lugar a un aumento en la mortalidad embrionaria. Este concepto explica en parte los abortos precoces.
5. Un agente teratógeno no es necesario que sea deletéreo para el organismo materno. Casos subclínicos de rubéola pueden originar malformaciones congénitas.

Todos los teratógenos específicos probados probablemente dan cuenta de menos del 5% de todas las anomalías del desarrollo humano.

La ausencia de los agentes puramente genéticos en la producción de las malformaciones congénitas se puede demostrar en animales de experimentación y en los seres humanos.

Entre los pocos fármacos que se saben definitivamente que tienen poder teratógeno en el hombre, están ciertos compuestos del ácido fólico y la talidomida. Además se ha visto que ciertos compuestos progestágenos masculinizan el feto humano. Son sospechosos muchos otros fármacos, ya porque sean teratógenos en animales o porque tengan la impresión de la prevalencia de malformaciones congénitas asociadas a su empleo.^{11/}

^{11/} ibidem.

1.3 Fisiopatología:

La imperforación del ano ha sido clasificada de diversos modos; aquí se divide en dos categorías principales, consideradas como lesiones bajas y altas. La diferencia se basa en si el intestino cruza el músculo puborrectal, que forma parte del tejido de sostén pubococcígeo o mecanismo elevador del ano. En las lesiones bajas, el intestino cruza el músculo puborrectal y termina bruscamente en la piel o en una fístula que va al rafe medio perineal en enfermos de ambos sexos. En las lesiones altas no se cruza el músculo, si hay una fístula, ésta aboca la mayoría de las veces en las vidas uri narias en los varones o en la parte superior de la vagina en las mu je res.

Los obstáculos al desarrollo de las estructuras ano-rectales en diferentes estadios del desarrollo embrionario dan lugar a una serie de anomalías que van desde la estenosis anal o rotura incompleta de la membrana anal hasta la falta completa de descenso de la porción superior de la cloaca y falta de invaginación del proctodeo. La persistencia de la comunicación de las partes bajas y porciones urinarias y rectales de la cloaca es la causa de la existencia de fístulas, con mayor frecuencia en el varón, en la mujer las fístulas rectales comunican más frecuentemente con la vagina que con el sistema urinario. Puesto que el músculo del esfínter anal deriva del mesodermo

externo, está generalmente intacto y no aparece implicado con las lesiones obstructivas del ano y del recto.^{12/}

Sintomatología:

La estenosis anorectal puede radicar en cualquier punto del conducto anal o existir en toda su longitud, la contricción es a veces semilunar, los síntomas son proporcionales al grado de obstrucción que presenta; los más corrientes son: dificultad a la evacuación y constipación, la obstrucción puede identificarse por un examen digital o por medio de un endoscopio.

Como ya mencionamos, los síntomas más característicos son: la ausencia de evacuaciones, la distensión abdominal por retención de materia fecal o de meconio, según sea el caso.

También a la observación se puede identificar una membrana verdosa, en caso de que haya falta de ruptura de dicha membrana y la coloración se la va a dar el meconio, el cual va a estar presente por no poder salir en forma correcta.

Otra manifestación puede ser en el caso en el que exista una fístula hacia la vejiga, la orina se va a tornar de color verdoso y en caso de que la fístula se encuentre en vagina, habrá salida de material de igual tono verdoso de la misma.^{13/}

^{12/} Nelson, E. Waldo; Tratado de pediatría; p. 532.
^{13/} Idem.

1.4 Diagnóstico

En la imperforación del ano verdadera, el diagnóstico puede hacerse a menudo, por inspección. En las lesiones bajas tiene valor diagnóstico la presencia de una fístula perineal o un perineo combado. En las lesiones altas el periteneo es más redondeado, no se aprecia ninguna inflexión y no se puede determinar bien la posición del esfínter externo. Cuando no es evidente la fístula, la distancia entre el intestino y la piel, se determina mediante películas con el niño en posición invertida, realizadas en cuanto hay una distensión abdominal evidente. La lesión es alta cuando hay la distancia entre el intestino y la señal es mayor de 1.5 ó 2 centímetros.

Muchas mujeres tienen una fístula rectovaginal o rectoperineal. Los varones con una lesión baja pueden tener una fístula que aboque al rafe medio del perineo y si la lesión es alta, la uretra y la vejiga es más importante la altura de la lesión que presencia o ausencia de fístula.

En aproximadamente la mitad de los niños con imperforación del ano, se presentan malformaciones urinarias de un tipo asociado.

Antes de proceder a la terapéutica definitiva en las formas altas y a las operaciones de abocamiento en las bajas debe practicarse una exploración urinaria mediante una pielografía descendente.^{14/}

14/ Ibidem.

Tratamiento:

La estenosis anal puede tratarse generalmente con dilataciones manuales. Todas las demás formas de imperforación anal requiere corrección quirúrgica.

En las formas bajas el intestino tiene el funcionalismo conservador, por lo que puede ser corregido desde abajo. Es esencial una reconstrucción mucocutánea cuidadosa.

Las formas altas son tratadas adecuadamente mediante colostomía previa, seguida de una reparación definitiva a los 3 ó 6 meses por aproximación abdominoperitoneal, sacroperineal o sacroabdominoperineal, según la lesión y las preferencias del cirujano. Es esencial una posición cuidadosa del ano en la región del esfínter externo, y la colocación anatómica del intestino en los medios de fijación puborrectales. El estudio del trayecto fistuloso en vistas a su supresión, es mejor realizarlo cuando se ha conseguido la reparación anatómica.

El tratamiento de la imperforación del ano no termina hasta que el niño llega a educar su intestino y es aceptable socialmente. El cirujano que conoce la naturaleza y el grado del trastorno anatómico y fisiológico debe trabajar estrechamente vinculado al niño, a la familia y al pediatra con el fin de conseguir unos resultados óptimos. ^{15/}

Cuanto más esté elevado el fondo del saco y más extensa sea la operación, más dificultades se encuentran en el período posoperatorio. Generalmente puede esperarse una solución funcional satisfactoria si se procura un cuidado continuo durante todo el período de educación de los esfínteres. En un escaso número de niños se prolongarán los problemas debidos a la estenosis, a la deficiente preocupación anal y a la escasa dirección. En el período posoperatorio el estreñimiento y no la incontinencia, como podría esperarse, constituye el mayor problema, la falta de percepción de las materias fecales en el recto originan impactaciones fecales diarróicas o por desdoblamiento, dando lugar a la formación al tipo adquirido de megacolon.

