



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ENFERMERO

**“ESTUDIO DE CASO A UN LACTANTE
CON AFECCION PRINCIPAL EN LA
NECESIDAD DE ELIMINACION”**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

**ERIKA ARELLANO VILLANUEVA
NUMERO DE CUENTA 405092486**

ASESOR: LEO. ANGELO VERGARA SANCHEZ



MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 la dicha de la vida y con ello salud, fuerza y entendimiento.

A mis padres por la confianza otorgada, el apoyo brindado y el gran esfuerzo que realizaron para el logro de este proyecto.

A ustedes que fueron mi mayor impulso para lograr una carrera profesional.

A mis hermanos que han estado conmigo en todo momento compartiendo momentos de dicha y tristeza, por tener siempre una palabra de aliento y consuelo.

A ustedes amigos que no solo me han fortalecido en el ámbito profesional si no también personal.

A todas las personas que estuvieron, que están y que seguirán conmigo y han contribuido a este logro profesional.

A todos ustedes MUCHAS GRACIAS.

INDICE

| | PAG. |
|---|------|
| 1.-Introducción | |
| 2.-Justificación..... | 2 |
| 3.-Objetivos..... | 3 |
| 4.-Metodología..... | 4 |
| 5.-Marco teórico | |
| 5.1.-Concepto de enfermería..... | 5 |
| 5.2.-Objetivo de enfermería..... | 5 |
| 5.3.-Cuidado..... | 5 |
| 5.4.-Cuidados de enfermería..... | 6 |
| 5.5.-Modelo conceptual de Virginia Henderson..... | 8 |
| 5.5.1.-Principales conceptos de Virginia Henderson..... | 10 |
| 5.5.2.-Necesidades básicas..... | 10 |
| 5.6.-Proceso de enfermería..... | 11 |
| 5.6.1.-Antecedentes históricos..... | 12 |
| 5.6.2.-Etapas del proceso de enfermería..... | 13 |
| 6.-Desarrollo | |
| 6.1.-Ficha de identificación..... | 19 |
| 6.2.-Descripción del caso clínico..... | 20 |
| 6.3.-Valoración de enfermería..... | 20 |
| 6.4.-Valoración focalizada..... | 24 |
| 6.5.-Diagnosticos de enfermería | |
| 6.5.1.-Alimentación e hidratación..... | 25 |
| 6.5.2.-Eliminación..... | 27 |
| 6.5.3.-Higiene y protección de la piel..... | 28 |
| 6.5.4.-Evitar peligros..... | 30 |
| 6.5.5.-Alimentación e hidratación..... | 32 |
| 6.5.6.-Alimentación e hidratación..... | 34 |
| 7.-Plan de alta | 36 |
| 8.-Conclusiones..... | 38 |
| 9.-Bibliografía..... | 39 |
| 10.-Anexos | |
| 10.1.-Instrumento de valoración..... | 40 |
| 10.2.-Fistula enterocutanea..... | 44 |
| 10.3.-Fisiopatología..... | 46 |
| 10.4.-Diagnostico y tratamiento..... | 47 |

1.- INTRODUCCION

El proceso de enfermería es una herramienta metodológica para la prestación de cuidados centrada a cada individuo que asegure sistematización, continuidad, así como individualización de los cuidados.

En el presente trabajo se hace una revisión bibliográfica de un caso clínico de un lactante, acerca de la enfermedad por la que está cursando; esto permite tener los elementos necesarios para aplicar el proceso de atención de enfermería con la finalidad de identificar los diagnósticos reales y potenciales, así como las intervenciones de enfermería específicas en el individuo que son necesarias para contribuir a la mejora del paciente.

En el primer apartado se abarca el por qué de la realización del trabajo, los objetivos que se desearon alcanzar a su realización y se explica el seguimiento del trabajo.

El segundo apartado abarca conceptos teóricos sobre el proceso enfermero, su desarrollo e importancia y la labor de enfermería.

El tercer apartado abarca el desarrollo del trabajo teniendo en cuenta los pasos que se deben de seguir en la realización del proceso enfermero, desarrollando en este los planes de cuidados que se implementaron en el lactante.

