



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO  
ATENCIÓN EN ENFERMERÍA APLICADO  
A UNA RECIÉN NACIDA CON GASTROSQUISIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
L I C E N C I A D A E N  
ENFERMERIA Y OBTETRICIA**

**PRESENTA:**

**T E O D O R A N A V A D E L A C R U Z**

**N0. DE CUENTA 403023046**

**CON LA ASESORIA DE LA L.E.O  
PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ**



**MEXICO, D.F. MARZO DE 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## ***AGRADECIMIENTOS***

### ***A Dios:***

*Por darme la vida que es tan maravillosa que es: cuidar.*

*Por guiarme con su luz y sus bendiciones en tiempos de desesperanza y soledad que me permitieron crecer como ser humano y recolectar los frutos de todos mis esfuerzos, los cuales ahora creo no fueron en vano, permitiéndome llegar hasta este momento tan importante en mi vida que tanto anhelé.*

### ***A mis padres:***

*Por su apoyo moral y sus consejos recibidos, por creer en mí, que aún estando lejos de ustedes durante mi carrera siempre los tuve presentes y pude lograr mi meta, y le pido a Dios los llene de bendiciones.*

### ***A mi hermana:***

*Hermanita gracias por estar a mi lado cuando más necesité de ti. Te quiero*

### ***A mi tía:***

*Por su confianza y apoyo incondicional recibidos en los momentos difíciles durante mi carrera, sin su ayuda pudo haber sido, quizá más difícil y siempre tendré presente en mi vida. Gracias tía.*

### ***A mis primos:***

*Sonia, Daniel y Alan*

*Por permitirme entrar en sus vidas, y ser personas nobles y generosas, pero sobre todo por la paciencia y el apoyo incondicional que me han tenido. Los quiero mucho.*

### ***A Fernando:***

*Gracias por tu amor, confianza, y sobre todo por tu apoyo incondicional. Te amo.*

***A mi asesora:***

*Lic. Patricia González Ramírez, por su tiempo, paciencia y profesionalismo por compartir sus conocimientos, y ayudarme en esta etapa tan importante de mi formación profesional.*

***A la Universidad Nacional Autónoma de México y a los profesores:***

*Por la formación académica que recibí y a inculcarme valores, permitiéndome crecer como ser humano y como profesional.*

***Al Hospital Infantil de México “Federico Gómez”:***

*Por la oportunidad que me brindó para la realización de mi servicio social, agradezco en especial, a la Mtra. Magdalena Franco por su empatía y sus consejos en momentos difíciles y a todas las Enfermeras que laboran en ese Hospital.*

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
4. MARCO TEORICO.....	5
4.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL APARATO DIGESTIVO.....	5
4.2 ATRESIA INTESTINAL.....	8
4.2.1 Fisiopatología.....	9
4.2.2 Cuadro Clínico.....	9
4.2.3 Clasificación histológica.....	9
4.2.4 Diagnóstico.....	9
4.2.5 Tratamiento.....	10
4.2.6 Complicaciones.....	10
4.2.7 Pronóstico.....	10
4.3 GASTROSQUIS.....	11
4.3.1 Causas, incidencia y factores de riesgo.....	11
4.3.2 Embriología – Etiología.....	12
4.3.3 Diagnóstico.....	12
4.3.4 Tratamiento.....	13
4.3.5 Complicaciones.....	16
4.3.6 Pronóstico.....	16
4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	17
4.4.1 Fases del proceso de atención en Enfermería.....	19
4.5 TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	25
4.6 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
4.7 MODELO DE LAS 14 NECESIDADES.....	27
5 METODOLOGIA DEL TRABAJO.....	30
6. PRESENTACION DEL CASO.....	31
7. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES.....	33
8. PLAN DE INTERVENCIONES.....	37
9. PLAN DE ALTA.....	46
10. CONCLUSIONES.....	48
11. GLOSARIO DE TERMINOS.....	49
12. BIBLIOGRAFIA.....	52
13. ANEXOS.....	54

## 1. INTRODUCCIÓN

Al término de una carrera profesional y como culminación de un largo periodo escolar; se hace necesario tanto académicamente y también como satisfacción personal, la obtención de un título para lo cual la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México ha establecido varias alternativas de titulación y dentro de ellas se encuentra el Proceso de Atención de Enfermería, en el nivel Licenciatura; opción que he seleccionado por decisión propia, dado que durante la carrera se ha aplicado semestre a semestre.

La integración de los conocimientos teórico-prácticos del pasante de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, son elementales para elaborar el Proceso de atención de Enfermería (PAE) a problemas relacionados con el estado de salud – enfermedad en los seres humanos.

El siguiente Proceso de Atención en Enfermería se realiza en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” en el cual se desarrolla un panorama general sobre el manejo del paciente posoperada de Gastrosquisis y que repercute en la necesidad de alimentación y eliminación, de acuerdo con la filosofía de Virginia Henderson.

El Proceso de Atención en Enfermería, contiene elementos metodológicos tales como objetivos en donde se establece lo que se desea alcanzar para lograr la recuperación del paciente, así como la implementación, de los conocimientos adquiridos durante la practica profesional; contiene un marco teórico en el que se mencionan las generalidades del PAE y del modelo de Virginia Henderson, así como los aspectos del cuidado y del que hacer de Enfermería, también se describe una metodología que como su nombre lo dice de forma metodológica como se elabora el presente PAE; se realiza una presentación del caso, la cual incluye los aspectos personales y familiares patológicos y no patológicos, hasta llegar al padecimiento actual desde su inicio dando una perspectiva sobre el estado de salud.

La valoración elaborada en el PAE, se realiza de acuerdo a la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson, donde proceden datos objetivos y subjetivos los cuales sirven de base para la formulación de los diagnósticos de Enfermería.

El plan de Atención de Enfermería contiene el diagnóstico con su objetivo, así como los cuidados de Enfermería con Fundamentacion en donde al final se presenta una evaluación, valorando si los objetivos implementados fueron alcanzados.

Posteriormente se presenta el plan de alta, que incluye una serie de recomendaciones sobre signos y síntomas de alarma y de los cuidados enfermeros.

En la parte final se incluye el glosario de términos, y las fuentes bibliográficas de consulta para la elaboración de este PAE, y al final un anexo donde se incluye información sobre los procedimientos realizados y cuidados sirviendo como sustento para la elaboración de los cuidados de enfermería.

## **2. OBJETIVOS**

### Objetivo General

Aplicar la metodología del Proceso de Atención de Enfermería a una Recién Nacida con alteración de la pared abdominal con alto riesgo de infección, considerando generalidades, elementos y etapas que lo integran para contribuir a mejorar la calidad y el estilo de vida.

### Objetivos Específicos

Brindar atención de enfermería en coordinación con el resto del equipo de salud, para proporcionar cuidados específicos a la Recién Nacida con alteración de la pared abdominal.

Realizar la valoración de las catorce necesidades a través de la entrevista y del método clínico; jerarquizando cada una de estas necesidades para formular los diagnósticos de enfermería.

Planificar y jerarquizar las acciones de enfermería que contribuyan a solucionar o disminuir los problemas detectados en la Recién Nacida con alteración de la pared abdominal.

Incrementar la eficiencia de los cuidados de enfermería mediante un sistema continuo de cuidado integral para favorecer la pronta recuperación de la niña y una adecuada integración al núcleo familiar.



### **3. JUSTIFICACION**

Se justifica llevar a cabo en un Proceso de Atención de Enfermería, como un caso clínico de Gastrosquisis para que la pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia conozca los cuidados específicos de esta enfermedad, son poco frecuentes los casos que se presentan, pero si no se da la atención específica podrían presentarse complicaciones severas.

Además de tener la responsabilidad de proporcionar los cuidados necesarios para incrementar la simplificación de los procedimientos y por ende la restauración de la salud del paciente, atendiendo la constante preocupación por mantener y conservar la calidad de vida.

Con la elaboración de este Proceso a través de procedimientos específicos de enfermería, se espera la unificación de criterios y un mejor desempeño en el hacer profesional de Enfermería.

#### **4. METODOLOGIA DEL TRABAJO**

El PAE se realiza en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", y se elige una Recién Nacida de 22 días de vida con diagnóstico de Gastrosquisis y Atresia Intestinal Tipo III, posoperada de Gastrostomía Tipo Stamm y que se encontraba recuperándose en el servicio de Cirugía General.

De acuerdo con las etapas de PAE se realiza la valoración de forma indirecta por medio del expediente clínico, debido a la edad de la paciente; y de forma directa a través de la exploración física y de información proporcionada por los familiares, los datos se obtienen mediante la valoración de Enfermería apoyado en las 14 necesidades de Virginia Henderson, posteriormente se realizan los diagnósticos de Enfermería, de acuerdo con el resumen de valoración priorizando las necesidades más afectadas, se elabora un plan de cuidados, donde se establecen objetivos encaminados a reestablecer el estado de salud del paciente, ya que se tienen bien establecidos los cuidados de Enfermería son llevados a la práctica y se realiza una evaluación continua, esperando optimizar las condiciones de salud en las que se encuentra el paciente o en caso contrario actuar con prontitud estableciendo otro plan.

## **5. MARCO TEORICO**

### **5.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos de forma eficiente.

Es un método sistemático, organizado para administrar cuidados de enfermería individualizada de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. En otras palabras, es un conjunto de acciones intencionados que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.<sup>1</sup>

#### **Características del proceso enfermero**

Es un método porque es una serie de pasos a seguir por la enfermera (o, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanística por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar. Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es interactivo por requerir de la interrelación humano- humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes<sup>2</sup>

#### **Beneficios que se obtienen de su aplicación**

Al aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número de factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en

---

<sup>1</sup>MARRINER, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Ed.Harcourt Brace España 1999 p.p.1-2

<sup>2</sup> RODRIGUEZ, Bertha. Proceso Enfermero Ed Cuellar 2ª Edición. p.p.29

relación con la de otros países sin embargo esto no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera (o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Las enfermeras (o) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas(os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas(os) el desarrollo del pensamiento crítico; un pensamiento analítico, deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo, pues emplea principios y el método científico para emitir juicios basados en evidencias.<sup>3</sup>

### **Antecedentes del proceso enfermero**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto, Jonson, Orlando y Wiedenbach en 1963 desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy, Munding, Jauron y Aspinall añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases.<sup>4</sup>

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

En nuestro país la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras (os) aún en nuestros días.

### **Requisitos para aplicar el proceso enfermero**

La enfermera (o) debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud del usuario, familia y comunidad.

Las competencias del área del saber se refieren al dominio de conocimientos propios de la enfermería y de disciplinas afines y complementarias a la profesión, que son sustento teórico de los cuidados enfermeros y permiten abordar la problemática del usuario desde diferentes puntos de vista (biológico, psicológico, sociológico, antropológico, filosófico, etc.)

También se requieren competencias en el área del saber y convivir que favorezcan la interrelación con el usuario e integrantes del equipo sanitario; en

---

<sup>3</sup> Ibíd. pp. 27

<sup>4</sup> RODRIGUEZ, Bertha. Op.Cit.p.p.30

consideración con los aspectos éticos, bioéticos y legales indispensables para el ejercicio de la profesión.

### **Pensamiento crítico**

Es un pensamiento con características de ser deliberado, cuidadoso y dirigido a metas, en otras palabras “es un proceso mental que implica el examen y el análisis racional de toda la información e ideas disponibles, así como la formulación de conclusiones y decisiones”. El pensamiento crítico se relaciona con el proceso porque es una parte esencial en el método de solución de problemas y de la toma de decisiones y por consiguiente, es una habilidad indispensable para aplicar cada una de las etapas del proceso enfermero.

### **Componentes del pensamiento crítico**

Son componentes indispensables del pensamiento crítico: los conocimientos, la experiencia práctica, el empleo del método científico, la aplicación del proceso enfermero y la toma de decisiones clínicas.

### **Características de un pensador crítico**

Entre las características que distinguen a un pensador crítico señaladas por (Alfaro1999) están:

- Actitud inquisitiva en la que fórmula preguntas y solicita aclaraciones
- Aplica conocimientos y experiencias previas (transferencia)
- Valora una situación desde varias perspectivas
- Sopesa riesgos y beneficios antes de tomar decisiones
- Prioriza
- Reconoce sus capacidades y solicita ayuda cuando es necesario
- Tiene mentalidad abierta para escuchar otros puntos de vista
- Es creativo y flexible
- Emplea la lógica al: validar, distinguir hechos de falacias, hacer interferencias y cuando apoya sus opiniones en evidencias<sup>5</sup>

#### **5.5.1 FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA**

Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Las fases del proceso de enfermería se clasifican en: 1) valoración, 2) diagnóstico 3) planeación 4) ejecución 5) evaluación.

#### **Valoración**

En esta fase antes que la enfermera planee los cuidados que brindará al paciente debe identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia, esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es

---

<sup>5</sup> RODRIGUEZ, Bertha. Op.Cit.p.p.33-34

un informe de los problemas que aquejan al paciente. Dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares.<sup>6</sup>

La valoración física de enfermería debería realizarse de forma conjunta con la entrevista siguiendo un método sistemático organizado. Dicho examen incluye las siguientes actividades:

**Observación.** Examen visual cuidadoso y global. Aquí se observan el estado general, talla, contorno corporal y bienestar general, postura, actividad, piel, estado neurológico, respiraciones, signos morfológicos, nutrición y color.

**Auscultación.** Examen basado en la audición con un estetoscopio. La auscultación se practica mejor con el neonato quieto, evitar la hiperestimulación y cuidar que las manos tengan calor, calentar el estetoscopio para que el niño no llore, corazón (frecuencia cardíaca, soplos) tórax y pulmones, abdomen y tronco.

**Palpación.** Examen basado en el tacto y la sensación, observar y buscar defectos de la pared abdominal, cordón umbilical, ano, dorso, columna y genitales.

**Percusión.** Examen basado en el tacto, la percusión y la audición.

**Identificación de los datos subjetivos y objetivos**

Los datos pueden clasificarse en dos categorías: información subjetiva e información objetiva. *La información subjetiva* es aquella que refiere el paciente (p. Ej.; "Siento dolor"). *La información objetiva* es concreta, constatable y puede ser identificada por cualquier enfermera o médico experimentados.

- Datos subjetivos: los que el paciente /cliente afirma. Se trata de sensaciones y percepciones.
- Datos objetivos: es la información concreta y constatable, como los signos vitales, los análisis de laboratorio o las variaciones en el aspecto físico o la conducta.

## **Diagnóstico**

Es un juicio clínico que se establece a partir de las respuestas humanas a problemas reales o potenciales de salud de la persona, familia y comunidad, identificada en la valoración.<sup>7</sup>

Los Diagnósticos de Enfermería describen problemas de salud que incluyen el sentimiento global de la persona. Esto supone determinar el funcionamiento del paciente como ser humano integral, teniendo en cuenta los aspectos físico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual de la vida.

Esto significa que debe estudiar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos:

---

<sup>6</sup> MORAN, Victoria. Proceso de Enfermería Modelo sobre Interacción terapéutica y uso de los lenguajes Ed. Trillas México 2006 p.p.75

<sup>7</sup> MORAN, Victoria. Op.Cit.p.p. 79

- Identificar problemas / diagnóstico de enfermería reales o potenciales
- Identificar la causa, o etiología de tales problemas
- Identificar el estilo habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
- Determinar qué problemas pueden ser tratados en forma independiente por la enfermera y cuales requieren que ésta busque asesoramiento o dirección por parte de otros profesionales del cuidado de la salud, en general del médico

### Definición de los problemas interdependientes

Problema real o potencial que puede aparecer como complicación de la enfermedad primaria, estudios diagnósticos o tratamientos médicos o quirúrgicos y que pueden prevenirse, resolverse o reducirse mediante actividades interdependientes de enfermería.

### Diferenciación entre diagnóstico de enfermería y problema interdependiente

Diferenciar los diagnósticos de enfermería de los problemas interdependientes es de gran importancia debido a la necesidad de saber qué problemas pueden ser tratados mediante actividades independientes de enfermería y cuáles requieren la colaboración de otros profesionales.