Si prestamos una pronta atención para asegurar la regularidad en las evacuaciones, prevendremos las impactaciones fecales masivas y evitaremos el consiguiente ostracismo social.

Por regla general debe acostumbrarse al niño a defecar a determinada hora del día, en vez de enseñarle a que lo haga cuando sienta necesidad imperiosa. En algunos casos es necesaria la administración de un enema.^{16/}

Complicaciones:

Las complicaciones que pueden presentarse son:

^{16/} Ibidem., p. 834.

Si no es detectado a tiempo el problema en forma oportuna, la acumulación excesiva de la materia fecal y por consiguiente una distensión abdominal importante que puede llegar a ocasionar un cuadro de abdomen agudo.

Otra causa o complicación que puede ocurrir en el caso de una fístula si no es detectada a tiempo, es la contaminación de los órganos o aparatos, con los cuales esté haciendo contacto la fístula, por la presencia de la materia fecal.

Pueden presentarse también alteraciones que van a afectar en forma directa a vías urinarias, que de hecho esta alteración anorectal puede traer consigo.

Además, como ya se mencionó, en el período posoperatorio, el estreñimiento, y no la incontinencia, van a constituir un problema principal, la falta de percepción de la materia fecal en el recto originan impactaciones fecales con deposiciones diarreicas y por desdoblamiento dando lugar a la formación del tipo adquirido de megacolon.

También durante el posoperatorio, pueden surgir complicaciones como alguna infección, o algún rechazo del organismo a la cirugía que no permita que el paciente salga adelante en la forma esperada.^{17/}

^{17/} ibidem., p. 834.

1.5 Historia Natural de la Enfermedad: Ano Imperforado.

Concepto:

El ano imperforado es una de las anomalías más corrientes del intestino posterior, en casos no complicados, el conducto anal termina como fondo de saco ciego en la membrana anal, la cual forma un diafragma entre las porciones endodérmicas y ectodérmicas del conducto.

Agente o factores predisponentes:

Puede ser originado por alguna infección del tipo viral en la madre, durante el embarazo, como toxoplasmosis, rubéola, exposición a radiaciones y a la ingestión inadecuada de algún medicamento.

Huésped:

Niños de ambos sexos. Puede presentarse en cualquier mujer de edad reproductiva y que presente el caso de alguno de los factores predisponentes antes mencionados.

Medio ambiente:

Puede presentarse en cualquier nivel socioeconómico y también en todo tipo de zonas, tanto rural como urbana y suburbana.^{18/}

^{18/} Valenzuela, L.H.; Manual de pediatría, p. 369

Horizonte clínico:**Reacción tisular:**

Los obstáculos al desarrollo de las estructuras anorrectales en diferentes estadios del desarrollo embrionario, dan lugar a una serie de anomalías que van desde la estenosis anal o rotura incompleta de descenso de la porción superior de la cloaca y falta de invaginación del proctodeo.

Cambios anatomofisiológicos:

El conducto anal termina como fondo de saco ciego en la membrana anal, la cual forma un diafragma, entre las porciones endodérmicas y ectodérmicas del conducto. Estenosis anal o rotura incompleta de la membrana anal hasta la falta total del descenso de la porción superior de la cloaca y falta de invaginación del proctodeo.

Signos y síntomas:

Los síntomas son proporcionales al grado de obstrucción que presenta, los más frecuentes son: la falta de defecación o evacuación y constipación, distensión abdominal, presencia de una membrana verdosa en el ano, en caso de existir fístula a vejiga, se va a presentar orina de color verdosa, en

caso de que sea a vagina, la presencia de tono verdoso y característico.

Complicaciones:

Puede presentarse distensión abdominal importante que ocasione un cuadro de abdomen agudo, contaminación de los órganos o aparatos subyacentes por contaminación fecal.^{19/}

Segundo nivel:

Promoción a la salud:

Se va a dar orientación a las personas, sobre cuidados y control prenatales, adecuadas medidas higiénicas y dietéticas, además charlas educativas sobre lo anterior y también de un buen control médico en forma periódica durante todo el embarazo.

Protección específica:

Se va a dar orientación a las madres, acerca de evitar la automedicación, no exponerse a ningún tipo de radiaciones, tratar de evitar infecciones que puedan ocasionar estas patologías acudiendo al control médico para que se le proporcione

^{19/} Ibidem.

un cuidado adecuado y oportuno a cualquier problema que se presente, principalmente durante el primer trimestre del embarazo. 20/

Segundo nivel:

Diagnóstico precoz:

El diagnóstico se puede hacer al momento de la exploración física al paciente y tratar de tomar la temperatura rectal y encontrar problemas para introducir el termómetro, puede ser también por la historia clínica que nos va a decir la existencia de alguno de los factores predisponentes, se realiza también por el cuadro clínico que presenta el niño. Se puede realizar una fistulografía para detectar la presencia de una fístula, o bien valiéndonos de la utilización de una serie gastroduodenal.

Tratamiento oportuno:

La estenosis anal puede tratarse generalmente por dilataciones anales. Todas las demás formas de imperforación anal requieren corrección quirúrgica. En el caso de que sea la membrana que recubre el ano, se retira dicha membrana para que pueda existir la permeabilidad del ano, en formas bajas, el funcionamiento conservador,

por lo que puede ser corregido desde abajo. Esencialmente una reconstrucción mucocutánea muy cuidadosa. ^{21/}

Las formas altas son tratadas adecuadamente mediante colostomía previa, seguida de una reparación definitiva a los 3 ó 6 meses por aproximación abdominoperineal, sacro perineal o sacroabdominoperineal según la lesión.