El cuarto apartado abarca el plan de alta y conclusiones a las que llegue al termino de la realización de proceso enfermero.

El quinto apartado abarca documentos e información que fue útil para la realización de dicho trabajo.

2.- JUSTIFICACION

Al termino de la carrera profesional, se debe de contar con los elementos teóricos prácticos para poder ofrecer un cuidado profesional, y así contar con las habilidades y destrezas que permitan la toma de decisiones mediante las cuales se puede ejercer con base a conocimientos científicos y humanísticos el cuidado enfermero.

La elaboración del proceso enfermero se realizo por que era necesario diseñar intervenciones de enfermería para la satisfacción de las necesidades básicas del lactante Jose Julian A. C; el cual fue valorado de una forma holística basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson y conforme a la cual se encontraron afectadas algunas de ellas.

3.- OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar los conocimientos teóricos del proceso de atención enfermero, para poder valorar las 14 necesidades básicas del S. Humano, y con esto valorar el estado – salud enfermedad del lactante J.J.A.C para brindar los cuidados de enfermería adecuados a su enfermedad, de una forma racional, lógica y sistemática para la satisfacción de sus necesidades afectadas, teniendo como eje el modelo de Virginia Henderson.

Objetivos Específicos

- *Conocer e implementar el manejo adecuado que requiere un lactante pos operado de cierre de ileostomía y fistula entero cutánea.
- *Ayudar a la mejora de la salud del lactante.
- *Poder evitar posibles complicaciones de acuerdo a su enfermedad.
- *Desarrollar el cuidado de enfermería mediante la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería desde la perspectiva del modelo Virginia Henderson.

4. METODOLOGIA

Para la realización del presente trabajo, se utilizo la metodología del Proceso Enfermero, basándonos en el modelo de Virginia Henderson.

- ✓ Se realizo la identificación del caso dentro del Instituto Nacional de Pediatría (INP).
- ✓ Se valoro al paciente para conformar una base de datos que nos permitiera identificar las necesidades afectadas, siendo nuestras fuentes de información fuentes indirectas e indirectas tales como:
 - Fuentes indirectas: Expediente clínico y otros profesionales que cuidan al paciente.
 - Fuentes directas: Padres del paciente, el paciente, a través de datos objetivos (toma de signos vitales, exploración física) y datos subjetivos (a través de nuestra observación y manifestaciones del paciente).
- ✓ Aplicación del instrumento de valoración con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ✓ Se utilizo el interrogatorio como fuente directa a los padres para la obtención de la información con el objetivo de recopilar datos de manera verbal y se le pidió autorización para la realización del estudio de caso.
- ✓ Realización de examen físico para obtener mayor información en relación con el estado del paciente.
- ✓ Elaboración de diagnósticos de enfermería en base a la etiqueta de la NANDA.
- ✓ Planeación de intervenciones de enfermería priorizando las necesidades alteradas.
- ✓ Ejecución y evaluación del plan de intervenciones, logrando así alcanzar los objetivos trazados.

5. MARCO TEORICO

5.1 ENFERMERIA

Concepto

Asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud, a la recuperación de la misma o a una muerte pacífica; y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. (García, 2004: pag.12)

5.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA

En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, más sí, a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno.

5.3 CUIDADO

Cuidar es, ante todo un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y que permita que ésta se continúe y se reproduzca. (Colliere,1993:)

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere de ayuda para asumir sus necesidades vitales:

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y el ejercicio profesional, todo esto ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias.

5.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a un autoconocimiento y responsabilidad, y se sustentan en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas. (Rosales,2004: pág. 9)

Desde el punto de vista disciplina, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Para Leininger los cuidados profesionales de enfermería son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de la vida y de la muerte. Cuando Leininger se refiere al cuidado profesional enfermero está hablando de un cuidado profesional con una finalidad que lo diferencia del resto de los cuidados profesionales: mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas. (Medina,1998: pág.41)

Los tipos de cuidados para la salud o enfermedad se clasifican según:

*Tipo de atención en dependiente y de enfermería

- El cuidado dependiente se refiere al proporcionado en forma continuada y regulada a niños o personas con incapacidad.
- Cuidados de enfermería, son los proporcionados por personal especializado en enfermería al individuo- parte integrante de una familia y una comunidad-, con conocimientos y habilidades para mantener la vida y la salud para prevenir enfermedades, rehabilitar condiciones físicas, psicológicas y sociales y para recuperar la salud.