*Diagnóstico de enfermería* designa aquellos problemas de salud que se pueden tratar de forma independiente estimulará a las enfermeras a emprender actividades independientes de enfermería e investigar las acciones que deben realizarse ante diagnósticos específicos. Por otra parte la utilización del término "*problema interdependiente*" ayudará a las profesionales a centrarse en las actividades interdependientes y en el papel de colaboración de enfermería. La inclusión tanto de diagnósticos de enfermería como de problemas interdependientes en el plan de cuidados permite abordar todos los aspectos del cuidado de enfermería, obviando la posibilidad de limitarse exclusivamente al papel independiente o al de colaboración.

Ejemplos de diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes:

<b><i>Diagnóstico de enfermería</i></b>	<b><i>Problema interdependiente</i></b>
(La enfermera trata de forma Independiente)	(La enfermera colabora)
Limpieza ineficaz de las vías Aéreas en relación a posición inadecuada	Complicación potencial: hipoxemia consecutiva a neumonía
(La enfermera, de forma independiente, cambia de Posición al cliente)	(La enfermera colabora con el médico en lo que respecta a las pautas terapéuticas; por ejemplo, antibióticos, oxígeno)

## Diferenciación entre diagnóstico de enfermería y diagnóstico médico

Los diagnósticos médicos se centran en la identificación de las enfermedades, mientras que los diagnósticos de enfermería identifican las respuestas humanas, y las alteraciones en la capacidad de la persona para funcionar como ser humano independiente. Así, dos individuos pueden tener la misma enfermedad y mostrar respuestas muy distintas a ella.

Comparación entre diagnósticos médicos y diagnósticos de enfermería

### **Diagnóstico médico**

Describe una enfermedad

Permanece invariable durante el proceso de la enfermedad

Susceptible de tratamiento por los médicos, dentro del ámbito de la práctica de la medicina  
Suele hacer referencia a las Alteraciones fisiopatológicas reales del organismo

Sólo es aplicable a las enfermedades de los individuos

### **Diagnóstico de enfermería**

Describe una respuesta humana

Puede variar a diario a medida que se modifican las reacciones humanas

Susceptible de tratamiento por las enfermeras, dentro del ámbito de la práctica de enfermería

Suele hacer referencia a la percepción que el paciente tiene de su propio estado de salud

Puede aplicarse a las alteraciones de los individuos o de los grupos

Componentes de las categorías diagnósticas de la NANDA

Cada categoría diagnóstica de enfermería aceptada por la NANDA consta de tres componentes:

1. Epígrafe (título o etiqueta).
2. Características definitorias (signos y síntomas)
3. Factores etiológicos y contribuyentes

Componentes de las categorías diagnósticas

*Epígrafe (título o etiqueta):* ofrece una descripción concisa del problema de salud

*Características definitorias:* grupos de signos y síntomas que suelen asociarse a ese diagnóstico en particular

*Factores etiológicos y contribuyentes:* factores coyunturales, fisiopatológicos y de desarrollo que pueden causar el problema o contribuir a él.

Enunciado de los diagnósticos reales de enfermería

Al enunciar un diagnóstico real de enfermería, debe seguir el protocolo PES para describir el diagnóstico y escribir un informe que incluya las tres partes siguientes:<sup>8</sup>

1. El problema (P)
2. Su causa o etiología (E).

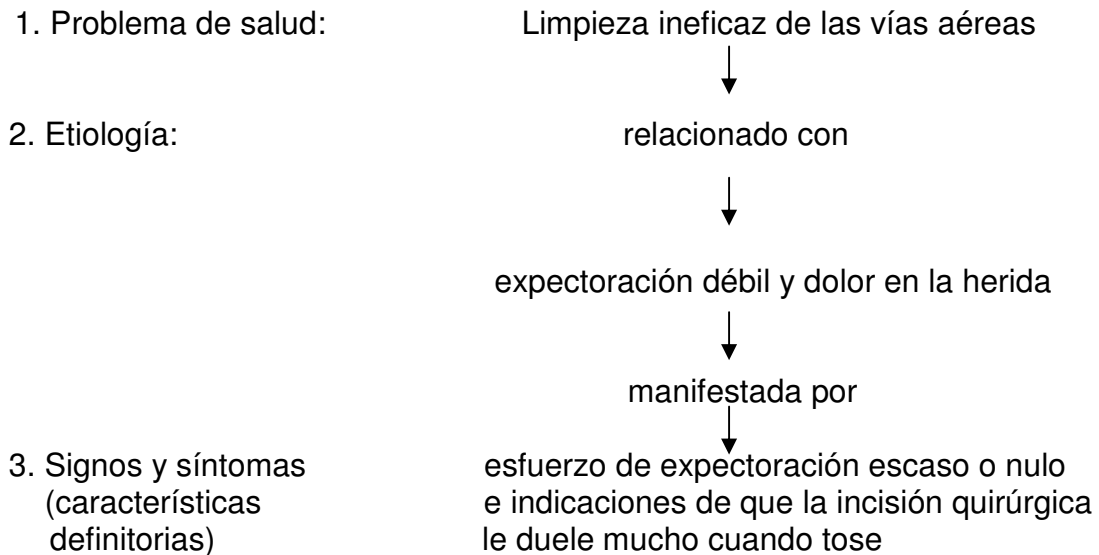
---

<sup>8</sup> ALFARO, Rosalinda. Aplicación de Proceso Enfermero España 1988 p.p.35-40



3. Los signos y síntomas (S) (Características definitorias) que son evidentes en el paciente.

Enunciado en tres partes para los diagnósticos reales de enfermería



Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas en relación a expectoración escasa y dolor en la herida, manifestada por esfuerzo de expectoración escaso o nulo e indicaciones de que la incisión quirúrgica le duele mucho cuando tose.

## Planificación

Designación del resultado, el indicador, la escala de medición y los criterios de resultados, así como la intervención y las actividades que van a realizar, para potenciar las respuestas humanas funcionales, y reducir o eliminar las respuestas disfuncionales ante problemas reales o potenciales de salud.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son más urgentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe esforzarse. La enfermera y el paciente deben definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.

A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable, como: "el paciente reanuda sus hábitos intestinales normales en una defecación cada 2 días". Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas explícitamente en el plan de cuidado de enfermería; por ejemplo: "dar ciruela pasa cocida o jugo de la misma todos los días en el desayuno".

El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería.

## **Ejecución**

Si un plan no se pone en acción, no es útil. Por lo tanto, una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan. Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando y valorando datos y planes, y evaluando los cuidados.<sup>9</sup>

Durante esta etapa del proceso, es importante recalcar que la intervención de enfermería debe hacerse con el sustento científico y técnico requerido.

Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería compresivo porque toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que sea apropiado a cada paciente específico. La ejecución del plan de cuidados también ayuda a la continuidad y coordinación de dichos cuidados. Si una planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, el paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados.

## **Evaluación**

Es la medición de los resultados perceptibles en las respuestas humanas del paciente, la familia y/o comunidad, después de la intervención de enfermería.

La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica que problemas fueron resueltos, cuales requieren revaloración y replaneación.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> MORAN, Victoria. Op. Cit. p.p. 80

<sup>10</sup> MARRINER, Ann. Op. Cit. p.p.4

## 5.2 FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La enfermería en la actualidad y en nuestro país al igual que en otras partes del mundo lucha por consolidarse como una disciplina científica, convencidos de que los cuidados brindados por la mujer son milenarios y que distan de ser un oficio por firme ideología (sistema de creencias y valores) y por estar cada día más inmersos en el mundo científico, requieren de una redefinición que deje en claro lo que es la enfermería como profesión.<sup>11</sup>

ENFERMERIA: es “la ciencia” y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales /problemas de salud reales o potenciales; así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas.<sup>12</sup>

### VIRGINIA HENDERSON

Nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su Infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así en 1918 ingresó en la escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. En la rama de enfermería. En 1929 Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regreso al Teachers Collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre técnicos de análisis de enfermería y practicas clínicas hasta 1948.<sup>13</sup>

### FILOSOFÍA

Esta enfermera definió las actividades de los profesionales de la Enfermería en el año de 1961 con la siguiente afirmación: <<La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, La voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo mas rápidamente posible>>. Esta filosofía concibe a la persona como un <<ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento>>.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> RODRIGUEZ, Bertha. Op. Cit. p.p.19

<sup>12</sup> Ibid p.p. 20

<sup>13</sup> MARRINER, Ann. Op.Cit P.P.99-100

<sup>14</sup> HERNANDEZ, JM. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método Ed.Mc Graw Hill Interamericana ed 2ª España 2003 p.p.75

Henderson describió su teoría de la motivación humana en la sexta edición de *Principles and Practice of Nursing Care*, de 1978.

Definición de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero según Henderson

#### A. PERSONA

1. Es considerada por Henderson como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad.
2. Se ve influida tanto por el cuerpo como por la mente
3. Consta de componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales
4. Está enferma o sana y se esfuerza por obtener un estado de independencia
5. Tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia
6. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para llevar a cabo las actividades necesarias para llevar una vida sana

#### B. ENTORNO

1. Henderson no lo define explícitamente
2. Implica la relación que no comparte con su familia
3. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados; Henderson cree que la sociedad quiere y espera de las enfermeras que proporcionen un servicio para que los individuos incapaces de funcionar independiente, pero por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera
4. Puede ser controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad
5. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona

#### C. SALUD

1. Se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas
2. Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano
3. Requiere fuerza, voluntad o conocimiento.

#### D. ENFERMERÍA

1. Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda
2. Ayuda a una persona a no depender de la asistencia tan pronto como sea posible o a alcanzar una muerte tranquila
3. Requiere trabajar de forma interdependiente con otros miembros del equipo de salud; las funciones de enfermería son independientes de las

del médico pero utiliza el plan de cuidados de éste para proporcionar un cuidado holístico al paciente

4. Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades; esta opinión pionera que consideraba al programa de licenciatura como al entrenamiento básico para las enfermeras, no fue adoptado por la American Nurses Association hasta 1965
5. Requiere un conocimiento de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar áreas de conflicto potencial o necesidades humanas inadecuadas<sup>15</sup>

### 5.2.1 Modelo de las catorce necesidades

En la obra de Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad; si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería. Estas necesidades son las siguientes:<sup>16</sup>

#### 1. Respirar normalmente.

Signos vitales, ruidos respiratorios, movimientos del tórax, secreciones, tos, estado de las fosas nasales, aleteo nasal, color de la piel y mucosas, temperatura de la piel, circulación de retorno (venas varicosas)

#### 2. Comer y beber de forma adecuada.

Antropometría (peso, talla, pliegue de la piel y diámetro de brazo) estado de la piel, mucosas, uñas y cabello; funcionamiento neuromuscular y esquelético; aspecto de los dientes y encías; capacidad para masticar y deglutir. Funcionamiento de tracto digestivo

#### 3. Eliminar los desechos corporales

Orina (coloración, claridad, olor, cantidad, pH, frecuencia, densidad, presencia de proteínas, sangre, glucosa y cuerpos cetónicos); heces (coloración, olor, consistencia, frecuencia, presencia de sangre y constituyentes anormales); sudor (cantidad y olor); menstruación (cantidad, aspecto, color).

Estado del abdomen y del periné

#### 4. Moverse y mantener una postura adecuada.

Estado del sistema músculo esquelético (fuerza/debilidad, muscular, firmeza en la marcha, tono muscular, gama de movimientos, postura adecuada de pie, sentado y acostado) necesidad de ayuda para la deambulación y/o mantenimiento de una postura correcta, coordinación voluntaria, presencia de temblores, ritmo de movimientos. Estado de apatía, de postración, estado de conciencia, estados depresivos, sobreexcitación, agresividad.

---

<sup>15</sup> WESLEY. Teorías y Modelos de Enfermería Ed.Mc Graw Hill Interamericana México 1997 p.p. 24-26

<sup>16</sup> FERNANDEZ, Carmen. Marco Conceptual: Virginia Henderson Taxonomía Diagnostica: NANDA. Ed Masson Salvar España 1993 p.p.19 -33

**5. Dormir y descansar.**

Nivel de ansiedad/estrés, lenguaje no verbal (ojeras, postura, bostezos, concentración y atención), estado que presentan los ojos (enrojecimiento, hinchazón), expresión de irritabilidad o fatiga, dolor inquietud, laxitud y apatía.

Condiciones del entorno que ayudan /impiden la satisfacción de esta necesidad (sonido, luz temperatura, adaptación de la cama, colchón, almohada o ropa, a la talla o situación de la persona)

**6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).**

Edad, peso, estatura, sexo. Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse.

Utilización incontrolada del vestirse y desvestirse (negativa, exhibicionismo, desinterés/rechazo frente a la necesidad, apropiación de los vestidos de otro). Vestido incompleto, descuidado, sucio o inadecuado a la situación.

**7. Mantener la temperatura del cuerpo**

Dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

Constantes vitales (temperatura), coloración de la piel, transpiración, temperatura ambiental.

Condiciones del entorno físico próximo que ayuden/limiten la satisfacción de esta necesidad (sistemas de calefacción, control sobre ellos, etc.)

**8. Mantener la higiene corporal y un aspecto y proteger la piel.**

Capacidad de movimiento, estado de la piel (color, textura, presencia de manchas, temperatura, humedad, lesiones) estado del cabello, uñas orejas, ojos, nariz, boca y mucosas.

**9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.**

Integridad neuromuscular, de los sentidos y del sistema inmunológico.

Ansiedad, falta de control, falta de habilidades de afrontamiento, ausentismo laboral, somatizaciones, aspecto descuidado, inhibición, desconfianza, agresividad, alteraciones en la sensopercepción o en la conciencia originadas por sobreexposición a estímulos o por privación, interacciones con personas significativas, comportamientos peligrosos.

**10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones**

Estado de los órganos de los sentidos

Dificultad respiratoria, fatiga y debilidad

Comunicación verbal (directa y abierta, poco clara y evasiva, habilidades de comunicación, asertividad)

Comunicación no verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos tono de voz, congruencia con la verbal, expresión de sentimientos por el tacto).

**11. Actuar con arreglo a la propia fe**

Nivel de integración de los valores en su vida diaria (realización de ritos congruencia entre creencias/valores comportamientos, etc.)

Condiciones del entorno que ayudan/limitan la satisfacción de esta necesidad (existencia y accesibilidad a lugares determinados: iglesias, lugares de reunión y encuentros)

Presencia de algún objeto, en el entorno próximo o en la propia persona, indicativo de determinados valores o creencias.

**12. Actuar de manera que se tanga la sensación de satisfacción con uno mismo.**

Estado del sistema neuromuscular, del sistema nervioso y de los sentidos

Relaciones armoniosas consigo mismo y con las demás personas que lo rodean

Distribución equilibrada entre el tiempo dedicado al trabajo y a las actividades de ocio y relación.

**13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento**

Estado del sistema neuromuscular, integridad del sistema nervioso y de los sentidos

Estado de animo (sonrisas, risas, lloros, aspecto tranquilo y sereno, alegre y distendido, triste, apatías, indiferencia, agitación, inhibición).

**14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.**

Capacidades físicas (órganos de los sentidos, estado del sistema nervioso) psicológicos (capacidad de autocuidado, interés por aprender y/o cambiar actitudes y comportamientos, capacidad de relación /comunicación de compromiso.)<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Ibíd. p.p.34

## 5.3 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL ORGANISMO AFECTADO

### 5.3.1 Aparato Digestivo

El aparato digestivo se compone de dos grupos de órganos, el tubo digestivo y los órganos accesorios. El primero es un tubo continuo que se extiende de la boca al ano en la cavidad ventral. Sus órganos comprenden boca, gran parte de la faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso. Los órganos accesorios abarcan dientes, lengua, glándulas salivales, hígado, vesícula biliar y páncreas.

El tubo digestivo contiene los alimentos desde que se ingieren hasta que se digieren y absorben o eliminan. Las contracciones de la pared del tubo desdobl原因 físicamente los alimentos al agitarlos. Además las contracciones ayudan a disolverlos, al mezclarlos con los líquidos que se secretan en el propio tubo digestivo. Las enzimas que liberan los órganos accesorios y las células del revestimiento del tubo digestivo se encargan del desdoblamiento químico de los alimentos. Las contracciones ondulantes del músculo liso de la pared del tubo digestivo impulsan los alimentos por éste desde el esófago hasta el ano.