Limitación del daño:

Llevar un control médico en forma periódica, evitar las infecciones y la oportuna prevención a todos los factores predisponentes mencionados en párrafos anteriores.

Rehabilitación:

Dar una orientación adecuada a la madre del niño, de la manera apropiada, en que tienen que cuidarlo en la estancia en su hogar y aclararle que es importante que se eviten infecciones en la herida y lo importante también que es que no exista estreñimiento para evitar la impactación fecal. ^{22/}

21/ Ibidem., p. 823

22/ Ibidem.

Acciones de enfermería:

Cuidados de enfermería preoperatorios:

1. Recepción del niño.
2. Preparación psicológica del niño y familiares.
3. Identificación.
4. Somatometría.
5. Enterarse y cumplir órdenes médicas.
6. Mantener en el niño adecuada temperatura en la incubadora.
7. Posición semifowler.
8. Vigilar distensión abdominal.
9. Registrar si hay vómito y características de éste.
10. Succión gástrica en forma continua.
11. Registro de signos vitales.
12. Registro de evacuaciones y micciones.
13. Baño de esponja.
14. Colaborar en la toma de muestras de laboratorio y acompañar lo al servicio de rayos X, para algún estudio de diagnóstico.
15. Autorización del tratamiento con familiares.
16. Ministración de medicamentos prescritos (preanestésicos).
17. Hacer las anotaciones pertinentes en la hoja de enfermería.
18. Integrar el expediente. 23/

19. Acompañar al niño en la incubadora con tanque de oxígeno.
20. Entregar al niño y expediente a la enfermera circulante.

Cuidados posoperatorios inmediatos:

1. Recepción del niño.
2. Mantenerlo en la incubadora.
3. Mantener en lo posible posición de litotomía.
4. Sujeción con chaleco.
5. Toma y registro de signos vitales.
6. Colocar letrero en la incubadora que diga NO tomar temperatura rectal al paciente.
7. Succión gástrica continua.
8. Aplicar en la región operada en forma constante gasas con solución fisiológica.
9. Control de líquidos.
10. Registro de evacuaciones y micciones.
11. Hacer anotaciones en la hoja de enfermería.

Cuidados posoperatorios mediatos:

1. Alimentación: dieta líquida con solución fisiológica o té;
2. Dieta blanda sin residuos (líquidos orales a tolerancia).
3. No dar jugo de uva o manzana que produzcan distensión abdominal.

24/
minal.

4. Baño de artesa.
5. Aseo de la herida quirúrgica con solución fisiológica, cuantas veces sea necesario, colocando gasas envaselinadas.
6. No tomar temperatura rectal.
7. No aplicar supositorios ni enemas evacuantes.
8. Anotaciones en la hoja de enfermería.
9. Enterar y cumplir órdenes médicas.
10. Educación para la salud.

Alimentación directa: dieta balanceada y blanda sin residuos y abundantes líquidos.

Medidas higiénicas y sedilubios.

Aseo de la herida quirúrgica cuantas veces sea necesario, según indicación anterior.

No aplicar supositorios, enemas ni tomar temperatura rectal.

Visitas subsecuentes a la consulta externa de gastroenterología para dilataciones rectales.

Cuidados a colostomía:

- a. Aseo diario y frecuente de los estomas.
- b. Lubricar los estomas para evitar irritaciones.
- c. Ministrar la alimentación adecuada.
- d. Vigilar y anotar las características de las evacuaciones. ^{25/}

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

2.1 Datos de identificación

Nombre: M.N.J.M.; edad: 5 días; Sexo: masculino; Religión católica; Nacionalidad: mexicana; Lugar de procedencia: México D.F.; Fecha de ingreso: 20-VIII-88. Fecha de nacimiento: 15-VIII-88; Nombre del informante: M.J.M.E.; Parentesco: madre. Tipo de interrogatorio: indirecto.

2.2 Nivel y condiciones de vida:

Ambiente físico:

Habitación: características físicas (iluminación, ventilación, etc.):

El informante refiere que su casa cuenta con ventilación natural, así como con iluminación natural y artificial;

Propia, familiar, rentada, otros: es una casa propia que refiere es suficiente para todos los integrantes de la familia.

Tipo de construcción: es una construcción a base de ladrillos y láminas de asbesto.

Número de habitaciones: cuenta con cuatro habitaciones suficientes.

Animales domésticos: conviven con perros, pájaros.

Servicios sanitarios: hay agua potable intradomiciliaria.

Control de basuras: el control es deficiente, ya que el camión casi no pasa por lo que queman la basura o la tiran a la calle.

Eliminación de desechos: la casa cuenta con un baño solamente que se dice es suficiente.

Iluminación: cuenta con iluminación natural y artificial, así como en la vía pública.

Pavimentación: sólo algunas calles están pavimentadas y en la que se encuentra su casa si está pavimentada.

Vías de comunicación:

Teléfono: no cuenta con tal servicio por lo que si lo requieren tienen que salir hasta 5 cuadras para localizar uno.

Medios de transporte: los medios que existen son colectivos, camiones, taxis, pero utilizan el camión.

Recursos para la salud: cuentan con un Centro de Salud, y la clínica del ISSSTE que les corresponde, así como médicos particulares y consultorios.

Hábitos higiénicos:

Aseo:

Baño (tipo, frecuencia): baño diario y completo.

De manos: cada que le toca consumir alimentos.

Cambio de ropa: es diariamente.

Alimentación: se le alimenta con fórmulas lácteas, así como una adecuada hidratación.

Eliminación vesical: de características normales de 4 a 5 veces por día.

Intestinal: la realiza a través de la colostomía y es de características diarréicas.

Descanso (tipo, frecuencia): permanece acostado o en decúbito lateral.

Sueño (tipo, frecuencia): la mayor parte del día y en forma un tanto intranquila.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Ingreso mensual
Madre	30 años	Hogar	Ninguna
Padre	36 años	Maestro	*300,000.00 pesos
Hermano	7 años	Escuela	-----
Hermano	5 años	-----	-----
Hermana	3 años	-----	-----
Hermano	2 años	-----	-----

* Salario mínimo para 1988 240 mil pesos.