*Relación con el proceso salud- enfermedad en integral y progresivo

Generalmente estos conceptos se utilizan como sinónimos, pero:

- Cuidado integral se refiere a la coordinación de los esfuerzos e intereses del equipo interdisciplinario de salud para que con las acciones correspondientes a su formación académica, se logre la satisfacción y el equilibrio de sus necesidades (biológicas, psicológicas y sociales) y control del padecimiento.
- Cuidado progresivo es la atención basada en la aplicación de medidas preventivas, según el grado de salud-enfermedad en que se encuentre el individuo.

Desde el punto de vista de grados de salud y enfermedad, y con fines didácticos, la atención progresiva se divide en cinco niveles:

- Auto atención o aplicación de actividades que el individuo, previa educación para la salud, puede realizar por sí solo para la satisfacción de sus necesidades, ya sea en estado de salud o de enfermedad.
- Atención domiciliaria mediante intervenciones específicas que el personal de enfermería proporciona al usuario y a familiares en su hogar de control de su estado o enfermedad, convalecencia, cronicidad o rehabilitación.
- Atención a corto y largo plazo o serie de actividades que el personal de enfermería, familiares o el paciente mismo realiza durante la convalecencia o cronicidad para satisfacer sus necesidades básicas o para participar en la aplicación de ciertas medidas terapéuticas.
- Atención inmediata o conjunto de actividades de enfermería que se brindan al paciente hospitalizado que no requiere vigilancia estrecha.
- Atención intensiva a través de intervenciones especializadas de enfermería al individuo en estado crítico.

Los objetos de estudio y de servicio de la enfermería son el hombre, la vida y la salud humana, razón para cual debe discernir sobre los modelos de enfermería existentes y basados en alguno de los modelos que contemplan el comportamiento humano para guiar la aplicación de cuidados con un enfoque holístico, es decir, contemplar a cada ser humano como único, con una perspectiva global que tiene aspectos físicos, psicológicos, todos significativos; analizar el proceso salud-enfermedad inmerso alrededor de su entorno; y proporcionar cuidados desde el punto de vista de la :

Multidimensionalidad:

1. Dimensiones físicas: componentes biológicos con mayor incidencia en la conducta.
2. Dimensión psicológica: emociones, funciones intelectuales, espiritualidad.
3. Dimensión social: interdependencia y socialización.

El cuidado integral del individuo basado en el modelo holístico requiere:

- Entender a la persona desde una perspectiva global, es decir biológica, psicológica y social.
- Centrar los cuidados en forma individualizada y por tareas o funciones, a través de la comunicación, formación y experiencia profesional.

Los profesionales de enfermería deben de mantener un sistema que asegure la satisfacción de los requerimientos personales para la regulación del funcionamiento y desarrollo; que proteja la capacidad de acciones y en vías de desarrollo y regule las capacidades de la persona para cuidar de si mismo o de las personas que dependen de ellos, es decir generar situaciones de ayuda previo establecimiento de objetivos específicos basados en demandas, limitaciones, actitudes y conocimientos.

Asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyen a la conservación de su salud, a la recuperación de la misma o a una muerte pacífica; y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.

La labor de enfermería está orientada no solo a la labor del individuo enfermo, que requiere una intervención concreta para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de la salud, sino, también hacia el individuo sano, en el área de la promoción a la salud.

Se basa en una perspectiva holística, biopsicosocial, que se centre en las respuestas humanas a los procesos mórbidos y de salud.