En general, el aparato digestivo realiza seis funciones básicas:

1. Ingestión. Es el proceso que consiste en llevarse los alimentos y líquidos a la boca (comer)
2. Secreción. Cada día las células de la pared del tubo digestivo y los órganos auxiliares secretan 7 L de agua, ácidos amortiguadores y enzimas en la luz del tubo digestivo.
3. Mezclado y propulsión. La contracción y relajación alternadas del músculo liso de la pared del tubo digestivo mezcla los alimentos y secreciones, además de impulsarlos en dirección al ano. Esta característica del tubo digestivo, de mezclar y mover material en su interior, se denomina motilidad.
4. Digestión. Diversos procesos mecánicos y químicos desdobl原因 los alimentos ingeridos en moléculas más pequeñas. En la digestión mecánica, los dientes cortan y trituran los alimentos antes de deglutirlos, después de lo cual se mezclan por acción del músculo liso del estómago e intestino delgado. En la digestión química las moléculas grandes de hidratos de carbono (carbohidratos), lípidos, proteínas y ácidos nucleicos de los alimentos se dividen en otras más pequeñas, por hidrólisis. Las enzimas digestivas producidas por glándulas salivales, lengua, estómago, páncreas e intestino delgado, catalizan estas reacciones. Unas cuantas sustancias de los alimentos pueden absorberse sin digestión química, entre ellas aminoácidos, colesterol, glucosa, vitaminas, minerales y agua
5. Absorción. Durante esta fase, los líquidos secretados y las moléculas pequeñas de iones, productos de la digestión entran en las células epiteliales que revisten la luz del tubo digestivo, por transporte activo o difusión pasiva. Las sustancias absorbidas pasan a la sangre o linfa y circulan a las células de todo el cuerpo.
6. Defecación. Los desechos, sustancias no digeribles, bacterias, células que se esfalecen del revestimiento del tubo digestivo y materiales



digeridos que no fueron absorbidos salen del cuerpo por el ano, en el proceso llamado defecación. El material eliminado en ésta se denomina heces o materia fecal.<sup>18</sup>

### 5.3.2 Estructura y Función

**Cavidad bucal:** constituye un depósito en que se trituran y se mezclan con saliva los alimentos. Las glándulas salivales son submandibulares, sublinguales y parótidas. La saliva está compuesta de agua, pequeñas cantidades de moco, bicarbonato de sodio, cloruro, potasio, y amilasa, y esta última es la que inicia la digestión de los carbohidratos.

**Esófago:** impulsa el alimento deglutido hacia el estómago. El esfínter esofágico superior impide que el aire penetre en el esófago durante la respiración y el esfínter esofágico inferior previene el reflujo de los contenidos gástricos hacia el esófago.

#### **Estómago**

- a. El estómago es un órgano muscular hueco que hace las veces de depósito para los alimentos ingeridos, y secreta los jugos digestivos que se mezclan con el alimento digerido (quimo). Las células parietales (oxíticas) secretan ácido clorhídrico y factor intrínseco. Los estímulos (p. ej; los receptores de histamina H2) regulan esta secreción. Las células principales secretan pepsinogeno, el cual se combina con el ácido clorhídrico para descomponer las proteínas.
- b. El volumen de los alimentos, la presión osmótica y la composición química del contenido afectan el vaciado gástrico que es controlado por el esfínter pilórico. La demora en el vaciado resulta de alimentos con alto contenido de grasas, así como alimentos sólidos, sedantes, el sueño, la secretina, y la hormona colecistocinina. El vaciado acelerado obedece a alimentos con contenido alto de carbohidratos, líquidos, aumentos en el volumen y agresión

El **intestino delgado** es el sitio principal para la digestión y absorción de grasas, aminoácidos y vitaminas.

- a. El *duodeno* es donde se absorbe hierro, cantidades pequeñas de metales y vitaminas hidrosolubles.
- b. En el *yeyuno* se absorben proteínas y azúcares, ya que las células epiteliales contienen vellosidades. Hasta 90% de las sustancias nutritivas y 50% del agua y los electrolitos se absorbe en este órgano.
- c. El *íleon* se encarga de la absorción de las sales biliares y de la vitamina b 12. la válvula ileocecal controla la entrada de material digerido proveniente del íleon hacia el intestino grueso y evita el reflujo hacia el intestino delgado.

Gracias a la actividad de las enzimas pancreáticas e intestinales, y las sales biliares, hay digestión continua en el íleon. Los carbohidratos son descompuestos en monosacáridos y disacáridos para ser absorbidos por los capilares vellosos. Las proteínas se degradan en aminoácidos y pépticos, los

---

<sup>18</sup>Tortora & Grabowski, Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Oxford, 9ª .ed México, 2002. 826-828 p.p.

cuales son absorbidos por los capilares vellosos. La emulsificación de las grasas reduce las proteínas a ácidos grasos y mono glicéridos.

**Colon:** Los segmentos anatómicos del colon comprenden el ciego, sus porciones ascendente, transversa y descendente, el sigmoides y el recto. El agua y los electrólitos se absorben y las heces se almacenan en el recto. En el colon se lleva a cabo el mayor desarrollo de bacterias anaerobias y aerobias gramnegativas *Bacteroides fragilis* (anaerobia) y *Escherichia coli* (aerobia) participan en el metabolismo de sales y vitaminas sintetizadoras.

**Páncreas:** La función exocrina del páncreas consiste en secretar bicarbonato y enzimas para la digestión y absorción de grasas, carbohidratos y proteína, en tanto que su función endocrina requiere células insulares, las cuales participan en la homeostasis de la glucosa al sintetizar y secretar insulina

### **Hígado**

- a. Las siguientes son las funciones del hígado:
  - Formación de los factores de coagulación I, II, V, VII, IX, X y XI
  - Síntesis de proteínas plasmáticas (albúmina, fibrinógeno, y 60 a 80% de las globulinas)
  - Síntesis y transporte de bilis (sales biliares, pigmento y colesterol)
  - Almacenamiento de glucógeno, grasas y vitaminas liposolubles
  - Metabolismo de grasas, carbohidratos y proteínas
  - Metabolismo y desactivación de bilirrubina y muchas toxinas por reacciones de oxidación y conjugación
- b. El sistema venoso porta (sangre rica en sustancias nutritivas) abastece 75% de la reserva sanguínea del hígado, en tanto que la arteria hepática (sangre rica en oxígeno) aporta la parte restante.

**Árbol y vesícula biliares:** el árbol biliar actúa como conducto para el flujo de la bilis del hígado hacia el duodeno, en tanto que la vesícula permite almacenar y concentrar bilis.

**Circulación esplácnica:** abastece sangre al estómago, intestino delgado y colon, y recibe una cuarta parte del gasto cardiaco. Las principales ramas arteriales son la celiaca, mesentérica superior y mesentérica inferior. El drenaje venoso procedente de estómago, páncreas, intestino delgado y colon fluye por la vena porta hacia al hígado y de ahí al corazón a través de la vena hepática y la vena cava inferior.

### **5.3.3 Regulación del movimiento de líquidos y electrólitos**

En el conducto Gastrointestinal se secretan y resorben grandes volúmenes de agua, electrólitos, proteínas y sales biliares, lo cual da por resultado desplazamiento masivo de líquidos y electrólitos, que se lleva a cabo de manera concurrente con la digestión y absorción de sustancias nutritivas.<sup>19</sup>

Desde el inicio de la gestación está formada la estructura básica del tubo digestivo que permite la alimentación desde edades muy tempranas, la maduración de los procesos de digestión y absorción se producen durante la etapa tardía de la gestación, lo que dificulta la transformación de algunas

---

<sup>19</sup> Margaret, C. Slota .Cuidados Intensivos de Enfermería en el niño. Ed Mc Graw Hill Interamericana México, 2000 p.p.462-464

proteínas en aminoácidos, la absorción de algunos ácidos grasos saturados, debido a la deficiente concentración de sales biliares y lipasa pancreática, o la completa la digestión de la lactosa durante los primeros días. Algunos problemas relacionados con la nutrición son resultado de la inmadurez de otros aparatos y sistemas distintos al digestivo, como el respiratorio, nervioso, renal, etc.

La capacidad del recién nacido de digerir, absorber y metabolizar alimentos es adecuada. Las enzimas resultan suficientes para metabolizar proteínas e hidratos de carbono simples (monosacáridos y disacáridos), pero en cambio, la producción deficiente de amilasa pancreática impide la utilización de hidratos de carbono complejos (polisacáridos). A su vez, el déficit de lipasa pancreática limita la absorción de grasas, en especial las procedentes de alimentos con un contenido alto en ácidos grasos saturados como leche de vaca.

El hígado es el más inmaduro de los órganos gastrointestinales. La actividad de la enzima glucoronil transferasa está disminuida, lo que afecta a la conjugación de la bilirrubina con el ácido glucoronico y contribuye a la ictericia fisiológica del recién nacido. El hígado resulta también deficiente en la formación de proteínas plasmáticas, cuya menor concentración probablemente influye en el edema que casi siempre se ve en el nacimiento; también están bajos los niveles de protrombina y otros factores de coagulación.<sup>20</sup>

Algunas glándulas salivares funcionan ya desde el nacimiento, pero la mayoría no empieza a segregar saliva hasta alrededor de los 2 o 3 meses de edad, momento en el que el babeo es frecuente. La capacidad del estómago se limita a unos 90ml, por lo el lactante requiere pequeñas tomas frecuentes.

Como el colon también tiene un volumen pequeño, es normal que el recién nacido tenga un movimiento intestinal después de cada toma.

En relación con el tamaño corporal, el intestino del lactante es mayor que el del adulto. Por tanto, el número de glándulas secretoras y el área de superficie para la absorción es también mayor, en comparación con el intestino del adulto.

Entre los problemas al proceso de alimentación están los siguientes:

1. Riesgo de aspiración y sus complicaciones como consecuencia de inmadurez del reflejo faríngeo, reflejos de succión y deglución y/o cierre deficiente del esfínter esofágico (cardias).
2. Pequeña capacidad gástrica y grandes necesidades calóricas para hacer frente a sus mayores requerimientos energéticos.
3. Disminución de la absorción de nutrientes esenciales a causa de la inmadurez, mal absorción y pérdida nutricional por vómitos y diarrea.
7. Fatiga causada por la succión, que puede incrementar el metabolismo basal y las necesidades de oxígeno.
8. Intolerancia a los alimentos.
9. Enterocolitis necrotizante debido a la disminución del riego sanguíneo al intestino.

#### **5.4 ATRESIA INTESTINAL**

Malformación única o múltiple, aislada o acompañado a otras.

---

<sup>20</sup> WONG. Enfermería Pediátrica. Ed. Mosby Doyma España 1995. p.p.164

Defecto en la vacuolización de la luz intestinal durante el periodo embrionario y la otra acerca de alteraciones vasculares que ocasionan isquemia.

Las atresias intestinales son secundarias a la obstrucción del intestino. Pueden localizarse en cualquier nivel del tubo digestivo y orden de frecuencia el duodeno ocupa el primer lugar, seguida por la de íleon, yeyuno y colon<sup>21</sup>

#### **5.4.1 Fisiopatología**

La patogénesis no es bien conocida, pero parece ser secundaria a falta de recanalización del tracto gastrointestinal en el segundo mes de gestación según la teoría de Tandler, o bien por un accidente vascular a nivel duodenal, situaciones que pueden explicar el hallazgo de diagramas completos, incompletos o de ausencia de porciones del duodeno.<sup>22</sup>

#### **5.4.2 Cuadro Clínico**

Vómito Biliar hasta el segundo día de vida extrauterina acompañado de distensión abdominal cuando existen atresias intestinales bajas. En estos casos la deshidratación y el choque hipovolemico por pérdida de grandes volúmenes internos pueden ocurrir antes de hacer el diagnóstico de atresia intestinal puede haber evacuación meconial

La ictericia por aumento de la circulación de bilirrubina a nivel entero hepático se presenta en el 20% de pacientes.

La estenosis intestinal produce síntomas más útiles como distensión intermitente, vómito, cólico, hiporexia y detención de peso; las anomalías asociadas incluyen ileomeconial, gastrosquisis y onfalocele<sup>23</sup>

#### **5.4.3 Clasificación histológica**

Clasificación de Gray y Skandalakis:

Tipo I: defecto con mucosa en red con pared muscular normal (la más común).

Tipo II: cordón fibroso corto conectando los dos segmentos atréticos

Tipo III: separación completa de los segmentos (la menos común)

#### **5.4.4 Diagnóstico**

Diagnóstico prenatal: uno de los datos tempranos que permite sospechar obstrucción duodenal es el polihidramnios, que se puede presentar en etapa tardía del embarazo.

El diagnóstico prenatal de atresia intestinal obliga a prevenir el nacimiento prematuro y sus complicaciones; la vía de nacimiento no tiene relación con la sobrevivida por lo que no se recomienda la operación cesárea en todos los casos.

---

<sup>21</sup>ESCOBAR Picasso, Emilio. Tratado de Pediatría Ed. Manual Moderno Vol. II México 2006 p.p.1499.

<sup>22</sup>MARTÍNEZ, Ferro Marcelo. Neonatología Quirúrgica Grupo Guía Argentina 2004 p.p.123

<sup>23</sup>CORREA Rovelo José. Manual Manejo Integral del paciente ostomizado Ed. Alfil México 2005 pp.98

Diagnóstico postnatal: se sospecha por el antecedente de polihidramnios, situación que se presenta en 70% de los casos de atresia completa y sólo en 18% de estenosis. La presencia de vómito biliar inmediatamente después de la alimentación en el primer día de vida y distensión epigástrica, que en algunos casos llega a ser tan importante que compromete la función respiratoria, son indicaciones precisas para la toma de radiografía simple de abdomen

#### **5.4.5 Tratamiento**

Es muy importante entender que no es una emergencia quirúrgica si la mal rotación ha sido suficiente excluidos, por lo que la estabilización y la detección de anomalías relacionadas es la tarea más importante. La descompresión gástrica debe continuarse hasta el momento de la cirugía maniobra que contribuye a la disminución de complicaciones pulmonares por broncoaspiración, o restricción de la función ventilatoria.<sup>24</sup>

Si el diagnóstico se retrasa por más de 24hrs las alteraciones hidroelectrolíticas, la alcalosis metabólica y la disritmia cardiaca pueden agravar el cuadro. En estas condiciones el manejo oportuno de líquidos y una reposición de iones precisa es más importante que la corrección quirúrgica.

La técnica de corrección quirúrgica depende de los hallazgos y puede ser una duodenoduodenoanastomosis o una duodenoyeyunoanastomosis y depende de la coexistencia de otras malformaciones la instalación o no de gastrostomía. La succión orogástrica continua después de la cirugía debe ser mantenida hasta que el material gástrico se aclare y disminuya el volumen. La nutrición parenteral total debe iniciarse lo más pronto posible durante este periodo y sostenerse hasta completar los requerimientos por vía enteral.

#### **5.4.6 Complicaciones**

En el periodo posquirúrgico temprano al riesgo de neumonía por aspiración puede complicar hasta 10% de los casos. La sepsis temprana, labilidad y peritonitis deben sugerir fuga de la anastomosis y está indicada la reexploración.

El retraso de la recuperación de la motilidad intestinal por más de 2 a 3 semanas es una indicación de ordenar una serie gastrointestinal para descartar obstrucción de la anastomosis.

#### **5.4.7 Pronóstico**

Se reporta hasta 4% de mortalidad, la cual siempre depende de otras malformaciones relacionadas; mientras que la morbilidad puede llegar a 70% principalmente por la fuga de anastomosis y megaduodeno. La sobrevivencia varía según los reportes de 84 a 91 %<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup>Ibid pp.128

<sup>25</sup> MANCILLO, Javier. Op.cit. pp.328

## 5.5 GASTROSQUISIS

Es un defecto de la pared abdominal a través del que se expone el intestino; no tiene saco generalmente es del lado derecho del ombligo, donde está normalmente implantado dicho defecto es pequeño, de menos de 5 cm.<sup>26</sup>

Malformación congénita que posee característica que la diferencian claramente de otras anomalías del desarrollo

Defecto de la pared abdominal que comprende todos los tejidos, tiene una ubicación paraumbilical, frecuentemente a la derecha y tiene dos características anatómicas distintivas: el intestino extruido nunca tiene saco protector, y el cordón umbilical es una estructura intacta a nivel de la pared abdominal<sup>27</sup>



[www.prematuros.cl/.../gastrosquisis.html](http://www.prematuros.cl/.../gastrosquisis.html)

### 5.5.1 Causas, incidencia y factores de riesgo

La incidencia de esta malformación se estima en una cada 3000 a uno cada 5000 nacimientos.