Dinámica familiar:

En su casa todos conviven juntos aunque el padre lo hace en pocas ocasiones por tener que trabajar.

Comportamiento o conducta:

Su conducta es un poco inquieta, debido a que en ocasiones no permanece tranquilo pero sí en constante movimiento.

2.3 Padecimiento actual:

Inicia el segundo día de vida extrauterina al presentar vómito de características fecaloideas, distensión abdominal y ausencia de evacuaciones, encontrando que no había ano permeable, programándose para colostomía derivativa.

Antecedentes personales patológicos:

Ninguno hasta el padecimiento actual.

Antecedentes personales no patológicos:

Producto de gesta V, obtenido mediante cesárea por desproporción cefalo-pélvica, cursando con amenaza de aborto a los dos meses de gestación, el cual requirió maniobras de reanimación al nacimiento, con un peso de 2,890 Kg., Apgar 7-8 y Silverman de 3-4.

Antecedentes heredo-familiares:

Padre y madre aparentemente sanos, hermanos aparentemente sanos, abuelos paternos vivos cardiopatas, abuelos maternos vivos y aparentemente sanos.

Participación del paciente y de la familia en el diagnóstico y el tratamiento:

En este caso, la familia se encuentra dispuesta a ayudar al paciente, cuidarlo y atenderlo en todo lo que sea necesario para que se recupere.

2.4 Exploración física por segmentos:

Cabeza: cráneo normocéfalo, fontanela anterior deprimida, pelo abundante y bien implantado.

Cara: ojos simétricos sin presencia de ptosis palpebrales, buena respuesta a estímulos luminosos, buena miosis y midriasis, conductos lagrimales permeables, pupilas isocóricas, conjuntivas vascularizadas. **Nariz:** pirámide ósea central y simétrica de orificios nasales permeabilidad de conductos.

Boca: paladar normal en su concavidad, ausencia de dentición, encías hiperémicas, lengua de volumen normal, presencia de papilas, así como amígdalas hipertróficas.

Oídos: simétricos, orificios permeables y presencia de pabellón auricular normal, así como de los cartílagos.

Cuello: presencia de cadena ganglionar palpable ligeramente, con movimiento de flexión y rotación, así como de extensión, cilíndrico, pequeño y con la tráquea móvil.

Tórax: amplio, rectilíneo, con amplitud de movimientos, se visualizan en forma ligera las costillas, nódulos mamarios alineados, frecuencia cardíaca de 160', ruidos cardíacos presentes, ligeramente arrítmicos e intensos. Los campos pulmonares se detectan en todos los puntos con presencia de ligeros estertores.

Espalda: se encuentra columna vertebral central simétrica y rectilínea, así como bien conformada y alineada.

Abdomen: globoso, muñón umbilical central, palpable, blando depresible a la palpación, sin dolor aparente, hígado palpable sin crecimiento anormal, así como sin esplenomegalia, se aprecia la presencia de estomas por colostomía derivativa en región costal izquierdo y otra periumbilical, se perciben movimientos peristálticos disminuidos.

Genitales: orificio vesical normal de diámetro y tamaño normal, tes-

tículos descendidos, bolsas escrotales normales y rugosas, pliegues inguinales normales y simétricos, se aprecia el ano imperforado y por lo tanto la ausencia de permeabilidad anal.

Exámenes de laboratorio:

Fecha	Tipo	Normales	Del paciente	Observaciones
17-8-88	Biometría hemática	Hto. 45-60 ml.	* 35	Bajo
		H.G. 15-20 g	11.20	Bajo
		Leucocitos 5-10 mil.	8 mil.	Normal
		Linfocitos 24-38	44	Normal
		Mon 4-9	6	Normal
		Neut 50-70	51	Normal
		Segmentos 50-70	51	Normal
17-8-88	Química sanguínea	Glucosa negativo	85	Alterado
		Urea 16-35	31	Normal
		Creatinina 0.75-1.2	0.6	Bajo
		Na. 132-144	130	Bajo
		K 3.6-4.4	2.1	Bajo

*Tomado del expediente del paciente.

Exámenes de gabinete:

Tipo:

Observaciones:

Placa simple de tórax

Se puede observar campos pulmonares normales, apreciándose ligeras sombras por la acumulación y el congestionamiento de secreciones.

Problemas detectados:

Reales:

Los problemas reales por los que pasa el paciente son principalmente los de la enfermedad que cursa, debido a que ha pasado lo que lleva de su vida en internamiento, por lo que la convivencia con su familia y su relación de tipo afectivo se ve seriamente dañada, lo cual puede, y de hecho, va a tener repercusiones muy importantes en las próximas etapas de su vida con la probable presencia de problemas de relación.

Por tal motivo, hay que proporcionarle al paciente un gran apoyo psicológico adecuado y oportuno, ya que éste es de vital importancia para evitar problemas de algún tipo, en este caso psicológicamente.

2.3 Diagnóstico de enfermería:

Paciente lactante menor, masculino, consciente, con buen estado de alerta, posición de arco libremente escogida, mucosas hidratadas, que presenta insuficiencia respiratoria manifestada por tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis distal, disnea, estertores gruesos y abundantes secreciones.

Venoclisis permeable en miembro superior derecho con solución de cloruro de sodio al 0.9%, colostomía drenando, seccionada en abocamientos, con salida de materia fecal en condiciones características.

Proviene de un nivel socioeconómico medio bajo con deficientes hábitos higiénico dietéticos.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.1 Desarrollo del plan:

Nombre: M.N.J.M.

Edad: 5 días,

Sexo: Masculino.

Servicio: Cirugía Pediátrica.

Cama: 5332.

Fecha: 20-VIII-88.

Objetivos:

Proporcionar medidas asistenciales que favorezcan una adecuada respiración al paciente y puede disminuirla insuficiencia respiratoria.