1. LABOR DE ENFERMERIA

La labor de enfermería comprende tres niveles:

- 1) Nivel primario: encaminado al mantenimiento y promoción de la salud, así como la prevención de enfermedades. Este nivel implica una actividad de enfermería asistencial y pedagógica, se centra en la concienciación acerca de la importancia de la salud y la responsabilidad individual, familiar o comunitaria para mantenerla, así como la oportuna información sobre los eventuales peligros que pueden amenazar la salud y los medios que pueden emplearse para conservar un estado óptimo de bienestar físico, psicológico y social.
- 2) Nivel secundario: corresponde a las intervenciones asistenciales o curativas que tratan los problemas de salud ya establecidos o potenciales y prevenir su eventual agravamiento, mediante la elaboración de un plan de actuaciones destinado a evitar o reducir el riesgo de posibles complicaciones.
- 3) Nivel terciario: dirigido a la rehabilitación y correspondiente a las intervenciones de enfermería, orientadas al apoyo del paciente en su adaptación a determinadas dificultades ocasionadas por un problema de salud y la superación de los efectos de eventuales secuelas. El objetivo de este nivel consiste en la consecución de un grado de satisfacción óptimo de las necesidades personales básicas a pesar de las limitaciones temporales o permanentes impuestas por el estado de salud.

5.5 MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON

Antecedentes históricos

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanas originaria de Kansas City, Missouri, paso 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 ingreso a la escuela de enfermería del ejercito en Washington D.C. En 1921 se graduó y acepto su 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 Teacher Collage de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S.IM.A. en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester N.Y. regresó al Teacher Collage en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y practicas clínicas hasta 1948.

Henderson vivio una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.

Sus conclusiones y su influencia en esta profesión la han hecho merecedora de más de 9 títulos doctorales honoríficos. En la convención de 1988 de la American Nurses Association, recibió una mención de honor por sus contribuciones a la investigación, la formación y la profesionalidad en enfermería a lo largo de toda su vida.

Henderson publico por primera vez su definición de enfermería en la revista de 1955 de The Principles and practice of Nursing.

Existieron 3 factores decisivos que la llevaron a compilar su propia definición de enfermería: La necesidad de aclarar la función de las enfermeras, su punto de vista modificado por las opiniones de otros miembros del grupo y finalmente la función de la enfermera y no mostrar completa satisfacción con la definición que adopto al respecto la American Nurses Association en 1955.

Describió su interpretación de la enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Se dio a conocer en nuestra patria por los años 60, al revisar el libro de Bertha Harper, que se publico en español con el nombre de "Tratado de enfermería teórico y práctico" que sirvió de libro de texto o consulta en muchas escuelas de enfermería.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la practica, educación e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo.

5.6 PRINCIPALES CONCEPTOS

Persona: El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y su familia conforman una unidad.

Salud: Estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por lo tanto, es un estado de dependencia motivada por la insatisfacción inadecuada de las necesidades.

“ Es la calidad de la salud mas que la vida en sí misma, ese margen de vigor físico y mental, lo que le permite a una persona trabajar con máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida”.

Fuerza: La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física, sino también de fuerza moral, para tomar desiciones y comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

Voluntad: La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente está relacionada con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

Conocimiento: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener en cuanto se presente la enfermedad para evitar su desarrollo, en general en lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Entorno: El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede intervenir en tal capacidad, por lo tanto las enfermeras debes proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos.

5.7 NECESIDADES BASICAS SEGÚN EL MODELO DE VALORACION DE VIRGINIA HENDERSON

- I. Oxigenación
- II. Nutrición e hidratación
- III. Eliminación
- IV. Termorregulación
- V. Descanso y sueño
- VI. Evitar peligros
- VII. Higiene y protección de la piel
- VIII. Moverse y mantener una buena postura
- IX. Usar prendas de vestir adecuadas

- X. Comunicación
- XI. Aprendizaje
- XII. Participar en actividades recreativas
- XIII. Vivir según creencias y valores
- XIV. Trabajar y realizarse

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, q implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir q el estudio por separado de cada uno de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del proceso de atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, apartar de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por Henderson de independencia y dependencia.

5.8 PROCESO DE ENFERMERIA

Concepto

Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales. (Garcia,2004:pág.21)

Objetivo

Identificar el estado de salud de un paciente y de los problemas reales o potenciales. Establece planes destinados a cubrir necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades.

5.8.1 Antecedentes Históricos

Para cumplir sus cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones, desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades dentro de un ámbito de responsabilidades.