---

<sup>26</sup> ESCOBAR, Emilio. Op. Cit. .p.p.1501

<sup>27</sup> MANCILLA, Op. Cit p.p.342

Distintas especulaciones epidemiológicas y etiológicas sugiere que el estrés, el uso de fármacos como el ibuprofeno o el consumo de drogas como la cocaína podría ser los causantes de este problema, pero no existen hasta el momento, estudios que demuestren de manera fehaciente cuál es el motivo de este fenómeno.

Si bien no existe predilección racial ni de sexo para la aparición de esta malformación, es bien sabido que en general las madres de estos pacientes son primíparas y muy jóvenes. Sólo pocos casos se han descrito en madres mayores de 30 años y hay una relación inversa entre la cantidad de gestas y el riesgo de presentar un hijo con este defecto. La mayoría de los autores coinciden en la observación de que los pacientes con gastrosquisis se presentan la mayoría de las veces, con pesos por debajo de los percentiles normales para la edad gestacional también resulta una complicación muy frecuente en este grupo de pacientes.

### **5.5.2 Embriología – Etiología**

La etiopatogenia de la gastrosquisis aún permanece desconocida; sin embargo, diversas conjeturas intentan explicar su origen. La teoría de propuesta por Hoyme en 1983 sugiere una isquemia de una porción de la pared abdominal fetal, secundaria a un accidente vascular por involución de la arteria vitelina o la vena umbilical derecha. Otros han informado sobre agentes teratológicos como los posibles causantes de esta malformación; es así que el uso de fármacos vasoconstrictores como la pseudoefedrina, el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas como la cocaína y analgésicos como el ibuprofeno se han señalado como agentes que predisponen la aparición de esta anomalía del desarrollo.<sup>28</sup>

La atresia intestinal se observa en aproximadamente el 10% de los pacientes con gastrosquisis, pero se desconoce si es la resultante de una injuria vascular común o la consecuencia de una constricción ocasionada por el anillo del defecto.

### **5.5.3 Diagnóstico**

Diagnóstico prenatal

La posibilidad de diagnosticar en forma prenatal a través de ultrasonido, permite ofrecer una atención adecuada y oportuna del recién nacido, ya que permite asesorar correctamente a los padres, programar el nacimiento en un centro terciario capacitado para realizar la corrección quirúrgica y prevenir complicaciones intrauterinas del intestino eviscerado.<sup>29</sup>

La primera sospecha de la existencia de una gastrosquisis puede surgir al constatar un dosaje elevado de alfa-fetoproteínas en el suero materno.

---

<sup>28</sup> Ibid p.p. 344

<sup>29</sup> Id p.p. 1502

El dosaje alfafetoproteínas se solicita habitualmente durante el segundo trimestre como parte de un screening para detectar distintas malformaciones fetales y placentarias.

La ecografía es el método de elección para la detección y la confirmación diagnóstica de la gastrosquisis.

Desde el punto de vista ecográfico, la gastrosquisis se diagnostica utilizando los siguientes criterios:

1. Presencia de varias asas intestinales herniadas desde el borde derecho del cordón umbilical y flotando libremente en el líquido amniótico sin membrana circundante.
2. Cordón umbilical insertado normalmente en el margen izquierdo del defecto
3. El intestino delgado y el grueso se encuentran herniados en el 100% de los casos. Otros órganos eviscerados con menor frecuencia pueden ser: estómago, vesícula biliar, vejiga, ovarios y trompas, testículos y, muy excepcionalmente parte del hígado.
4. Por su rareza, la presencia de hígado en el defecto u otras malformaciones asociadas deben generar sospecha de estar ante la presencia de otra entidad, como un onfalocele roto, gastrosquisis por bandas amnióticas o defectos no clasificados
5. Los fetos suelen presentar percentiles bajos para la edad gestacional.
6. El líquido amniótico suele encontrarse en cantidades normales
7. Ausencia de otras malformaciones asociadas.

La ecografía convencional y la ecografía Doppler color resultan además de gran utilidad para evaluar el pronóstico intrauterino y la eventualidad de aparición de complicaciones a nivel de intestino eviscerado.

Diagnóstico posnatal

1. La rutina diagnóstica postnatal consiste en los siguientes pasos:
2. Confirmar la presencia del defecto y sus características (diferenciarla de un onfalocele roto o un defecto no clasificado)
3. Confirmar la ausencia o la presencia de atresias, perforaciones o estenosis intestinales (color, piel, zonas de necrosis) etc.
4. Descartar anomalías asociadas visibles.
5. Descartar malformaciones no visibles (ecocardiograma, ecografía abdominal, radiografía del sistema esquelética).

Dada la escasa asociación con malformaciones asociadas no visibles pueden evaluarse luego de la derivación e incluso luego de la corrección quirúrgica<sup>30</sup>

## 5.5.4 Tratamiento

### Derivación y traslado

---

<sup>30</sup> Id p.p. 1506



Cuando el niño nace en una institución en la que no hay posibilidad de tratarlo quirúrgicamente, debe programarse la derivación hacia un centro con posibilidades de brindarle corrección quirúrgica y el tratamiento postoperatorio adecuado.

Algunos requerimientos para el traslado son idénticos al caso de los onfaloceles, mientras que otros son especialmente importantes en las gastrosquisis donde no existe membrana protectora.<sup>31</sup>

1. Sonda orogástrica o nasogástrica de grueso calibre(K30, K29 o K9)
2. Una o dos vías de acceso venoso periférico. Mantener al Recién Nacido normohidratado y normovolémico.
3. Cubrir el defecto con apósitos húmedos envueltos en polietileno.
4. Mantener la normotermia

La colocación de una sonda orogástrica o nasogástrica debe ser una de las maniobras iniciales luego de la reanimación y corresponde introducirla en la sala de partos luego de confirmar la permeabilidad esofágica. El pasaje de aire al intestino distal en los primeros minutos de vida debe evitarse, ya que aumenta notablemente el tamaño y el volumen del defecto y resulta imposible extraerlo debido al íleon que presentan estos niños.<sup>32</sup>

La exposición del contenido abdominal a la intemperie genera una pérdida enorme de líquido, electrolitos y proteínas que es frecuentemente subvalorada, originando deshidratación, hipovolemia.

El paciente debe contar con accesos venosos confiables que permitan reponer estas pérdidas cuantiosas en forma dinámica y segura.

Los signos de taquicardia, hipotensión retardo de la perfusión, elevación de hematocrito o disturbios del sodio deben hacer sospechar que el aporte líquido debe aumentarse con urgencia.

En cuanto al defecto en sí resulta obvio que debe cubrirse de alguna manera. Debemos recordar que si bien resulta muy útil humedecer los apósitos con solución fisiológica o Ringer, cuando comienza a evaporarse genera un descenso importante de la temperatura local. Por este motivo se recomienda el uso de vaselina líquida estéril para humedecer los apósitos que cubrirán las asas intestinales expuestas. Para evitar la evaporación y la pérdida de calor, una lámina o una bolsa de polietileno estéril es un elemento siempre disponible y de bajo costo.

La pérdida de calor es de gran magnitud y extremadamente difícil de evitar. El neonato deberá colocarse en una servocuna radiante durante la resucitación inicial; sin embargo se aconseja reubicarlo en cuanto la situación lo permita en una incubadora convencional ya que las pérdidas insensibles por evaporación son sustancialmente menores.

---

<sup>31</sup> Martínez, Marcelo. Op. Cit.p.p.387

<sup>32</sup> Ibid. p.p.389

## Tratamiento quirúrgico

El tratamiento para la gastrosquisis es una cirugía, en la cual el cirujano reintroduce los intestinos dentro del abdomen y cierra el defecto, de ser posible. Si la cavidad abdominal es muy pequeña, se sutura un saco de malla alrededor de las márgenes del defecto abdominal y los bordes del defecto se jalan hacia arriba. Con el tiempo, el intestino herniado cae de nuevo dentro la cavidad abdominal y el defecto se pueda cerrar.

Éste debe realizarse cuando el neonato se ha estabilizado y se ha descartado malformaciones asociadas graves. De ser posible el cierre primario, es decir, se introducen las vísceras a la cavidad y se sutura la pared abdominal en un solo tiempo quirúrgico; sin embargo, esto no siempre es posible ya que al permanecer las asas intestinales fuera de la cavidad abdominal durante el desarrollo embrionario, la cavidad no crece lo suficiente para albergarlas después entonces se recurre al cierre por etapas. Consiste en la colocación de un silo de material sintético (Silastic, Mersilene o plástico) para cubrir las vísceras y realizar reducciones diariamente hasta hacerla crecer; el tiempo que lleva es de 6 a 8 días aproximadamente, entonces se somete nuevamente al paciente a cirugía para retirar el silo y suturar la pared abdominal. Durante este tiempo de reducciones, los pacientes deben estar con ventilación mecánica asistida y alimentación parenteral.

Otros tratamientos para el bebé abarcan nutrición intravenosa y antibióticos para prevenir la infección. Se debe controlar cuidadosamente la temperatura del bebé, debido a que el intestino expuesto permite el escape de mucho calor corporal.

## Manejo preoperatorio

- a) Desde la sala de partos, durante el transporte y hasta que se lleve a cabo la cirugía se debe conservar la esterilidad del defecto, evitar pérdida de líquidos y proteínas, y prevenir la hipotermia y la hipoglucemia.
- b) La descompresión gástrica es esencial y debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento con la colocación de una sonda orogástrica de 10 a 14 F, de acuerdo al tamaño del niño<sup>33</sup>
- c) El defecto se debe cubrir con bolsa de plástico transparente, para permitir la visualización de las vísceras y evitar isquemia intestinal progresiva, que puede ocurrir por porción del pedículo vascular que contiene los vasos mesentéricos, por lo que durante el transporte se debe enfatizar en la estabilización manual.
- d) Se debe tener vena permeable para iniciar inmediatamente posterior al nacimiento la administración de líquidos. Los requerimientos de líquidos en estos pacientes se incrementan en forma importante por lo que el aporte inicial puede ser entre 150 y 175ml/kg/día, más reposición dinámica de las pérdidas. Los líquidos deberán reajustarse de acuerdo al estado de hidratación, presión venosa central, densidad urinaria y

---

<sup>33</sup> Ibid p.p. 348

volumen urinario. Los líquidos a administrar serán solución salina y solución glucosada

- e) El control de la temperatura es muy importante, por lo tanto las maniobras para la atención del recién nacido debe realizarse bajo una cuna de calor radiante o en incubadora, poniendo especial énfasis en este aspecto durante el transporte del niño
- f) Se debe monitorear de manera estrecha los electrolitos séricos, las proteínas y gases sanguíneos. Se inicia el aporte temprano de albúmina en las soluciones (1g/kg/día).
- g) Se recomienda el uso de antibióticos, un betalactámico y un amino glucósido (dicloxacilina y amikacina, o cefalotina y amikacina).
- h) El tratamiento quirúrgico debe realizarse en cuanto el neonato se encuentre estable.

### **Manejo postoperatorio**

Se debe tratar al paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales, mantenerlo eutermico, emplear ventilación mecánica y las siguientes medidas:<sup>34</sup>

- a) Manejo de relajante muscular (vecuronio de 50 a 100mg/kg/ dosis c/4-6h) y analgesia (fentanil en las primeras 24 a 48 h en infusión continua de 3- 5mg/kg/h y posteriormente en bolos, de 1-3 mg/kg/dosis/4h).<sup>35</sup>
- b) Monitoreo continuo de la presión venosa central, uresis horaria, gases arteriales y glucosa sérica.
- c) Continuar con antibióticos
- d) Manejo dinámico de líquidos
- e) Continuar en ayuno hasta la reinstalación de la peristalsis, y administrar alimentación parenteral en forma temprana.

### **5.5.5 Complicaciones**

Hipovolemia, choque, sepsis, íleo prolongado, enterocolitis necrotizante. Dificultad respiratoria (los contenidos abdominales que estén fuera de lugar pueden causar dificultad con la expansión de los pulmones). Muerte del intestino (necrosis).

### **5.5.6 Pronóstico**

Por lo general, estos pacientes tienen aceptables condiciones al nacer, y con el tratamiento quirúrgico adecuado se ha reportado supervivencia de 85 a 95%. La probabilidad de recuperación es buena si la cavidad abdominal es relativamente grande, ya que una cavidad abdominal muy pequeña puede causar complicaciones que requieran cirugía adicional.

---

<sup>34</sup> Ibid p.p.349

<sup>35</sup> Ibid p.p. 1504

## **6. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

### **Datos De Identificación**

Nombre: XGR

Edad: 22 días

Sexo: Femenino

Peso: 2950 Kg      Talla: 46cm

Fecha de Nacimiento: 01.05.07

Registro: 779525

Padres ambos de 19 años

Lugar de nacimiento: México D.F.

Lugar de residencia: Iztapalapa

Domicilio: Sur 1-A, 4B Sn. Lorenzo  
Tezonco, Iztapalapa D.F.

Se trata de una recién nacida de 22 días de vida extrauterina con diagnóstico de Gastrosquisis y Atresia Intestinal Tipo III, posoperada de Gastrostomía Tipo Stamm proveniente de un nivel socioeconómico bajo y regulares hábitos higiénicos-dietéticas.

### **Antecedentes Heredo- Familiares**

Madre de 19 años, casada, ama de casa, preparatoria completa, Padre de 19 años, casado, hogar, preparatoria completa, aparentemente sanos.

### **Antecedentes No Patológicos**

Habitan vivienda popular de la familia del papá. Habitan 8 integrantes en la casa, es área urbana, cuentan con 6 habitaciones, de las cuales 3 son dormitorios, con una cocina, sala - comedor, 1 baño, patio, construida de material de mampostería con cemento y piso de cemento, cuenta con servicios públicos de agua, drenaje, gas, alumbrado público, pavimento.

### **Antecedentes Patológicos**

Edad gestacional 39 sem, Producto de la gesta 1, para 1, por cesárea, producto único consecuencia de ruptura prematura de membranas Talla 44 cm. Peso 2800 Kg., Apgar 8-9, No deseado, aceptado, con control prenatal regular, Métodos de Planificación Familiar (MPF) Preservativo.

### **Antecedentes Perinatales**

Producto de la primera gesta de embarazo normoevolutivo, controles prenatales con ginecólogo particular, la madre presenta ruptura prematura de membranas y conducción fallida por lo que deciden realizar cesárea. Nace producto único vivo que lloró y respiró al nacer con apgar de 8/9, peso 2800 kg con defecto de pared abdominal, sólo es atendido por ginecólogo no se cuenta con pediatra por lo que se cubren asas intestinales con gasas estériles húmedas y lo refieren a este hospital.

### **Padecimiento Actual**

Fecha de ingreso 01/05/07

Paciente de 22 días de vida con diagnóstico de Gastrosquisis + atresia intestinal que ingresa a urgencias para cierre primario + derivación, cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

Producto de la gesta I, de embarazo normo evolutivo con control prenatal irregular, obtenida por vía abdominal en medio particular reanimada por ginecoobstetra por falta de pediatra, respiró y lloró al nacer.

Diagnóstico Gastrosquisis motivo por el cual es enviado a esta unidad a la exploración física se encuentra.

Recién nacido a término con peso y crecimiento adecuado.

Peso: 2,950 Kg.

Talla. 45 cm.

F.C. 140 x´

F.R. 46 x´

Temperatura 36.7º

Recién nacido a término

Activa, reactiva subhidratada con buena coloración de tegumentos campos pulmonares bien ventilados ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y ligera taquicardia al inicio de la exploración.

Los procedimientos quirúrgicos realizados y los hallazgos encontrados son los siguientes:

Cierre de pared gastrostomía stamm modificado e ileostomía de 2 dos bocas se encuentra defecto de pared de 3cm donde protuyen estómago y asas del intestino delgado donde se aprecia una zona atresica (III A) se amplía defecto y se encuentra mal rotación intestinal, se identifica zona de atresia a 10 cm; vejiga, útero y anexos normales.