Evitar la acumulación excesiva de secreciones que impiden la respiración adecuada en el paciente.

Vigilar el estado de hidratación del paciente para evitar complicaciones.

Proporcionar cuidados a la colostomía para evitar irritaciones y lesiones en el área.

Otorgar cuidados generales de enfermería encaminadas a lograr la comodidad y bienestar del niño.

Diagnóstico médico:

Malformación anorrectal, bronquitis.

Diagnóstico de enfermería:

Paciente lactante menor, masculino, consciente, con buen estado de alerta, posición de arco libremente escogida, mucosas hidratadas, que presenta insuficiencia respiratoria manifestada por tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis distal, disnea, estertores gruesos y abundantes secreciones.

Venoclisis permeable en miembro superior derecho con solución de Cloruro de Sodio al 0,9%, colostomía drenando, seccionada en abocamientos, con salida de materia fecal en condiciones características.

Proviene de un nivel socioeconómico medio bajo con deficientes hábitos higiénico-dietéticos.

Problema: Bronquitis.

Son padecimientos inflamatorios de los bronquios, casi siempre de origen infeccioso, generalmente de vías respiratorias altas. ^{26/}

26/ Nelson, op.cit., p. 836.

Manifestaciones clínicas del problema:

Insuficiencia respiratoria y cianosis distal.

Razón científica del problema:

El término de cianosis distal se refiere a la cianosis presente en uñas de manos y pies. Es una de las manifestaciones de la insuficiencia respiratoria.^{27/}

Cuando se presenta la hipoxia o anoxia, al no recibir la cantidad suficiente de oxígeno, como consecuencia a este efecto, la piel o las mucosas aparecen o toman un color azulado. Este fenómeno se denomina cianosis, la cual hace su aparición en el organismo, ya que al disminuir la cantidad de oxígeno va a aumentar la de bióxido de carbono y nos va a manifestar los casos de cianosis. La cianosis representa también un aumento de concentración de hemoglobina en sangre, lo cual puede resultar de un variable número de alteraciones funcionales como: 1) disfunción alterada de oxígeno de los alveolos a los capilares. 2) inadecuada ventilación de los alveolos. 3) alteración entre la irrigación sanguínea y los alveolos.^{28/}

Acciones de enfermería:

*Dar al paciente posición de Rossiere.

^{27/} Valenzuela, op.cit., p. 370

^{28/} Ibidem.

Razón científica de las acciones:

Esta posición facilita la entrada del aire a los pulmones, además proporciona alivio a la respiración y es por medio del siguiente mecanismo: se logra que el tórax esté en posición vertical por lo que las vísceras contenidas en el abdomen no provoquen la obstrucción del diafragma y la presión pleural negativa aumenta y con esto se disminuye la congestión pulmonar. Aumenta el ensanchamiento del pulmón y crece la capacidad vital del oxígeno, mejora la circulación y por lo tanto, se estimula el centro respiratorio.^{29/}

Acciones de enfermería:

Fisioterapia pulmonar (puñopercusión).

Razón científica de las acciones:

La fisioterapia pulmonar, como su nombre lo indica, es un tratamiento que consiste en dar al paciente puñopercusión torácica, vibración torácica y ejercicios respiratorios. Al recién nacido sólo podemos darle como fisioterapia pulmonar la puñopercusión y la vibración, se realiza con el objeto de evitar que las secreciones bronquiales se adhieran a los pulmones, o bien para ayudar a que dichas secreciones se desprendan de los campos pulmonares, en caso de que se encuentren demasiado acumulados y con esto logra que no se obs-

^{29/} Ramos; op.cit., p. 1395

truya y dificulte la ventilación.^{30/}

Manifestaciones del problema:

Tos productiva.

Razón científica del problema:

La tos se presenta como un mecanismo de defensa para eliminar cualquier objeto extraño que se encuentra obstruyendo las vías respiratorias. La tos es probablemente el síntoma más común de las enfermedades respiratorias; esta puede producirse por alteraciones del árbol respiratorio desde la orofaringe hasta los bronquios terminales.

La tos puede ser seca o ir acompañada de esputo (tos productiva).

La tos paroxística sugiere obstrucción de tipo bronquial.^{31/}

Acciones de enfermería:

Aspiración de secreciones.

Razón científica de las acciones:

Consiste en la introducción de una sonda nasogástrica pediátrica que se introduce al nivel de orofaringe en el paciente, con el objeto de extraer las secreciones, al colocar la sonda, del otro extremo, contrario al que se va a introducir, a un ventilador o aspirador, para lograr esto por un fenómeno de succión.

^{30/} Ibidem.

^{31/} Valenzuela, op.cit., p. 373.

La aspiración de secreciones nos permite permeabilizar las vías de entrada de aire obstruidas por secreciones, así como si introducimos un poco más la sonda, los campos de vías más inferiores y con esto lograr contrarrestar la hipoventilación.^{32/}

Manifestaciones del problema:

Tiros intercostales.

Razón científica del problema:

Los tiros intercostales vienen a ser otra de las manifestaciones de la insuficiencia respiratoria, debido al esfuerzo que se realiza a nivel de la caja torácica que trata de expandirse más de lo normal por un mayor desplazamiento del diafragma, para que de esta manera haya un espacio mucho mayor para dar cabida a una mayor cantidad de aire que pueda ser inhalado según sea el requerimiento del organismo.^{33/}

Acciones de enfermería:

Nebulizaciones en forma continua acompañado de oxigenoterapia.

Razón científica de las acciones:

La aplicación de nebulizaciones al paciente, le va a permitir, que al

^{32/} Beverly, Arlyne; Enfermería materno-infantil; p. 467

^{33/} Valenzuela, op.cit., p. 377

ser introducidas en el organismo, tengan un efecto fluidificante a las secreciones que se encuentran en los campos respiratorios y por tal efecto, dichas secreciones puedan ser expulsadas al exterior con mayor facilidad y que de igual manera puedan ser fácilmente desprendibles aquellas que se encuentran adheridas a los campos pulmonares y que van a impedir una adecuada ventilación y oxigenación. ^{34/}

Problema: Disnea

Manifestaciones clínicas del problema:

Estertores gruesos en campos pulmonares y abundantes secreciones.