Por el año de 1973 se introdujo en la enseñanza de las materias de enfermería, el proceso de atención de enfermería,(PAE), por que se le consideraba un buen instrumento para dar un cuidado individual al paciente.

Se comparaba el proceso de enfermería, con el proceso de Resolución de problemas y el Método Científico; sosteniendo que el Proceso de resolución de problemas es lo mismo que el método científico simplificado, y el proceso de enfermería, es el proceso de resolución de problemas, con los mismos pasos, pero dando a los problemas, el nombre de necesidades.

Actualmente estos conceptos se siguen manejando en enfermería y son la base para impulsar la profesionalización de la misma.

Características del proceso de atención de enfermería

- Es un **método** porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que le permite organizar su trabajo y solucionar sus problemas relacionados con la salud del paciente; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
- Es **sistemático**, por estar conformado por cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- Es **humanista** por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado), que es más la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
- Es **intencionado**, porque se centra en el logro objetivo, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo: al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), en el desempeño del paciente y su propia enfermera.
- Es **dinámico**, por estar sometido a distintos 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 interacción humano-humano con el paciente para acortar y lograr objetivos comunes.

5.8.2 Etapas del proceso enfermero

Valoración

El primer paso de la aplicación del Proceso de Enfermería es la valoración o recolección de información. Comprende las condiciones fisiológicas, psicológicas, sociológicas y culturales del individuo. Inicialmente, el centro de atención lo constituye la observación cuidadosa y la documentación y registro preciso de las alteraciones de la salud en razón de las cuales el individuo busca atención.

Hay dos tipos de valoración:

- Inicial o primaria: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta. Nos permite recoger los datos generales. Facilita la ejecución de las intervenciones.
- General o focalizada: se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Recoge datos a medida que se producen los cambios. Constituye a realizar revisiones y actualizaciones.

Fases de valoración:

1. Obtención o recolección de datos:

Es la recopilación de forma sistemática y continua de toda información disponible que se obtiene del paciente.

Las fuentes de obtención de datos son las siguientes:

Paciente y su familia: dependiendo de quién aporta el dato, puede ser:

- Subjetivo (síntomas o datos recubiertos): son los transmitidos por el paciente y solo pueden describir (dolor, ansiedad).
- Objetivos (signos o datos manifestados): son los datos que se observan realizada por la persona que recoge los datos (eritema, vesículas).

Método de recogida de datos:

Observación: es un método sistemático de recogida de datos que consisten en el uso de los sentidos, con el fin de obtener información, sobre el paciente, familia y su entorno.

Entrevista: es la recogida de información a través de una conversación planificada y con unos objetivos determinados. Obtenemos datos subjetivos.

Exploración física: es un examen exhaustivo y sistemático se centra en:

- Definir aun más la respuesta del paciente ante la enfermedad
- Obtener datos para establecer comparaciones
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos de la entrevista.

Técnicas de exploración:

- 1) Inspección: es la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales. Debe hacerse en forma sistemática y activa para no dejar nada sin inspeccionar.
- 2) Palpación es la utilización del tacto para determinar las características de las estructuras del organismo, que permite evaluar: tamaño, forma textura, temperatura, humedad, vibración, distensión, pulsos, sensibilidad, dolor y movilidad.
- 3) Percusión: obtiene el resultado al golpear una superficie corporal con los dedos para producir un sonido. Esta técnica permite determinar el tamaño y forma de los órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes y nos indica si un órgano o tejido se encuentra lleno de líquido, aire, etc.
- 4) Auscultación: consiste en escuchar ruido producido por los órganos del cuerpo. Puede hacerse de forma directa (oído), o bien indirecta (estetoscopio)

2. Vigilar los datos

Asegura la valoración, se logra validar:

- Confirmar por medio de un resumen de datos subjetivos
- Comparar los datos con distintas fuentes
- Anotar cualquier corrección
- Determinaciones antropométricas

3. Organizar datos

Agrupar o recoger datos comunes o relacionados (racimos):

Utilizar un método sistemático de Historia de Enfermería con diferentes marcos que guían la recogida de datos y su clasificación. En su defecto hacemos un proceso de “barrido”.