P.O. de ileostomía por demanda, se encuentra defecto de 3cm, de diámetro a través del cual se protuyen estómago y asas del intestino delgado en el cual se aprecia zona atresica IIIa, defecto a la derecha del cordón umbilical, se

amplia defecto 10 cm. observando zona de atresia, estómago normal, colon disfuncionalizado, hígado y vesícula biliar normales.

Posterior a la cirugía ingresa a terapia quirúrgica intubada con cánula 3.5 para mantener un adecuado soporte ventilatorio mientras se adapta al aumento de la presión intraabdominal e intratorácico y para regular el apoyo hidro – electrolítico. El 4 de mayo es extubada de forma electiva sin complicaciones por alteración en gasometrías se recibió aporte de HCO<sub>3</sub> A 2mEq/Kg./día el cual es suspendido el 6 de mayo.

Hemodinámicamente. Estable con T/A y F.C. dentro del percentil para la edad, ventilatorio con casco cefálico con nebulizador FIO<sub>2</sub> 100% con leve tiraje intercostal y aleteo nasal con hipoventilación en hemitórax izquierdo.

Gastrointestinal, en ayuno con NPT, abdomen blando, depresible con ileostomía, con bajo gasto. Con sonda de gastrostomía sin datos de sangrado activo o infección de herida quirúrgica.

Infectológico con datos de respuesta inflamatoria.

Metabólico, con K 3.3 sérico por lo que se da aporte del mismo con KCL y agua Inyectable.

## **Valoración de las 14 necesidades**

### **1. RESPIRACIÓN**

Campos pulmonares bien ventilados ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y una frecuencia respiratoria de 46x'

Hemodinámicamente. Estable con T/A 85/53 mmHg y F.C.124x' dentro del percentil para la edad, ventilatorio con casco cefálico con nebulizador FIO<sub>2</sub> 100% con leve tiraje intercostal y aleteo nasal con hipoventilación en hemitórax izquierdo.

### **2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Mucosas orales hidratadas

Gastrointestinal, en ayuno con NPT, abdomen blando, depresible, ileostomía, con bajo gasto, sonda de gastrostomía sin datos de sangrado activo o infección de herida quirúrgica.

#### **1. NPT/100/12/3/3/3/3/2/200/50/0.3**

SG 5%	120.3ml
Levamin	104ml
NaCl 17.7%	3.48ml
KPO <sub>4</sub>	2.6ml
KCL (1:4)	0.4ml
Sulf de Mag	1.7ml
Gluc de Ca	6.9ml
MVI	3.5ml
Agua	51.9 ml
NPT	295.8 ml 12.3 ml/hr
Lípidos	52.2 ml 3ml/hr pp en 18hrs

### **3. ELIMINACIÓN**

Gastrointestinal, abdomen blando, depresible con ileostomía, con bajo gasto. Con sonda de gastrostomía a derivación drenando material biliar e lleostomía. Sin datos de sangrado activo o infección de herida quirúrgica. Ano permeable sin presencia de evacuación, aún.

### **4. TERMOREGULACIÓN**

Temperatura 36.7° debido a edad de la paciente se tiene que mantener en un ambiente cálido, cubrir con ropa adecuada para evitar pérdida de la temperatura.

### **5. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Por la edad y el problema que presenta es totalmente dependiente y se tiene que mantener en decúbito dorsal y la movilización tiene que ser mínima.

### **6. HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL**

La piel se mantiene lubricada y aseo de todo el cuerpo

### **7. DESCANSO Y SUEÑO**

No presenta alteración duerme la mayor parte del día

### **8. USO DE PRENDAS DE VESTIR**

Debido a la edad y el problema que presenta no usa ropa adecuada pero se mantiene cubierta con una batita y cobertor.

### **9. EVITAR PELIGROS**

Para evitar peligros se tiene que colocar protección en la cuna así como los barandales arriba, debido al catéter venoso central y herida quirúrgica se tienen que realizar precauciones estándar para evitar complicaciones

### **10. COMUNICARSE**

La recién nacida se comunica mediante el llanto, los papás siempre le hablan, le cantan y la estimulan mediante masaje y música

### **11. CREENCIAS Y VALORES**

Los papás profesan la religión católica creen en Dios, en los santos, van a misa los domingos y siempre mantiene la fe y la esperanza. En la situación en que se encuentra le piden mucho a Dios, a que la niña se recupere pronto.

### **12. TRABAJO Y REALIZACIÓN**

Esta necesidad no es valorable

### **13. JUGAR Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Los papás y sus familiares le hablan, le cantan, la acarician y le ponen objetos de acuerdo a la edad como sonajas, lo estimulan también con música.

### **14. APRENDIZAJE**

Ella recibe estimulación temprana, por los papás a través de los objetos que le proporcionan y por medio de la comunicación.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Activa, reactiva, subhidratada con buena coloración de tegumentos, pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y ligera taquicardia.

Tegumentos, piel lisa, flexible, con buena turgencia y capa visible de tejido adiposo, millos sobre nariz y barbilla escasa en frente, uñas blandas plegables, piel rosada, manchas mongólicas en región dorso- lumbar.

Cabeza, perímetro cefálico de 32.5 cm, normo céfalo de cabeza redondeada con fontanela anterior en forma de rombo y fontanela posterior semicerrada, cabello fino, castaño, escaso.

Ojos, en forma simétrica, cornea cristalina, transparente, esclerótica blanca sin datos de ictericia pupilas isocóricas, reactivas, normoreflexicas.

Oídos, pabellones auriculares normo implantados.

Nariz, en la línea media, con puente plano y amplio, aleteo nasal visible.

Boca y Barbilla, mucosa oral hidratada con abundante sialorrea.

Cuello y hombros, cuello corto cilíndrico en línea media, traquea en línea media, catéter trilumen en yugular izquierda.

Auscultación.

Tórax, simétrico con buena expansión costal.

Cardiovascular sin compromisos.

Dorso caderas y nalgas, dorso correcto y columna vertebral intacta, postura de flexión ligera y manchas mongólicas en región dorso sacra.

Inspección.

Abdomen, blando y depresible no doloroso, no visceromegalias peristalsis presente, sonda de SGT a derivación drenando material biliar e lleostomía.



Genitales, fenotípicamente femeninos, sin alteraciones.

Extremidades, integras simétricas, con movilidad reservada, tono y fuerza derivados del reflejo de extensión presente.

Palpación.

Ano rectal, ano permeable sin presencia de evacuación, aun.

#### INDICACIONES MÉDICAS

1. Ranitidina 3.4mg I.V.c/8 hrs.
3. Cefotaxime 75mg dil en 4ml SG 5% I.V. c/8hrs
4. Dicloxacilina 58mg dil en 4ml SG 5% I.V. c/8hrs.
5. Cisaprida 8mg c/8hrs
6. Signos Vitales
7. Balance Hídrico
8. Gasto Urinario
9. Reponer pérdidas por SGT e Ileostomía al 100% con Hartmann

#### EXAMENES DE LABORATORIO

Hb: 19.5    HT: 56.9    Plaquetas: 247000    Leucocitos: 22500    SEG: 72%  
Lin:12%    Mono:7%    TP:151    TPT:41    INR:1.19

#### GASOMETRIA

Ph: 7.32    PO2:174    PCO2:27.8    ES: -10.7    HCO3:14.1    K: 3 NA: 130  
Ca: 0.

## 7. PLAN DE INTERVENCIONES

**Alteración de la necesidad de respiración relacionado con reconstrucción de la pared abdominal manifestado por aleteo nasal y leve tiraje intercostal.**

### OBJETIVO:

Evitar el deterioro respiratorio y por consiguiente la repercusión en órganos y sistemas, a través de acciones especializadas de enfermería planificadas

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación científica
Monitorizar y Vigilar las constantes vitales en específico F.R y F.C.así como la coloración y llenado capilar del paciente.	La principal razón de mantener estable la condición respiratoria de la recién nacida al igual que en todos los pacientes, es que el proceso de la respiración provee de oxígeno a todos los sistemas del cuerpo humano, al presentarse la hipoxia se producen lesiones tisulares y de las células que dañan e impiden el buen funcionamiento de estas llevando a una intoxicación por bióxido de carbono y falla multiorgánica.
Mantener en estrecha vigilancia la FR y datos de insuficiencia respiratoria.	La regulación de la respiración del oxígeno, dióxido de carbono e iones de hidrógeno en los líquidos orgánicos incluye controles nerviosos y químicos básicamente el control respiratorio actúa para mantener las concentraciones correctas.
Vigilar la saturación de oxígeno para saber que tan eficiente resulta el apoyo ventilatorio.	Es importante controlar la saturación de oxígeno debido a que el centro de control respiratorio del bebé se agota después de la cirugía. (Los niveles de saturación deberían ser superiores al 90% y preferiblemente al 95%). Este punto es muy importante para los recién nacidos, que a menudo respiran de forma irregular.

### EVALUACIÓN

La recién nacida recibe cuidados de enfermería fundamentados en principios de recuperación de la salud y conservación de la vida, con acciones dependientes de enfermería, ha ido disminuyendo el aleteo nasal.

**Riesgo potencial de deficiencia en el volumen de líquidos relacionada con mayores pérdidas insensibles de agua**

**OBJETIVO:**

Que la paciente no muestre datos de deshidratación durante la estancia hospitalaria.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación Científica
Instalar una vía periférica e iniciar la infusión de líquidos intravenosos.	Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de electrolitos para funcionar eficazmente. Es la vía más segura para la ministración de medicamentos y proporcionar el requerimiento hídrico.
Manejo de Bomba de infusión para evitar sobre carga hídrica.	Se debe instalar una venoclisis con bomba de infusión continua para medir en forma estricta el volumen a pasar, ya que una sobrecarga agravaría el éstasis venoso producido por el aumento de presión sobre la vena cava inferior.
Verificar las características de la piel y signos de deshidratación	La detección y notificación precoz de los signos de deshidratación permite una rápida intervención encaminada a evitar graves desequilibrios hidroelectrolíticos.
Manejo de balance hídrico y gasto urinario.	El registro de entradas y salidas ayuda a detectar los primeros signos de desequilibrio hídrico.
Restitución de pérdidas hídricas.	Los RN tiene mayores pérdidas insensibles de agua requiere un 50% de aporte extra al volumen.
Realizar prueba de glucosa y labstix para detectar alguna alteración.	Permite detectar si hay cambios en sus niveles de glucosa circulante.

**EVALUACIÓN**

X. se mantiene estable hídricamente, sin datos de desequilibrio hidroelectrolítico.

**Alteración en el aporte de nutrientes relacionado a la incapacidad del sistema digestivo para efectuar función normal manifestada por ligera palidez de tegumentos y piel semihidratada.**

## OBJETIVO:

Que la recién nacida mantenga un aporte suficiente en cantidad y calidad que prevenga deterioro de las funciones normales del organismo así como los procesos calóricos proteicos para las funciones básicas del organismo, a través de la instalación periférica de alimentación durante la rehabilitación del sistema digestivo.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de enfermería
Preparar e instalar la NPT. Con técnica estéril y con manejo de la bomba de infusión.	En el transcurso de la recuperación el neonato debe recibir aporte nutricio a través de NPT. Que deberá dotarlo de proteínas, grasas, carbohidratos y electrolitos, calculados y cuantificados por el pediatra de acuerdo a la edad y necesidades.
Monitorizar al paciente con destroxtix antes y posterior a la NPT.	El aumento de glucemia produce cambios de líquidos en el compartimiento vascular para intentar diluir la concentración de glucosa hiperosmolar .
Realizar las anotaciones de enfermería, reportando la hora de inicio de infusión de la NPT, Cantidad de infusión y tiempo, tolerancia a la vía enteral.	Ayudará a tener un control adecuado de la infusión, ya que un mal manejo en la infusión trae muchas complicaciones.
Alimentar progresivamente a X. a través de la sonda de gastrostomía, iniciando con 1ml por kg/día.	Los recién nacidos con esta patología no deben alimentarse de nuevo hasta no resolver la enfermedad, y el abdomen permanezca normal.
Vigilar el estado de distensión abdominal, toma de perímetro abdominal por turno.	El aumento o disminución de perímetro abdominal indica alteración del aparato digestivo.

## EVALUACION

X. se encuentra estable con apoyo nutricio adecuado, sin evidencias de infecciones asociadas al catéter, mantiene un peso adecuado.

La glicemia es de 90 y oscilatoria de 105 mg/dl.

**Potencial de infección relacionado con el acceso directo del catéter al torrente sanguíneo.**

## OBJETIVO:

Que la recién nacida no presente datos de infección por consiguiente evitar complicación.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación científica
Usar una técnica aséptica y seguir los protocolos adecuados cuando se cambien las gasas del catéter, sistema IV y soluciones.	La técnica aséptica puede prevenir la contaminación.
Evitar administrar otras soluciones IV introducidas en el sistema de NPT a menos que se prescriba otra cosa.	El riesgo de contaminación bacteriana aumenta con las uniones IV adicionales, llaves de paso y portales. Para minimizar el riesgo, el sistema IV debe usarse exclusivamente para dicho propósito a menos que se prescriba otra cosa.
Interrumpir las emulsiones de lípidos y cambiar el sistema de infusión inmediatamente después de la perfusión.	Las emulsiones de lípidos y los sistemas que cuelgan durante más de 12 horas son propensas a contaminación fúngica.
Asegurar las conexiones proximales con un equipo de Luer – lock, si es posible.	Esta precaución puede ayudar a prevenir la desconexión y la consiguiente contaminación.
Precintar con seguridad todas las conexiones.	El asegurar con esparadrapo previene el traumatismo tisular que resulta de la manipulación del catéter.
Constantes vitales al menos 2 veces en cada turno.	El catéter de NPT proporciona una vía para la invasión de los microorganismos del torrente sanguíneo.
Signos locales de infección en el punto de inserción del catéter.	La irritación del catéter puede llevar a la infección
Recuento de leucocitos en suero.	El elevado recuento de leucocitos indica infección activa.

#### EVALUACIÓN

X, se encuentra estable sin datos aún de infección, esperando que no presente complicaciones posteriores.

**Deterioro de la integridad cutánea relacionado con el contacto de las heces sobre la piel, manifestado por eritema periestomal.**

## OBJETIVO:

Que la Recién nacida no presente deterioro de la integridad cutánea, lo que se evidenciará por la presencia de piel intacta alrededor de la ostomía.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación científica
Utilizar bolsas de ostomía que ajusten correctamente fijándolas a la piel mediante un protector cutáneo para prevenir el escape de heces de la bolsa. En este caso aplicar la bolsa antes de cambiar los pañales.	La utilización de bolsas de ostomía que ajusten correctamente, así como la aplicación de un protector cutáneo, protege la piel de los efectos cáusticos de las heces. Cambiar los pañales sin colocar previamente una bolsa suele dar a pérdida de la integridad cutánea.
Descartar la presencia de pérdidas en la bolsa de ostomía cada 2 h cambiándola inmediatamente si se sospecha la existencia de escape o pérdidas.	El contacto prolongado de las heces con la piel aumenta el riesgo de pérdida de la integridad cutánea.
Vaciar la bolsa de ostomía cuando se llene de un cuarto a un tercio de la bolsa.	Si la bolsa se llena en exceso, corre el riesgo de pérdidas, ya que el peso de las heces empuja contra la zona de adhesión, originando una ruptura en este punto.
Cambiar la bolsa de ostomía por lo menos una vez cada 24 h , hasta que la piel esté en buenas condiciones.	El cambio diario de la bolsa favorece la vigilancia y el tratamiento frecuente, siempre que se considere necesario
Limpiar alrededor del estoma , utilizando agua o una solución salina fisiológica	La limpieza elimina las heces de la superficie cutánea y previene la irritación.
Si existe una pérdida de la integridad cutánea (enrojecimiento o excoriación de la piel), debe explicarse a los padres el tratamiento cutáneo adecuado utilizando el método y las medicaciones prescritas por el médico o enfermera.	El grado de pérdida de la integridad cutánea determinará el tratamiento específico que deberá seguirse.
Cambiar la bolsa de ostomía cada día hasta que se haya curado la herida de la incisión. Asimismo, explicar a los padres que la bolsa debe cambiarse inmediatamente si aparecen o se sospechan pérdidas.	Los cambios diarios permiten la inspección de la incisión, pudiendo valorarse con frecuencia la presencia de signos de infección o contaminación. Las fugas o escapes pueden originar pérdida de la integridad cutánea e infección, debido al contacto prolongado de las heces con la piel.
Valorar la presencia de signos de infección, lo que incluye	Esto permite la detección precoz y el tratamiento inmediato con

enrojecimiento, pérdida de integridad cutánea, exudado purulento e hipertermia.	antibióticos en caso de infección.
---	------------------------------------

#### Evaluación

A la recién nacida se le realiza curación y al descubrir la herida no se observan datos de infección.