Razón científica del problema:

La disnea puede deberse a ventilación alterada, por mecanismos respiratorios diferentes y deficientes o alteraciones en la difusión. Esta respiración se caracteriza por un período de taquipnea, un período de apnea, pero no se presenta cianosis generalizada y se presenta debido a la falta de oxígeno en el paciente y que no se ventile normalmente. Cuando esto sucede, es muy notable la respiración que emplean los músculos abdominales, es decir, la respiración abdominal.

Los estertores han sido definidos por muchos como una respiración anhelosa o ronca a nivel pulmonar y que es producto de algunas enfermedades respiratorias y que son audibles a través del estetoscopio. ^{35/}

Estos son el producto de la incapacidad pulmonar por obstrucción de los pulmones con las secreciones que impiden que se realice la ventilación adecuada. Las secreciones son producto de la infección que se encuentra en el pulmón. En sí, la secreciones producida en forma directa como una respuesta del organismo ante el agente infeccioso que esté presente en el padecimiento. ^{36/}

Acciones de enfermería:

Ministración de penicilina sódica cristalina, 120 000 unidades cada seis horas intravenosa.

Razón científica de las acciones:

Este antibiótico se encuentra disponible en forma de sales de sodio o potasio solubles en agua. Su mecanismo de acción lo ejerce al inhibir la reacción de transpeptidación para impedir de esta manera la formación de peptidoglicano un componente heteropolimérico que forma parte de la pared celular bacteriana. ^{37/}

^{35/} Nelson, op.cit., p. 838.

^{36/} Ibidem.

^{37/} Rodríguez, Carranza, Rodolfo; Vademecum académico de medicamentos, p. 550.

Acciones de enfermería:

Equilibrio hidroelectrolítico. (Solución mixta de 50 ml. para 4 horas más 1 ampula de KCL).

Razón científica de las acciones:

Se origina una pérdida importante de líquidos y por lo consiguiente de electrolitos, así como de nutrientes básicos. ^{38/}

Problema: Ano imperforado.

Manifestaciones del problema:

Ausencia de permeabilidad anal.

Razón científica del problema:

En esta afección no existe abertura anal, en lugar de ella, el recto termina en un fondo de saco. Generalmente la anomalía es ocasionada por algún factor predisponente de origen materno o puramente congénito así como por el efecto de algún agente externo, y puede ser descubierta cuando la enfermera intenta tomar la temperatura rectal, o cuando el médico examina al recién nacido. Es necesaria la corrección inmediata por medios quirúrgicos. El dato principal

^{38/} Beverl.: op.cit.,

es la ausencia de evacuaciones intestinales y el hallazgo físico de la falta de ano.^{39/}

Acciones de enfermería:

Cuidados a colostomía derivativa. (Mantener en buenas condiciones de limpieza, vigilar que se encuentre permeable).

Razón científica de las acciones:

El método adecuado para cuidar la colostomía depende de su localización y la actitud y capacidad del paciente. El cuidado de las colostomías en su porción ascendente y transversa derecha es muy semejante al de las ileostomías.^{40/}

Casi todos los enfermos usan una bolsa porque la evacuación fecal es irregular, y la salida impredecible. No obstante, en la del lado izquierdo (colon descendente y sigmoides) las heces suelen estar formadas y su salida es más o menos predecible, por lo tanto, no es siempre necesaria la bolsa. Se debe mantener un adecuado régimen de limpieza debido a que constituye una zona séptica, es por eso que la bolsa colectora debe ser cambiada en forma continua y hacer el lavado de los estomas o abocamientos. Se debe de lubricar la zona periférica del estoma para evitar molestias en el mismo, como son las

39/ Neldon, op.cit., p. 839.

40/ Hamilton, V.H.; Manual de procedimientos de enfermería,

irritaciones frecuentes. Al retirar la bolsa se deben de observar las características del drenaje, como son color, cantidad, tipo y su consistencia.^{41/}

Evolución:

El paciente ha evolucionado en forma muy lenta al tratamiento, que se le está proporcionando; pero se ha observado también, que aunque es en forma lenta es satisfactoria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

La malformación ano-rectal se puede percibir al momento de la exploración física al paciente y tratar de tomar la temperatura rectal y encontrar problemas al introducir el termómetro.

En las lesiones bajas tiene valor diagnóstico la presencia de una fístula perineal o un perineo combado. En las lesiones altas el perineo es más redondeado, no se aprecia ninguna inflexión y no se puede determinar bien la posición del esfínter externo. También la podemos determinar por medio del cuadro clínico que presenta el niño, se puede realizar una fistulografía o bien por medio de una serie gastroduodenal.

El paciente inició su padecimiento al momento del nacimiento, en el cual se detecta la posible presencia de dicha malformación sin que se alargara en forma inmediata. Fue entonces cuando comenzó a presentarse el cuadro característico de esta patología. Se detectó en el recién nacido ausencia de evacuaciones, distensión abdominal, vómito de características fecaloides así como malestar general, los cuales fueron agudizándose, llamando la atención del personal y requiriendo estudios específicos para el diagnóstico exacto de esta alteración.

Al corroborarse la existencia del ano imperforado con lesiones altas

se proporcionó el tratamiento adecuado y oportuno como fue el de la colostomía derivativa para resolver el problema en forma temporal, ya que posteriormente se realizará una corrección del problema con una cirugía posterior.

Por medio de la realización del presente trabajo, se pudo observar que los cuidados que se le dan a un paciente con imperforación del ano, son de principal importancia.