Diagnostico

Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. En esta los profesionales utilizan habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración e identifica los aspectos positivos y los problemas del paciente.

En 1990, la NANDA, define el diagnostico de enfermería como un juicio sobre las respuestas del individuo, una familia, una comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que es responsable el personal de enfermería. (kozier,2005:pág.287)

Tipos de diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos de enfermería se dividen en: reales, de riesgo, (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar, posibles y de síndrome.

- a) Real: presenta un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias. Tiene tres componentes: etiqueta diagnostica, definición, etiología y características definitorias.

También puede realizarse con el formato PES:

Problema (P) + Etiología (E) + Signos/síntomas (S).

- b) De riesgo: es un juicio clínico que el individuo, familia o comunidad son más vulnerables, desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Va precedido por el término “riesgo de”. Consta de dos componentes, etiqueta diagnostica y su definición (+) etiología.
- c) De bienestar: describe las respuestas humanas de bienestar donde un individuo, una familia, una comunidad que tiene una disposición para mejorar. Deben estar presente los dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y un estado o función actual eficaz.
- d) Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para que se necesiten los datos adicionales. La enfermera debe confirmar u excluir dichos datos.
- e) De síndrome: es un diagnostico que se asocia a un grupo de otros diagnósticos.

Componentes de un diagnostico de enfermería de la NANDA.

Se conforma de tres componentes: 1) el problema y su definición, 2) la etiología, 3) las características definitorias.

Etiqueta diagnostica (problema y su definición), describe el problema de salud o respuesta del paciente ante la alteración de salud.

La finalidad de la etiqueta es de guiar la elaboración de los objetivos y de la respuesta esperada. Cada etiqueta diagnostica es aprobada por la NANDA, se asocia a una definición que aclara su significado.

Etiología (factores relacionados o factores de riesgo): el componente etiológico de un diagnostico de enfermería, identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento de enfermería necesario y permite individualizar el cuidado del paciente.

Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de la etiqueta diagnostica específica. Para los diagnósticos reales, las características definitorias son signos y síntomas; mientras que para los de riesgo no hay signos subjetivos.

Etapas del diagnostico enfermero

- Análisis de los datos: sirve para identificar los indicios significativos de los datos del paciente hasta generar una hipótesis.
- Identificación de los problemas de salud, riesgos y factores favorables: después de analizar los datos, el paciente y el profesional de enfermería puede identificar en colaboración, los factores favorables y los riesgos del usuario, es fundamental para la toma de decisiones.
- Formulación de los diagnósticos: se redacta el enunciado diagnostico de acuerdo al problema que altera el estado de salud del paciente

Recaltar que es peyorativo el realizar diagnósticos de enfermería lo más exactos conforme a las necesidades afectadas.

Planeación

Es la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en el que conlleva a la toma de decisiones y resolución de problemas.

El problema final de la fase de planeación es el plan de cuidados. Esto inicia con el primer contacto con el paciente y su valoración inicial, avanzada o cambia de acuerdo al estado de salud actual y terminando cuando el paciente se da de alta. En esta etapa también se planificarán las intervenciones para su hogar.

Etapas de la planeación

- Determinación de prioridades: establece cual diagnostico requiere atención por prioridad de la necesidad afectada. Para el establecimiento de

prioridades, los profesionales utilizan una jerarquía de necesidades de Maslow, por ejemplo las necesidades fisiológicas, tales como el oxígeno, comida y el agua que son básicos para la vida y reciben mayor prioridad de cualquier otra necesidad.

- Planteamiento de los objetivos: sirve para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones.
- Objetivos de enfermería: dirigen las actuaciones de enfermería, en busca de encontrar los puntos fuertes de los pacientes, para potencializar los nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- La integración de un objetivo de enfermería es: sujeto + verbo + condiciones (como, cuando, donde y que), criterio de rendimiento esperado (exactitud, tiempo).