### **Alteración en la comodidad relacionada con el procedimiento quirúrgico manifestado por posición decúbito supino**

#### OBJETIVO:

Que X. no presente alteraciones de movilidad durante la estancia hospitalaria

Intervenciones de Enfermería	Fundamentación científica
Realizar movimientos gentiles de extremidades únicamente para evitar el síndrome de desuso y atrofia muscular.	Este periodo de vida es tan importante, en él aparecen adquisiciones básicas fundamentales, como el control cefálico, coordinación binocular, sedestación, sonidos, estructuración del pensamiento, de la personalidad y muchas otras que van a continuar madurando y evolucionando en las etapas siguientes.
Realizar ejercicios de apego con la madre posteriores a la cirugía.	Mantener una movilidad después de la cirugía evita que se atrofie los músculos.
Fomentar confianza en la madre para cargarla y movilizarla.	A través del tacto se fomenta la nutrición afectiva y la comunicación, favoreciendo la creación de los vínculos esenciales para crecer con autoestima y seguridad al incluir los elementos fundamentales para establecerlos: mirada, sonrisa, contacto visual, sonidos y caricias.
Al estar recuperada de la cirugía, realizar movimientos de rehabilitación en extremidades.	Los ejercicios después de la cirugía permite un buen funcionamiento neurocirculatorio.

#### EVALUACIÓN

La paciente al pasar de los días ha ido recuperando la movilidad y los cambios de posición, la mamá ha traído una sillita mecedora para mecerla de manera gentil y mantenerla en semifowler a ratos.

**Riesgo potencial de infección relacionado con la presencia de incisión y tubo de gastrostomía.**

**OBJETIVO:**

Que X. presente unos tejidos intactos con ausencia de erosiones alrededor del orificio, erupciones cutáneas, lesión de la mucosa o úlceras por presión.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion científica
Valorar por lo menos una vez por turno en la zona de incisión eritema, dolor a la presión, secreciones y olores.	La detección oportuna de estas manifestaciones nos ayudará a evitar complicaciones.
Fijar la sonda de manera que no ejerza tensión sobre la piel y los tejidos.	Esta medida protege la piel y se mantiene la sonda en su sitio con una barrera transversa externa.
Limpiar la piel con suero fisiológico estéril en la zona, secar bien y colocar gasa estéril y fijarla mediante esparadrapo o tela hipoalergénico.	La solución es libre de pirógenos y menos agresiva para la piel.
Mantener la integridad de la piel alrededor del tubo, protegerlo de las secreciones gástricas, y estabilizar la entrada.	Esto permite tener la piel intacta y evitar la proliferación de microorganismos.

**EVALUACION**

No se observa infecciones, ni maceración de la piel que rodea la incisión es normal

**Posible complicación de la ileostomía relacionada con colocación constante de colectores manifestado por necrosis, retracción, prolapso, estenosis u obstrucción estomal**

**OBJETIVO:**

Detectar los signos y síntomas iniciales con esto se controlará y reducirá las complicaciones posteriores.

Intervenciones de Enfermería	Fundamentacion científica
------------------------------	---------------------------



<p>Controlar la aparición de signos y síntomas de ulceración o herniación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del tono muscular periestomal</li> <li>- Hinchazón superior a lo normal de la superficie cutánea y la musculatura</li> <li>- Ulceración persistente</li> </ul>	<p>La detección precoz de las alteraciones y la herniación puede evitar una lesión mística grave</p>
<p>Controlar la aparición de estenosis , prolapso, retracción y obstrucción estomal</p> <p>Valorar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Color tamaño y forma del estoma</li> <li>- Color, cantidad y consistencia del efluente del estoma</li> <li>- Síntomas de cólico, dolor abdominal vómitos y distensión abdominal</li> </ul>	<p>La valoración diaria es necesaria para detectar los cambios iniciales en la situación del estoma:</p> <p>Estos cambios pueden indicar inflamación retracción, prolapso o edema</p> <p>Estos cambios pueden indicar hemorragia o infección. La disminución de la diuresis puede señalar obstrucción</p> <p>Estos síntomas pueden indicar obstrucción</p>
<p>Controlar la aparición de signos y síntomas de desequilibrio hídrico y electrolítico.</p>	<p>Los desequilibrios hídrico y electrolítico se producen con mas frecuencia por la diarrea.</p>
<p>Administración de líquidos y electrolitos según prescripción.</p>	<p>Puede ser necesaria la terapia restitutiva para evitar un desequilibrio electrolítico o deficiencia hídrica graves.</p>
<p>Controlar la aparición de signos y síntomas de bursitis del depósito ileal o íleon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento intenso del flujo del efluente</li> <li>- Signos de deshidratación</li> <li>- Fiebre</li> </ul>	<p>La bursitis o ileitis comprende la inflamación de la bolsa ileal. La causa es desconocida, pero el crecimiento bacteriano en la bolsa es un factor probable. Un vaciado de la bolsa poco frecuente aumenta el riesgo.</p>
<p>Conectar una sonda permanente a un drenaje intermitente continuo.</p>	<p>Esta medida fomenta el drenaje continuo.</p>

## EVALUACION

A la recién nacida se le cambia las bolsas de ileostomía y se le realiza curación de la misma y al descubrir la herida no se observan datos de infección.

Se evalúa día con día las características así como el registro de la reposición.

**Alteración de la necesidad de aprendizaje de la mamá relacionado con déficit de conocimiento sobre la enfermedad manifestado, por ansiedad y temor.**

**OBJETIVO:**

La mamá disminuirá su ansiedad y temor al conocer más sobre el padecimiento de su niña a través de la información y orientación constante del profesional de Enfermería acerca de los cuidados específicos de la niña y su padecimiento.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica
Explicar a la madre la función de la ileostomía.	La Eliminación es la necesidad que tiene el organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de desechos se produce principalmente por la orina y las heces.
Indicar los cuidados de la ileostomía y como se realizan (higiene, cambio, limpieza del dispositivo, colocación del dispositivo, observar el color, abundancia y consistencia de las heces).	La Higiene es una necesidad que tiene el individuo para conseguir un cuerpo aseado, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana, con la finalidad que ésta actúe como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
Explicar a los padres en términos sencillos la anatomía y fisiología del sistema gastrointestinal normal y en qué consiste la enfermedad de X.	La comprensión del funcionamiento normal del sistema gastrointestinal permite que los padres acepten la gravedad del proceso que afecta a Ximena, así como la necesidad de un tratamiento adecuado. Un mayor conocimiento de la situación ayudará a los padres a sentir menos ansiedad.
Hacer hincapié de la importancia del lavado de manos antes y después de realizar los cuidados así como antes y contacto con X.	El lavado de manos disminuye el riesgo de infección al tener contacto con una herida quirúrgica.

**EVALUACIÓN**

La madre presenta menos angustia y temor al cambiar a su bebé, la carga y maneja con más confianza y colabora con la enfermera en el cuidado de su ileostomía.

## 8. PLAN DE ALTA

La mamá se muestra más tranquila y cooperada en el manejo de su bebé pero teme que presente otras complicaciones.

La recién nacida no es dada de alta debido al periodo de recuperación prolongado y mantenerse en un proceso de evolución lenta, pero se dan algunas recomendaciones a la mamá, para cuando la niña sea dada de alta.

**Las secreciones orales.** Es común que los recién nacidos tengan flemas, y que presenten alguna dificultad para su manejo, por lo que conviene tener una perilla de succión a mano, para que en caso necesario, se le introduzca despacio en la boca, llegando a la parte de atrás de la lengua, con lo cual al soltarla se logra la aspiración de las secreciones. Esta maniobra se puede repetir varias veces con el niño de medio lado, y es mucho más segura que tratar de sacar las secreciones con los dedos.

**El baño.** Desde los primeros días el recién nacido se puede bañar usando para ello agua tibia, evitando que el nivel del agua llegue al ombligo; debe utilizarse un jabón simple, sin perfume ni agregados que puedan irritar la piel sensible del niño, de preferencia neutro, y asegurarse de quitarle el jabón por completo. El niño se debe cambiar cada vez que defeque, y limpiarse con agua tibia. Es mejor no usar cremas ni aceites, y debemos recordar que los talcos están contraindicados en los niños pequeños, por el riesgo de aspiración.

**El abrigo.** Los recién nacidos, y con mayor razón si son prematuros, tienen mayor dificultad para controlar la temperatura, por lo que es necesario mantenerlos adecuadamente abrigados, pero sin excesos. La ropa es mejor que sea de algodón, ya que la lana les puede irritar la piel y rozarse por ello. Al asolearlos deben tener poca ropa y debe evitarse el sol directo en la cara.

**El sueño:** El recién nacido duerme entre 16-19 horas al día

En el año 1992 la Academia Americana de Pediatría tras una revisión de la literatura médica recomendó que los recién nacidos sanos y a término debían dormir en decúbito dorsal (boca arriba), o de costado

El dormir en el bebé es un signo de buena salud y que no presenta problemas

**Ropa del neonato:** La más confortable para el bebé. No debe de apretar. Debe de abrigar. Deben de ir vestidos con prendas suaves, preferiblemente de algodón. Los pañales deben de ser los adecuados para su edad y talla. La ropa se cambia cada vez que esté manchada o sucia

**Cama del neonato:** Cuna o moisés

El bebé no debe estar hundido en su cama

No se aconseja el uso de almohadas

Las sábanas y el edredón deben de pesar lo menos posible

La cama ideal no es la más bonita, es la más confortable para el bebé

La cama se utiliza para el descanso, no es un sitio de juegos

**Higiene Ambiental:**

Habitación amplia, bien ventilada y con luz natural

Exenta de ruidos y humos

Ambientadores: ¡Ojo! cuidado con las alergias

Poner música relajante, con el volumen al mínimo

Si la temperatura es elevada, usa ropa ligera. Por lo general, si hace más de 25º sólo necesitará el pañal

Si las temperaturas son bajas simplemente agrégale ropita hasta que su cuerpo se mantenga tibio.

Cuidados de la sonda de gastrostomía e Ileostomía

Dar medicamentos, según indicación médica

Por último se les informa a los papás que deben acudir a las citas para la continuación del tratamiento, ante cualquier eventualidad acudir de inmediato al Hospital en el servicio de urgencias.

## 9. CONCLUSIONES

La filosofía de las catorce necesidades de Virginia Henderson es la mas utilizada en el que hacer diario de Enfermería y la finalidad de los cuidados consiste en primer lugar, en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades de manera óptima para llegar a un mayor bienestar, y llevarla a continuación a recuperar su independencia frente a sus necesidades y considerando al ser humano como ser psicosocial y espiritual que se caracteriza por sus catorce necesidades.

En este PAE, el uso de esta filosofía me enseñó la importancia de considerar los factores que influyen en la satisfacción de las necesidades ante una persona que vive una situación difícil y que los cuidados enfermeros no dependen de la prescripción médica.

Por lo anterior el PAE se concluye, logrando algunos de los objetivos planteados al principio, la recién nacida recibió cuidados de Enfermería específicos, con la seguridad que irá recuperándose satisfactoriamente.

Con el propósito de lograr cuidados de enfermería eficientes se debe tener conocimientos teóricos, que sustente un modelo metodológico claro y preciso que redunde en la reflexión e innovación y a su vez permite que la enfermera tenga una base para realizar el PAE.

Me queda la satisfacción de haber contribuido a mejorar la salud de la recién nacida, además de lograr en los papás más tranquilidad, disminuyendo sus temores e inquietudes, así como reducir la presencia de manifestaciones adversas de la enfermedad, dejándome una grata experiencia en mi vida profesional, sensibilizándome de la importancia de tratar a los pacientes de manera holística, ya que al detectar necesidades específicas de cada individuo favorece a la contribución de una recuperación mas plena.

## 10. GLOSARIO DE TERMINOS

### A

Alcalosis. Excesiva alcalinidad de los líquidos del organismo, aumento de la reserva alcalina de la sangre por ingreso exagerado de alcalinos o por insuficiente eliminación de los mismos.

Anastomosis. Formación quirúrgica o patológica de una comunicación entre dos espacios u órganos separados normalmente. Comunicación entre dos vasos o nervios ;cuando dos vasos se unen boca a boca se habla de anastomosis por inosculación, a boca única; si la unión de dos vasos paralelos se establece por los cabos del vaso más corto , se habla de anastomosis en paralelo o biostomónica, tipo al cual pertenece BY-PASS.

### E

Enterocolitis necrosante. Disminución en la irrigación intestinal que condiciona isquemia; puede ir de leve a moderada o severa, según la profundidad del daño ocasionado. Afecta principalmente a los recién nacidos prematuros; sin embargo los pacientes a termino también pueden estar afectados. Además de este factor, existen otros que contribuyen a la aparición de la enfermedad, tal es el caso del estado de choque o infección perinatal.

Estenosis pilórica. Es el estrechamiento de una parte del estómago (el píloro gástrico) que va hacia el intestino delgado. Este estrechamiento ocurre porque el músculo alrededor del píloro ha crecido demasiado. La mayoría de los bebés con estenosis pilórica comienzan a vomitar durante la segunda a tercera semana de vida. Los bebés comienzan a "escupir" y luego el esputo se convierte en una especie de vómitos en proyectil. Los vómitos suceden después de la alimentación. Algunas veces, se intentan diferentes clases de fórmula sin notar cambio alguno.

Exudado. Materia más o menos fluida salida de los vasos pequeños y capilares por exudación, en los procesos inflamatorios, y que se deposita en los intersticios de los tejidos o en la cavidad de una serosa.

Espina bifida. Hendidura o fisura congénita de los arcos vertebrales, a través de la cual salen la médula o una porción de la misma junto con sus envolturas, que forman un tumor mayor o menor debajo de la piel.

Estridor. Sonido agudo, duro, semejante al silbido. Afección en los recién nacidos, caracterizada por cornaje respiratorio, atribuida a un espasmo de la glotis.

Evisceración. Salida de la masa intestinal fuera del abdomen, a consecuencia de un traumatismo, herida o, en el postoperatorio de laparotomías, por dehiscencia de la sutura de la pared.

## **F**

Fístula. Trayecto patológico congénito o adquirido que pone en comunicación anormal dos órganos entre sí (fístula interna) o con el exterior (fístula externa). Comunicación anómala artificial, quirúrgica o experimental, de un órgano con el exterior a través de un orificio cutáneo o mucoso, o con otro órgano.

## **G**

Gastrostomía. Una ostomía de alimentación es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.

Granuloma. Tumor o neoplasia formada por tejido de granulación. Estado caracterizado por la formación de nódulos, duros rojizos, dispuestos en círculos, que se ensanchan y forman un anillo

## **I**

Ileostomía. Una ostomía de eliminación es una derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato para eliminar los residuos del organismo por un lugar distinto, cuando por este no es posible

Induración. Endurecimiento de los tejidos de un órgano. Región o parte endurecida anormalmente. Inclusión de los tejidos en un medio fijo endurecido para evitar su sección.

Isquemia. Sufrimiento celular causado por la disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo y consecuente disminución del aporte de oxígeno de un tejido biológico. Este sufrimiento celular puede ser suficientemente intenso como para causar la muerte celular y del tejido. Una de las funciones principales de la sangre es hacer que el oxígeno tomado por los pulmones circule por el organismo y llegue a todos los tejidos del cuerpo.

## **M**

Millos. Nódulo o granulo blanquecino de la piel, especialmente de la cara, debido a la obliteración del conducto excretorio de una glándula sebácea.

## **O**

Onfalocele. Herniación de las vísceras a través del anillo umbilical, cubiertas con un saco membranoso compuesto por peritoneo, gelatina de Warton; su tamaño es usualmente igual o mayor de 4 cm. El cordón umbilical se inserta en le saco más que en la pared abdominal.