Con la ayuda de los cuidados que se le proporcionaron al paciente en relación a este padecimiento y a los signos y síntomas que presentaba, se pudo demostrar la importancia que tiene el llevar a cabo la terapéutica necesaria para este y todos los problemas que hay así como para los pacientes. También se observó que existen problemas agregados que pueden intervenir en la evolución satisfactoria del paciente y su pronto restablecimiento. Otra de las cosas es que los pacientes que presentan alguna malformación grave del tipo congénito, su completa y total recuperación es difícil de lograr y en ocasiones imposible, dependiendo del grado de lesión que ocasione. Pero aún y con todo esto, la asistencia adecuada y oportuna de enfermería es de vital importancia para tratar de que el paciente recupere su salud en la medida de lo posible.

Es por tal motivo que la realización de este estudio clínico aporta grandes beneficios para poder demostrar y constatar en forma directa todo lo que involucra a los pacientes que cursan con esta patología.

HEMISTEIA NATURAL DE LA DEFERIDAD

ANO IMPERFORADO

CONCEPTO:

El ano imperforado es una de las anomalías más comunes del tracto genital, en casos no complicados, el conducto anal termina como fondo de saco ciego en la membrana anal, la cual forma un diafragma entre las porciones medioventral y medio dorsal del conducto.

CAUSAS Y FACTORES INHERENTES:

Puede ser secundado por alguna alteración del desarrollo en la zona dorsal del conducto, como folicularmente, y otras, asociadas a esquizofrenia y a la ingestión excesiva de sales medicadas.

HEMISTEIA:

Hijos de ambos sexos. Puede presentarse en cualquier edad reproductiva y que presente el caso de abomas de los factores predisponentes antes mencionados.

MEIO AMBIENTE:

Puede presentarse en cualquier nivel socioeconómico y también en todo tipo de zonas, tanto rural como urbana y suburbanas.

CAMBIO ANATOMICO-FUNCIÓN DEL CON...

El conducto anal termina como fondo de saco ciego en la membrana anal, la cual forma un diafragma, entre las porciones medioventral y medio dorsal del conducto. El meio anal o colono incompleto de la membrana anal hasta la fístula está del desarrollo de la cloaca y falta de invaginación del proctodermo.

REACCIÓN TISULAR

Los epitelios al desarrollo de las estructuras anales en diferentes etapas del desarrollo embrionario, son luego a una serie de anomalías que van desde la rafe meo anal o colono incompleto de desarrollo de la cloaca y falta de invaginación del proctodermo.

HORIZONTE CLÍNICO

PERIODO PRENATAL/NEONATOLOGICO		PERIODO PEDIATRIKO	
PROTECCIÓN A LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECIZO	TRATAMIENTO CORRECTIVO

Se va a dar orientación a las personas sobre cuidados y control neonatal, adrequisición medidas higiénicas y dietéticas, además charlas educativas sobre la nutrición y también de un buen control médico en forma periódica durante todo el embarazo.

Se va a dar orientación a las madres acerca de evitar la automedicación, no exponer a ningún tipo de radiación, evitar los fertilizantes que pueden ocasionar estas patologías, acudir al control médico para que se le prescriban un control adecuado y se eviten a cualquier problema que se presente, principalmente durante el primer trimestre del embarazo.

El diagnóstico se puede hacer al momento de la exploración física al paciente y tanto de los or la temperatura rectal y presentar problemas para introducir el termómetro, por lo que se realiza por la historia clínica que nos va a decir la existencia de alguno de los factores predisponentes, se realiza también por el cuadro clínico que presenta el niño. Se puede realizar una histología para determinar la presencia de una fístula o bien, valdiferencia de la utilización de una serie contrastada.

La exploración anal puede basarse generalmente por dilataciones anales. Todas las demás formas de imperforación anal requieren técnicas quirúrgicas. En el caso de que sea la membrana que resista al ano, se realiza dicha membrana para que pueda existir la permeabilidad del ano, en forma de bolsa, el funcionamiento comparado, por lo que puede ser controlado desde abajo. Esencialmente una reconstrucción quirúrgica muy cuidadosa.

Las fístulas altas son tratadas adecuadamente mediante colostomía previa, seguida de una reconstrucción definitiva a los 3 ó 6 meses por aproximación alvointraanal, según el tipo.

Llevar un control médico en forma periódica, evitar las infecciones y la oportuna prevención a todos los factores predisponentes mencionados antes.

Dar una orientación adecuada a la madre del niño de la manera apropiada en que tiene que cuidar en la estancia en su hogar y aclararle que es importante que en niños infectados en la herida y lo importante también es que no existe mejoramiento para evitar la infección fecal.

COMPLICACIONES

Puede presentarse distensión abdominal importante que ocasiona un cuadro de abdomen agudo, constatación de los heces o aparición subyacente por contaminación fecal.

Almacena en las vías urinarias o reproductivas de las mismas cuando ya existen, fístulas del tipo adquiridas del meoanal, infecciones y sechazo a la cloaca.

EXIENOS Y SINTOMAS

Los síntomas son proporcionalmente al grado de obstrucción que presenta, los más frecuentes son la falta de defecación o evacuación o reventamiento, distensión abdominal, presencia de una membrana visible en el ano, en caso de existir fístula o vejiga, se va a presentar más de entre vejiga, en caso de que sea a vejiga, la presencia de tumores y carcinomas.

Nombre: M. H. E.

Fecha: 4 días

Código: 5312

Categoría: Ciencia y Tecnología

Código: 5312

Disciplinas: Física

Objetivos:

Exposición científica interactiva que favorezca una actitud científica al observar, y pueda fundamentar los hallazgos experimentales.

Elaborar la comunicación escrita de actividades que involucre la investigación adecuada al propósito.

Aplicar al estudio de la interacción del momento para explicar fenómenos cotidianos.

Desarrollar habilidades de la comunicación, para otras disciplinas y disciplinas.

en el área.

Clasificar materiales cotidianos de diferentes materiales a partir de la cantidad y la forma del objeto.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIMENTACIÓN

Participación activa, manejo, manipulación, experimentar, con buen estado de ánimo, resultados de una observación cuidadosa, procesos habituales, que permitan la obtención de conclusiones basadas en datos observados, relación adecuada, manejo de datos, limpieza, selección de datos y almacenamiento de los datos.

Valoración generalizada en el momento de finalizar, sobre los objetivos de la sesión de trabajo, con un nivel de motivación favorable, participación en actividades, con un nivel de motivación favorable en actividades de investigación.

Exposición de un nivel de comprensión de los fenómenos de diferentes ámbitos del conocimiento.

INDICADOR	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
BROCHURAS	Se han desarrollado diferentes tipos de los materiales, con el fin de que los estudiantes puedan comprenderlos de una manera más sencilla.	Elaboración de brochuras.	Elaboración de brochuras.	Se han desarrollado diferentes tipos de los materiales, con el fin de que los estudiantes puedan comprenderlos de una manera más sencilla.
Interacción	El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad de ciencias que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.	Interacción de estudiantes.	Interacción de estudiantes.	El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.
De las actividades	Las actividades de ciencias se han desarrollado de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.	Actividades de ciencias.	Actividades de ciencias.	Las actividades de ciencias se han desarrollado de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.
Temas interactivos	Los temas interactivos se han desarrollado de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.	Interacción de temas.	Interacción de temas.	Los temas interactivos se han desarrollado de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.
Exposición	La exposición puede desarrollarse de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.	Exposición de temas.	Exposición de temas.	La exposición puede desarrollarse de una manera que permita a los estudiantes comprenderlos de una manera más sencilla. El alumno de ciencias puede explicar a la comunidad que resulta de las actividades de la investigación científica. Cuando se presenta la pregunta al alumno, él no necesita el material adicional de estudio, pero cuando se le pide que lo explique a sus compañeros, él puede explicar a los demás. Este fenómeno se denomina "interacción". La interacción se produce en el momento en que el estudiante de ciencias se encuentra con el estudiante de ciencias que no ha estudiado los temas de ciencias.

CLINICA MANIFESTACIONES CLINICAS RAZON CLINICA DE LAS MANIFESTACIONES ACCIONES DE ENFERMERIA RACION BIENFENIDA DE LAS ACCIONES REVISION

Cuando esta sucede, generalmente se hay un estado de irritación que abarca los dedos, el pulgar y el índice.

Fiebre alta en los casos graves y otros datos asociados.

En algunos casos el estado es una fiebre de observación hospitalaria. Los síntomas son más débiles por muchos días una fiebre alta, a veces a nivel patético que es seguida de algunas convulsiones convulsivas, y que así sucesivamente se repite. Entre los productos de la infección patética se observan de los síntomas con las convulsiones que se repiten la fiebre alta. Los síntomas son producto de la infección que se encuentra en el paciente. En el, la fiebre es producida en forma directa como una respuesta del organismo ante la agente infecciosa que está presente en el padecimiento.

Fiebre convulsiva.

En algunos casos en la actualidad, se encuentra en un caso por cada 1,500 a 3,000 nacidos vivos. Una gran mayoría tiene convulsiones convulsivas. El no se establece una fiebre convulsiva adecuada en muchos de estos casos hospitalarios, pero, con síntomas y diagnóstico diferencial.

En los de fiebres del tipo al tanto urgente, no existe aún problema de tipo diagnóstico, pero sí en los que existe comunicación o seña o seña.

Ausencia de permeabilidad anal.

En esta afección se existe alteración anal, en lugar de ella, el intestino es un tubo de acero. Generalmente la permeabilidad se descubre cuando la enfermedad intenta tomar la temperatura rectal, o cuando el médico examina al niño. Es necesaria la rectificación inmediata de estos síntomas. El dato principal es la ausencia de evacuaciones intestinales y el hallazgo físico de la falta de seña.

ACCIONES DE ENFERMERIA

Cuidados a enfermería. Mantener en buenas condiciones de limpieza. Vigilar que se encuentre permeable.

RACION BIENFENIDA DE LAS ACCIONES

El niño adecuado para cuidar la colonización depende de su localización y la actitud y capacidad del paciente. El cuidado de los colonizados en su período adecuado y transición de seña, es muy importante al de los hospitales. Cada niño que enferma es una buena prueba de la evacuación fecal es frecuente, y la seña es importante.

No obstante, en los del tipo infeccioso como disentería y shigelosis, los niños que enferman deben ser cuidados en sus vidas y sus vidas. Por lo tanto se debe siempre mantener la seña. Se debe mantener un adecuado registro de las señas de seña que constituye una buena prueba, es por eso que la seña debe ser dada de una cantidad en forma crítica y buena al tiempo de los síntomas y signos. Se debe de mantener la seña permeable del colon para evitar problemas en el niño. Al cuidar la seña se deben observar las características del seña, como son: color, cantidad, tipo y consistencia del seña.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA Paz, Guillermina Manual para elaborar trabajos de investigación documental; México, 1986, Editores Mexicanos Unidos, pp. 225.
- BEVERLY, Arlyne Enfermería materno-infantil; México, 1985, El Manual Moderno, pp. 390.
- BETHEA, Dorothy Enfermería materno-infantil; México, 1985, Interamericana, pp. 375.
- HAMILTON, V.H. Manual de procedimientos de enfermería; México, 1986, Ed. Interamericana, pp. 1367.
- HELLMAN, Louis; Obstetricia Williams, Mexico, 1986, Salvat, pp. 976.
- LAGMAN, Jan Embriología médica; México, 1985, Interamericana, pp. 385.
- NELSON, E. Waldo Tratado de pediatría, México, 1985, Salvat, pp. 2890.
- QUIROZ, Gutiérrez R. Tratado de anatomía humana, México, 1983, Interamericana, pp. 2300
- RAMOS Ragel, F. Manual de procedimientos de enfermería pediátrica, México, 1982, Diana, pp. 560.
- RODRIGUEZ Carranza, R. Vademécum académico de medicamentos, México, 1985, UNAM, pp. 932.
- TAMAYO, Mario Proceso de investigación científica; México, 1987, Limusa, pp. 330.

TATARINOV, V.G.

Anatomía y fisiología humana, México, 1984, Mir Moscú, pp. 275.

VALENZUELA, L.H.

Manual de pediatría; México, 1986, Interamericana, pp. 840.