## **P**

Patogénesis. Mecanismo por el cual un organismo produce una enfermedad. En el caso de los virus, concierne al mecanismo por el cual un virus produce daños en una determinada población celular, de un órgano diana, con el resultado de los signos y síntomas de enfermedad en un anfitrión cualquiera.

PH. Símbolo que indica la concentración de iones hidronio,  $H_3O^+$ , presentes en una disolución. Logaritmo inverso de la concentración de hidrogeniones. El pH de una solución expresa la cantidad de iones H actualmente ionizados y constituye lo que se ha convenido en llamar acidez actual o real, mientras que la acidez titulable está constituida por la suma de iones H ionizados e iones H ionizables.

Polihidramnios. Existe demasiado líquido amniótico .es difícil definir con exactitud cuanto es excesivo, el volumen promedio de líquido al término es 800 ml pero se acepta como normal una variación de 400 hasta 1500ml. Probablemente en el examen clínico solo se consideraría como anormales volúmenes mayores de 2000 ml. En la mayoría de los casos; el exceso de líquidos se acumula de manera gradual y solo se nota después de la semana 30.

## **Q**

Queloides. Es una cicatriz hipertrofiada, fibrosa y benigna que se presenta por diferentes causas durante el proceso de cicatrización de una herida. Para que se forme un queloide, es necesario tener una herida que esté en proceso de cicatrización. Esta herida puede ser causada por acné, una infección, una operación o una cortada que tenga que cerrar. Las complicaciones se presentan principalmente en las personas que tienen una tendencia hereditaria para formar cicatrices queloides.

## **S**

Seudocrup. Forma particular de laringitis en la infancia, caracterizada por accesos súbitos de sofocación durante la noche, tos ronca, inspiración sibilante y cianosis. Algunas veces aparece como afección independiente y en conexión con el raquitismo.

## **V**

Vacuola. Pequeño espacio en el protoplasma de una célula. Son vesículas que se pueden encontrar distribuidas entre el citoplasma dentro de una membrana puede tener función secretora o de almacenamiento de sustancias y pueden estar repletas de lípidos carbohidratos o proteínas.



## 11. BIBLIOGRAFÍA

**ALFARO**, Rosalinda. Aplicación de Proceso Enfermero Ed. Mosby ed 3ª España 1988 p.p.35-40.

**BRUNNER**, Tratamiento de Enfermería Medico Quirúrgico Ed. Mc Graw Hill Interamericana ed 9ª México 2002 p.p.1016.

**CARIDAD**, Rosario. Pediatría Ed Mc Graw- Hill Interamerina Madrid 1995 p.p.243

Diccionario terminológico de ciencias médicas Ed.Masson ed.13ª España 2002

**ESCOBAR**, Picasso Emilio. Tratado de Pediatría Ed. Manual Moderno Vol. II México 2006 p.p.1499.

**FERNANDEZ**, Carmen. Marco Conceptual: Virginia Henderson Taxonomía Diagnostica: NANDA Ed Masson Salvar España 1993 p.p.19 -33

**HAY**, Jr Grouthuis Ward Levin. Diagnósticos y Tratamientos Pediátricos 9ª Edición Manual Moderno México 2000

**HERNANDEZ**, JM. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método Ed.Mc Graw Hill Interamericana ed 2ª España 2003 p.p.75

**CARPENITO**. Lynda. Planes de cuidados y documentación en enfermería 2ª Ed McGraw–Hill Interamericana ed.2ª España p.p. 109-113

**MARGARET**, C. Slota. Cuidados Intensivos de Enfermería en el niño. Ed Mc Graw Hill Interamericana México, 2000 p.p.462-464

**MARRINER**, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería Ed.Harcourt Brace España 1999. P.P.99-100

**MARTÍNEZ**, Ferro Marcelo. Neonatología Quirúrgica Grupo Guía SA Argentina 2004 p.p.123

**MORAN**, Victoria. Proceso de Enfermería Modelo sobre Interacción terapéutica y uso de los lenguajes Ed.Trillas México 2006 p.p.75

**NANDA**, Diagnóstico Enfermeros Definiciones y Clasificación México 2002 p.p. 101

**WESLEY**, R.L. Teorías y Modelos de Enfermería Ed.Mc Graw Hill Interamericana México 1997 p.p. 24-26

**RODRIGUEZ**, Bertha. Proceso Enfermero Avances Científico Ed.Cuellar ed2a México 2006 P.P.19

**SPEER, Kathleen.** Cuidados de Enfermería en Pediatría Ed. Doyma España 2000 p.p. 225

**TORTORA & GRABOWSKI.** Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Oxford, 9ª .ed México, 2002. 826-828 p.p.

**WONG.** Enfermería Pediátrica Ed. Mosby Doyma España 1995. p.p.164

Paginas WEB Consultadas:

Cuidados Neonatales en Enfermería, 1997. Recuperado 29 - Octubre- 2007 de [http://www. Aibarra.org/Neonatología](http://www.Aibarra.org/Neonatología)

Niño sano, González, 2000. Recuperado 29-Octubre -2007 de <Http://www .nacer sano.org /prematuro>.

Problemas Congénitos. Fernández Valadéz. 2001 Recuperado 30 –Octubre- 2007 de <Http// www.prematuros./gastrosquisis.htm> 30.10.07

## 12. ANEXOS

### ILEOSTOMIA

Una ostomía de eliminación es una derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo por un lugar distinto al natural, cuando por este no es posible.<sup>36</sup>

Es la exteriorización del último tramo del íleon a la piel. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen.

Aunque la técnica quirúrgica está bien establecida, no siempre se dispone de material adecuado para el lactante pequeño y el neonato prematuro o de bajo peso, lo cual requiere una atención de enfermería muy cuidadosa para evitar cualquiera de las múltiples complicaciones que pueden presentar estos niños.

La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica, implica como pieza fundamental a los padres e incluye proporcionarles los conocimientos precisos, adiestrarlos en unas determinadas habilidades y modificar y potenciar actitudes para que se puedan adaptar a la nueva situación. Por todo esto, la enfermera debe prestar una atención física, emocional y de rehabilitación socio-familiar desde que se decide la intervención hasta que se consigue la adaptación a la nueva forma de vida.

Una ostomía de eliminación es una derivación quirúrgica del aparato digestivo o del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo, mientras que una ostomía de alimentación es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal, en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.

Las ostomías digestivas reciben distintos nombres según la porción de intestino abocada:

La realización de una ostomía requiere los cuidados pre y postoperatorios propios del paciente sometido a cirugía mayor, junto con unos específicos relacionados con el estoma.

La ubicación del estoma es muy importante para evitar complicaciones, procurar buena calidad de vida del paciente y minimizar su dependencia en el manejo del estoma. Teóricamente hay que situarlo en una zona plana del abdomen, evitando pliegues cutáneos para facilitar la adaptación de los dispositivos, pero en Pediatría y especialmente en Neonatología disponemos de poca superficie abdominal, ya que el recién nacido puede ser muy pequeño, suele tener aún el cordón umbilical y tiene además la cicatriz de la laparotomía. Otro problema es que habitualmente no se sabe que segmento intestinal habrá que abocar al exterior, por lo cual debemos probar distintos lugares con uno de los

---

<sup>36</sup> CARIDAD, Rosario. Pediatría Ed Mc Graw- Hill Interamericana Madrid 1995 p.p.243

dispositivos que tendrá que llevar, de modo que el cirujano tenga opciones suficientes para elegir y decidir la ubicación definitiva

#### Indicaciones de ostomías

- a) Malformaciones congénitas
  - Espina bifida
  - Ano imperforado
  - Ectopía vesical
  - Atresias anales sin fístula
  - Malformaciones graves del polo caudal (cloaca)
  - Atresia de esófago
  - Atresia duodenal
  - Enfermedad de Hirschsprung neonatal grave
  
- b) Causas infecciosas peritoneales o perforantes
  - Enterocolitis necrotizante
  - Colitis ulcerosa
  - Enfermedad de Crohn
  
- c) Otras causas
  - Fístulas
  - Problemas obstructivos o respiratorias
  - Ingestión de sustancias abrasivas

#### Cuidados del estoma en el postoperatorio inmediato.

Cuando tenemos al niño acomodado en la cuna o en la incubadora procedemos a valorar el aspecto del asa intestinal: color, tamaño y sangrado. Puede estar edematosa por la propia manipulación quirúrgica. A continuación decidimos y colocamos el dispositivo adecuado. El objetivo al poner una bolsa colectora alrededor del estoma es la recogida eficaz del efluente, manteniendo la integridad de la piel periestomal. El dispositivo debe favorecer la visualización del estoma para facilitar la detección y valoración de complicaciones. El neonato y el lactante pequeño se pueden manejar sin bolsa los primeros días o hasta que el estoma sea funcional. La curación, que debe ser frecuente, consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Protegeremos el estoma con vaselina o tul grasoso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas y poniéndole un pañal. Hay que controlar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma.<sup>37</sup>

#### Técnica de colocación y retirada de los sistemas colectores

Colocación. Se realiza siempre de abajo hacia arriba por si emite alguna excreción. Preparamos el material que vamos a necesitar para la higiene de la

---

<sup>37</sup> CARIDAD, Rosario. Op.cit. p.p. 245

zona y el recambio de dispositivo y cuando lo tengamos preparado, retiramos el dispositivo usado.

- Limpiamos el estoma y la piel periestomal con jabón neutro, una esponja suave y agua tibia, con movimientos circulares desde el interior hacia el exterior.
- Antes de aplicar el nuevo dispositivo hay que secar bien la piel haciendo toques con una toalla. Nunca se debe frotar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa.
- Procedemos a medir el diámetro del estoma, utilizando los medidores adecuados, para recortar la placa adhesiva lo más exacto posible. Si el estoma es ovalado o irregular el orificio del disco también lo será, por lo que hay que medir los dos diámetros, el largo y el corto, para poder ajustar bien la placa. Hay que tener en cuenta que el estoma suele reducirse durante los primeros meses, lo que requiere que se mida asiduamente para adecuar el diámetro interno del dispositivo. En los dispositivos de una pieza retiramos el film protector y adherimos el dispositivo alrededor del estoma, alisándolo bien para evitar fugas. En los dispositivos de dos o tres piezas retiramos el film protector y adherimos el disco adhesivo a la piel. Si es necesario aplicamos pasta niveladora alrededor del estoma para sellar el contacto con la piel periestomal y encajamos la bolsa en el círculo de plástico del disco, cerrando el clip de seguridad.

Retirada:

- Jalando con cuidado de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones.
- Para retirar la bolsa de los dispositivos de dos o tres piezas, abrimos el clip de seguridad y tiramos de ella hacia arriba y hacia fuera para separarla del disco, sujetando éste siempre con la otra mano para evitar que se despegue.
- Limpiamos el aro si es necesario antes de aplicar la nueva bolsa. Si hay que cambiar también el disco, procederemos igual que con los dispositivos de una pieza.

Cambio de los dispositivos. Independientemente de que los dispositivos sean de una, de dos o de tres piezas, los cerrados se cambian cuando están a 2/3 de su capacidad y los abiertos se vacían cuando están a 2/3 de su capacidad y se cambia la bolsa cada 24 h. El disco se cambia cada 2-3 días. El dispositivo debe cambiarse SIEMPRE que haya el mínimo signo de filtrado entre el adhesivo y la piel, sobretodo en las ileostomías, ya que el flujo es continuo y muy corrosivo.<sup>38</sup>

Complicaciones.

La construcción de un estoma es un acto quirúrgico que puede considerarse “contranatural” y aunque la técnica quirúrgica de construcción de un estoma es teóricamente simple, está condicionada por distintos factores que pueden provocar complicaciones de aparición inmediata o tardía, las cuales inciden de manera importante en la calidad de vida del paciente.

---

<sup>38</sup> Ibid p.p.346

a) Complicaciones Inmediatas

Necrosis del estoma, infección y separación mucocutánea, hundimiento, edema e infección mucosa.

b) Complicaciones Tardías

Estenosis por queloides, hernia, prolapso, retracción, fístulas, abscesos, granulomas, úlcera, irritación cutánea por dispositivos inadecuadas.<sup>39</sup>

## **GASTROSTOMÍA**

Una ostomía de alimentación es una abertura permanente que comunica el estómago con la pared abdominal en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo.

Una gastrostomía es la comunicación del estómago con la pared abdominal. La gastrostomía percutánea es una técnica que permite la colocación de una sonda directamente en el estómago a través de la pared abdominal. Está indicada cuando se prevé una alimentación enteral artificial a largo plazo. Presenta una serie de ventajas en relación a las sondas nasogástricas: es más cómoda y estética para el paciente, la sonda no se puede colocar en la tráquea por error, el riesgo de regurgitación, de aspiración y de retirada involuntaria de la sonda es menor y el manejo es sencillo.

La técnica más utilizada es la Stamm. Se aborda el abdomen por una incisión mediana supraumbilical y se efectúan dos jaretas concéntricas a nivel de la cara anterior de la unión del antro con el fundus. Se coloca una sonda Pezzer en la luz gástrica y su extremo distal se exterioriza por contraabertura en la región subcostal izquierda. Se fija la pared gástrica anterior al peritoneo parietal y se cierra la incisión mediana<sup>40</sup>

El paciente sometido a la realización de una gastrostomía precisa de unos cuidados pre y post operatorios específicos:

### **Cuidados Preoperatorios.**

Debe estar a dieta absoluta 6 h. antes de la intervención. Le colocaremos una sonda nasogástrica, estableceremos un acceso venoso con una perfusión de mantenimiento y le administraremos la profilaxis antibiótica. Administraremos también la sedación según pauta de anestesia y aplicaremos anestésico tópico en la zona prevista para la punción.

### **Cuidados Postoperatorios.**

Después de la realización de una gastrostomía, el niño debe guardar reposo en la cama durante 12 h. y le controlaremos las constantes vitales cada 4 h. durante las primeras 24 h. Estará a dieta absoluta durante 12 h., pasadas las

---

<sup>39</sup> Ibid p.p.349

<sup>40</sup> **CARIDAD**, Rosario. Op.cit. p.p. 248

cuales se inicia dieta líquida a través de la sonda de gastrostomía. Si en 24 h. no se presenta ninguna complicación, iniciaremos dieta enteral según pauta del gastroenterólogo. Estaremos atentos a la aparición de complicaciones.

## Manejo de la Gastrostomia

### Cuidados del Estoma.

Se realizará curación diaria los primeros 15 días, dos veces por semana a partir de la tercera y con más frecuencia si hay irritación, comprobando diariamente que no haya signos de irritación cutánea, inflamación o secreción gástrica alrededor del estoma. Levantaremos suavemente el soporte externo, con cuidado y sin tirones, para limpiar la zona del estoma con una gasa y agua tibia, con movimientos circulares de dentro hacia afuera. Los primeros días se pinta la zona con un bastoncito de algodón y antiséptico y se coloca una gasa debajo del soporte externo para evitar roces y decúbitos. Posteriormente se puede proteger la piel con crema hidratante o con pasta lassar.<sup>41</sup>

### Cuidados de la Sonda

- Limpieza externa. Mantener la parte externa: conector, sonda y soporte externo limpios con agua tibia y jabón suave. Aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.
- Limpieza interna. Después de cada toma de alimento o medicación se tiene que pasar agua por la sonda, de 10 a 20 ml. según la edad del paciente o cada 4-a 6 h. en caso de nutrición enteral continua. La parte interna del conector se limpia con agua tibia y algodón.
- Comprobación de la posición. Antes de cada toma y cada 4-6 h. hay que comprobar que la sonda no se ha movido, observando la graduación en cm. de la sonda.
- Giro de la sonda y cambio diario del esparadrapo. Hay que girar con suavidad cada día el soporte externo de la sonda o del botón, para evitar que se adhiera a la piel periestomal y para que esta respire.
- Utilizar placas autoadhesivas protectoras de la piel o malla tubular para sujetar la sonda al abdomen. Hay que evitar el esparadrapo pero si no hay otra opción hay que cambiar diariamente el punto de sujeción.
- Mantener el tapón de la sonda cerrado cuando no se utilice para evitar la salida del contenido gástrico.
- Comprobar el volumen de agua del balón cada 2 semanas: aspirar el contenido del balón, comprobar que es el correcto e hincharlo de nuevo.
- Cambiar la sonda cada 6-12 meses.<sup>42</sup>

### Administración de los alimentos.

La técnica de administración de alimentos por la sonda de gastrostomía es la misma que si utilizamos una sonda nasogástrica. Existen tres formas de

---

<sup>41</sup> <http://w.w.w.aibarra.org/Neonatología> 28.10.07

<sup>42</sup> CARIDAD, Rosario. Op.cit. p.p. 250

administrar una alimentación por sonda y según el caso se administrará por gravedad, en bolos con jeringa o con bomba de infusión. Cada sistema cuenta con un material apropiado que es el que debemos utilizar. Al administrar la alimentación debemos tener en cuenta:

- Realizar la comprobación de residuo gástrico solo por indicación médica, no por sistema. Si el volumen aspirado es igual o superior al 30% del alimento administrado, desecharlo y esperar una hora antes de dar una nueva toma.
- Mantener al paciente incorporado 30-45<sup>0</sup> durante la administración y hasta una hora después de acabar.
- En la alimentación por gravedad, mantener la bolsa colgada a 60 cm. por encima de la cabeza.
- Utilizar el material y las líneas de administración adecuadas a cada sistema.
- Al final de la toma, limpiar la sonda con agua para mantener la permeabilidad.
- Utilizaremos entre 5 y 20 ml de agua según la edad.
- Limpiar el sistema de infusión con agua y jabón.
- Cambiar la bolsa y la línea cada 2-3 días.

#### Administración de Medicamentos.

- Los jarabes, ampollas y medicamentos líquidos no efervescentes se utilizan directamente, mientras que los comprimidos hay que triturarlos y diluirlos en una pequeña cantidad de agua.
- Al acabar hay que limpiar la sonda con agua.
- Al administrar medicamentos a través de la sonda, hay que respetar dos aspectos muy importantes:
  - No mezclar la medicación con la alimentación.
  - No mezclar medicación incompatible entre sí.

#### Complicaciones.

Las complicaciones de las sondas de gastrostomía pueden ser mecánicas o gastrointestinales.

Complicaciones mecánicas. Las más frecuentes son:

Obturación de la sonda causada por la presencia de productos secos en el interior de la sonda a causa de una limpieza incorrecta. Se soluciona pasando agua tibia por la sonda. Hay que recordar que debemos limpiar la sonda después de cada administración de alimento o de medicación.

Pérdida de contenido gástrico alrededor del estoma. Puede estar causada por el desplazamiento de la sonda hacia el interior del abdomen o por un ensanchamiento del estoma. En esta situación debemos realizar una pequeña tracción de la sonda para juntar las paredes gástrica y abdominal y reajustar el soporte externo para evitar que se mueva.

Extracción de la sonda. Es la salida accidental o voluntaria de la sonda al exterior. Hay que tener en cuenta el tiempo que hace que la gastrostomía está realizada, puesto que los tractos enterostómicos suelen estar maduros a



las dos semanas de la construcción de la ostomía, lo que nos da un margen de seguridad. Cuando la ostomía es reciente, hay que reponer la sonda lo más pronto posible para evitar el cierre de la ostomía, por lo que se debe acudir al hospital para que el cirujano recolocque la sonda. Si hace más de 15 días que está realizada hay un margen de hasta 5 días para volver a colocar la sonda sin que el estoma se modifique, aunque, obviamente el niño no puede permanecer tanto tiempo sin recibir alimentación y se deberá reintroducir la sonda lo más pronto posible. Esta maniobra la pueden realizar los padres.

Infecciones y dermatitis periestomales. Pueden tener diferentes causas y cada una de ellas requerirá unas Intervenciones de Enfermería diferentes.

Movimiento excesivo de la sonda que provoca un granuloma en la piel periestomal, a veces con sangrado leve. Debemos fijar bien la sonda a la piel y aplicar crema barrera y placas con hidrocoloides.

Reacción a un cuerpo extraño como es la sonda. Protegeremos la piel con crema barrera y una gasa para evitar el contacto.

Higiene incorrecta y/o insuficiente. Tenemos que extremar la higiene diaria y cuidadosa del estoma.

Exceso de presión sobre el estoma. Para evitarlo regularemos la distancia entre el soporte externo y el estoma.

- Complicaciones gastrointestinales. Las más frecuentes son: diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal y estreñimiento, y se manifiestan habitualmente durante la primera semana de la terapia enteral, puesto que es entonces cuando el tracto gastrointestinal debe adaptarse a la fórmula líquida, por lo que es muy importante ser riguroso con las normas de administración.

Náuseas, vómitos, diarrea, distensión y dolor abdominal. Son las más frecuentes y pueden tener muchas causas: posición incorrecta del paciente, posición incorrecta de la sonda, flujo de administración demasiado rápido, retención gástrica del alimento, fórmula inadecuada, hiperosmolar y/o con contaminación bacteriana, efectos secundarios de algún medicamento y la angustia o ansiedad del paciente.

Estreñimiento. Las causas habituales son: un aporte insuficiente de líquidos, una dieta con pocos residuos, efectos secundarios de la medicación, hábitos intestinales inadecuados y la inactividad.

Deshidratación. Hay que tener un cuidado especial con los pacientes que no pueden manifestar la sed. La causa de la deshidratación es una pérdida anormal de líquidos causada por: diarreas y vómitos, fiebre o sudoración excesiva.

Aspiración. Es una complicación de escasa incidencia pero muy grave, ya que puede originar procesos respiratorios importantes que comprometan y amenacen la vida del niño. La incidencia es más alta en pacientes encamados, sedados o con el nivel de conciencia disminuido.<sup>43</sup>

Intervenciones de Enfermería.

Las Intervenciones para prevenir y tratar las complicaciones de las gastrostomías son las adecuadas a la causa que las provoca y, como hemos

---

<sup>43</sup> Ibid p.p.251

visto, pasan por la higiene cuidadosa del estoma y de la sonda, la administración correcta de la alimentación, tanto técnica como cualitativamente y el conocimiento de los indicadores de aparición de estas complicaciones. Una vez más, la educación de los padres adquiere una importancia relevante.

#### Observaciones

- Cuidado de la boca. La higiene bucal debe mantenerse igual que si la alimentación fuera por boca.
- Si los labios se resecan se puede aplicar vaselina o crema de cacao.

El conocimiento de ciertos aspectos del cuidado cotidiano de su hijo facilitará la normalización de la vida familiar al disminuir la angustia de sus miembros ante lo desconocido.

#### Algunos de estos aspectos son:

- Dolor. El estoma no duele porque no tiene terminaciones nerviosas, el color rojizo es debido a la gran vascularización de la mucosa, por lo que se deben evitar los golpes y roces continuos del estoma.
- Medicación. No requiere ningún medicamento especial si no presenta otro problema de salud. Un aspecto a tener en cuenta es que la absorción de los medicamentos puede verse alterada según el nivel de la ostomía, por lo que hay que evitar la automedicación y consultar al pediatra para que ajuste las dosis.
- Baño. Es preferible bañar al niño con el dispositivo y hacer el cambio después del baño. Así evitamos que se ensucie el agua y puede jugar en la bañera. Si lleva un sistema múltiple y no hay que retirar el disco, es mejor una ducha.
- Vestido. Puede utilizar ropa normal que no le apriete sobre el estoma ni lo roce. Las camisetas tipo "body" son las adecuadas para evitar que los niños pequeños tengan acceso fácil a la bolsa. En niños incontinentes se debe proteger el estoma con una gasa y no poner el pañal directamente sobre el estoma.
- Tipo de vida. El niño ostomizado puede realizar todas las actividades propias de su edad y no necesita escolarización especial a causa de la ostomía. No hay que sobreprotegerlo, procurando que la ostomía no tenga consecuencias psicológicas nocivas. Se debe potenciar la confianza y la autonomía del niño para que no dependa en exceso de sus padres.

#### Educación al familiar

Además del cuidado físico del estoma, técnica que pueden aprender con facilidad, el efecto psicológico que el estoma puede crear en los padres es muy importante para que el niño ostomizado esté bien cuidado y acepte, si tiene edad para darse cuenta, su situación. La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica implica fundamentalmente a los padres e incluye darles conocimientos, entrenarles en unas determinadas actividades y modificar y potenciar actitudes que faciliten la adaptación a la nueva situación. Por tanto, es necesario realizar una atención física, emocional y de rehabilitación socio-

familiar desde que se decide la intervención hasta que se consigue la adaptación a la nueva forma de vida.<sup>44</sup>

La comunicación de que hay que practicar una ostomía a su hijo supone un impacto emocional importante en los padres y necesitan un tiempo variable para asumir la situación. Lógicamente pasarán por diversas fases:

- Shock: unos padres nunca están preparados para recibir el diagnóstico de una enfermedad importante en su hijo, que además precisa una ostomía para su tratamiento.
- Angustia y miedo: están frente a unos hechos adversos de los que no conocen el final, tienen que afrontar unos cambios importantes en su vida diaria y creen que no serán capaces.
- Culpabilidad: se sienten responsables de todo lo que le pasa a su hijo.

Lo primero que piensan es que el niño sufrirá física y psicológicamente porque no podrá llevar una vida normal como los otros niños. Llegar a convencerse de que su hijo puede hacer lo mismo que los otros niños es un proceso distinto para cada persona.

Una buena y cuidada información, el razonamiento y la relativización pertinente, el dar importancia a lo que realmente la tiene, que es el hecho que el niño está superando una enfermedad y que la ostomía es la solución a un problema importante de salud para poder crecer y desarrollarse de manera normal, es lo que les llevará a adoptar una actitud positiva para asumir y controlar la situación. Hablar y compartir sus sentimientos con otros padres que han pasado por la misma situación ayuda a que los temores y la incertidumbre se minimicen.

La participación precoz de los padres en el cuidado del niño ostomizado es fundamental para facilitar la aceptación de la situación, es la manera de perder el miedo a la ostomía y comprobar que el niño no sufre tanto como ellos piensan. Por lo tanto, hay que facilitar al máximo la entrada de los padres en la unidad para que adquieran los conocimientos y la técnica necesarios para evitar problemas y aprender como solucionarlos ellos mismos. Debemos estar con ellos cuando hagan las primeras curas y poco a poco dejar que tomen ellos la iniciativa. Es importante que sepan y noten que estamos allí en cualquier momento.

La actitud de los padres es fundamental por la influencia que tiene en el niño y la asunción del estoma por su parte, facilitará el crecimiento y desarrollo normal de su hijo. Deben explicarle lo que le pasa y como debe cuidarse, de manera comprensible y adecuada a su edad.

Si pasado un tiempo prudencial creemos que unos padres no han reaccionado emocionalmente a la situación, debemos plantearles la conveniencia de pedir ayuda a un profesional especializado.

Cuidados de enfermería en el Preoperatorio

Intervenciones preoperatorios:

---

<sup>44</sup> <http://w.w.w.nacer sano.org/prematuro> 29.10.07

En el periodo preoperatorio, pueden ocurrir desestabilizaciones, tanto en la en la oxigenación, como en los electrolitos, el equilibrio ácido-básico, y glicemia. Estos deben ser evaluados y corregidos utilizando intervenciones que tiendan a mantener la estabilidad fisiológica del paciente mientras espera el procedimiento quirúrgico, reduciéndose así posibles complicaciones.

- Verificar que exista la autorización de los padres y **consentimiento informado** previo a la cirugía: Los padres necesitan recibir información acerca de la patología y sus riesgos. Esto ayuda a reducir el stress relacionado con las expectativas ante la intervención. Además el consentimiento tiene fines médico-legales.
- Colocar al paciente en una **cuna radiante** para el traslado a pabellón: Para promover el mantenimiento de la estabilidad térmica.
- **Tener acceso venoso previo**: Para hidratación, reposición de volumen y administración de medicamentos. En este caso es recomendable la instalación de catéter central percutáneo de manera precoz ya que el Recién Nacido requerirá aporte de volumen calórico total vía endovenosa por tiempo prolongado y administración de nutrición parenteral, por lo cual requiere de un catéter central. Debe tener una segunda vía venosa periférica para administración de hemoderivados, si fuese necesario.
- Disponer de **exámenes de laboratorio** como hemograma, electrolitos, parámetros bioquímicas, glicemia y grupo sanguíneo: Con objeto de evaluar balance electrolítico, función renal, anemia y presencia de cuadro infeccioso. Los **gases arteriales** evalúan la ventilación pulmonar y sirven de parámetro comparativo entre los exámenes postoperatorios.
- **Régimen O**: Las vías gastrointestinales deben estar vacías y descomprimidas.
- **Monitorizar signos de infección**, como inestabilidad térmica, irritabilidad y dificultad respiratoria: Se debe informar al cirujano, ya que si existe una infección, la cirugía debe suspenderse para evitar complicaciones mayores.

#### Intervenciones postoperatorias

- **Profilaxis antibiótica.**
- **Revisión del estado de la herida operatoria**: Características del apósito, presencia de hemorragia, evisceración, signos de infección.
- **Régimen O**: Existe íleo paralítico debido a dismorfología intestinal que afecta el plexo mesentérico y la peritonitis química debido a la exposición de los intestinos al Líquido Amniótico.
- **Sedación**: La administración de analgésicos y relajantes musculares optimiza la oxigenación e impide la insuficiencia respiratoria debido al violento ascenso diafragmático. La presencia de dolor disminuye la ventilación pulmonar espontánea, por lo cual se debe control con fármacos.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> CARIDAD, Rosario. Op.cit. p.p. 252

- **Sonda Vesical a permanencia:** La administración de sedoanalgesia puede tener como efecto secundario retención urinaria. Además se debe vigilar diuresis horaria de forma precisa. (debe ser mayor a 1ml/kg./hr.)
- **Ventilación Mecánica:** El soporte ventilatorio, se administra para optimizar la oxigenación y ventilación. El aumento de la Presión Intragástrica puede interferir con la expansión óptima del diafragma y el retorno venoso dificultando la oxigenación. La disfunción pulmonar es una complicación postoperatoria ya que la elevación del diafragma postoperatorio produce una disminución de los volúmenes pulmonares. Además en RN esta bajo efecto anestésico. Se indican **Parámetros ventilatorios mínimos** ya que los pulmones están sanos.
- **FIO2** para saturar > 94%
- **Radiografía tórax, abdomen,** para evaluar condición de los órganos internos y distensión de las asas intestinales.
- Mantener **aspiración continua suave** gástrica con sonda Fr 8-10 para prevenir distensión causada por hipoperistaltismo, o aspirar
- Contenido con jeringa frecuentemente.
- **Medir pérdidas digestivas,** las cuales son biliosas por acumulación de secreciones pancreáticas y biliares en el periodo postoperatorio inmediato.
- **Evaluar signos de dolor y estado de conciencia.** La evolución del dolor y su manejo adecuado colaboran en la estabilidad fisiológica, además de facilitar el proceso de cicatrización
- **Cambiar de posición,** según la tolerancia del paciente. Para promover el bienestar, la disminución del dolor, prevenir úlceras por decúbito y ayudar a la movilización de líquidos intersticiales.

#### Fundamento Científico

- El recién nacido debe permanecer en posición de fowler para facilitar la respiración disminuyendo el ascenso diafragmático.
- Mantención de antibióticoterapia como profilaxis.
- En las Gastrosquisis el éstasis venoso producto del aumento de la presión sobre la vena cava inferior disminuye el retorno venoso central, provocando **edema y cianosis distal** que deben ser evaluados periódicamente.
- **No puncionar extremidades inferiores, no tomar en ellas presión arterial, no conectar saturometría ni poner calcetines.** Las extremidades inferiores están mal perfundidas, éstas deben mantenerse en ligero trendelemburg y debe ser posible su completa visualización.
- Observar signos de alteración a nivel abdominal, tales como **distensión abdominal, circulación colateral** (eritema de la zona circundante a la herida operatoria).
- **Evaluar condiciones del apósito y realizar curación plana** (suero fisiológico, tintura de clorhexidina al 0.5%). Técnica aséptica.
- **Observar y consignar presencia de deposiciones y sus características.**

- Cambiar el circuito para la medición de la presión intragástrica cada 24 horas, fijando el nivel 0 a nivel del abdomen y en posición neutra para la medición. Se debe tener sellado el circuito hasta el momento de la medición, momento en el cual se retira la tapa superior.