Se deben en:

- Corto plazo: son los resultados que se pueden lograr de forma rápida.
- Mediano plazo: recoger el logro del paciente y motivación continúa de forma intermedia.
- Largo plazo: el tiempo de espera es más largo y por lo tanto su independencia en meses o años.
- Sección de intervención y actividades de enfermería: es cuando las intervenciones específicas de enfermería eliminan o disminuyen la etiología. De aquí podemos desglosar tres tipos de intervenciones de enfermería:
 - Independiente: depende de sus conocimientos y habilidades.
 - Dependientes: por un método sistematizado (supervisión médica)
 - Interdependientes: es la colaboración del equipo de salud
- Documentación del plan de cuidados de enfermería: es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería.

Ejecución:

Es la cuarta fase del Proceso de Atención de Enfermería, es cuando se prestan realmente los cuidados. Las intervenciones comprenden cuidados directos prestados por la enfermera, en apoyo al paciente para sus propios cuidados, la instrucción del paciente y su familia y su monitoreo del paciente.

Puntos de las actividades de enfermería

- Nueva valoración del paciente: revalorar a la persona porque su estado pudo haber cambiado.
- Determinar la necesidad de ayuda del profesional de enfermería por falta de conocimientos y habilidades.
- Ejecución de las intervenciones de enfermería se basan en el conocimiento científico, especificado para cada paciente.
- Supervisión de los cuidados delegados: si se han delegado ciertos cuidados a otros miembros del equipo de salud, el profesional de enfermería debe asegurarse que hayan cumplido las actividades.
- Registro de las intervenciones de enfermería: son el registro de los cuidados enfermeros y la respuesta del paciente.

Evaluación

Es la última fase del Proceso de Enfermería, se ve si los objetivos formulados fueron alcanzados. Sirve como un indicador del progreso del paciente hacia la obtención de las metas formuladas.

El proceso de evaluación consta de cinco partes:

- Obtención de datos: se obtiene los datos utilizando como guía unos resultados esperados, precisos, medibles y enunciados con claridad.
- Comparación de los datos con resultados: ver si se ha eliminado o reducido un diagnóstico.
- Relación de las actividades de enfermería y los resultados: sirve para determinar las actividades de enfermería guardan relación con el resultado o si hubo algún factor externo que influyera en el resultado en forma total. Parcial o nula.
- Conclusiones sobre el estado del problema: es hacer un juicio sobre los objetivos para determinar si el plan de cuidados ha sido eficaz en resolver.
- Continuación, modificación y suspensión del plan de cuidados: tras extraer la conclusión sobre el estado del paciente, la enfermera modifica el plan de cuidados según sea necesario. (Potter,2002,pág1118)

DESARROLLO

6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: José Julián A. C.

Fecha de nacimiento: 16-MAYO-07

Edad: 1 año 9/12

Sexo: Masculino

Datos Históricos.

Abuelo Paterno Y Materno Fumadores Activos.

Antecedentes Perinatales: Madre de 22 años de edad G:2 P:2 A:0 q cursa con Infección de Vías Urinarias a los 7 meses así como amenaza de aborto a los 3 meses y de parto pre termino a las 33 SDG, no amerito hospitalización, tomo acido fólico, hierro y no toxoide tetánico, curso con hipertensión en el último mes tratada en la clínica 32 del IMSS.

Antecedentes Personales: Producto de 38SDG q nace por parto eutócico por inicio de trabajo de parto.

Datos Actuales.

Servicio: Cx Gneral.

Dx Medico de Base- MALFORMACION ANORRECTAL.

Dx. Actual. -P.O cierre de Ileostomia + Fistula Enterocutanea

6.2 DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Se trata del lactante José Julián A.C, de 1 año 9 meses de edad que ingresa al Instituto Nacional de Pediatría en diciembre del 2008, con diagnóstico médico de base de malformación ano rectal con anorecoplastia previa, requiriendo ingreso al servicio de cirugía general, para cierre de ileostomía; se inicia preparación con irrigaciones así como cobertura antibiótica, se realiza cierre de ileostomía, manteniéndose en ayuno y con nutrición parenteral total, posteriormente inicia con picos febriles e inicia alfare por falta de vía para nutrición parenteral total, tolerando parcialmente por lo cual inician soluciones calculadas, posteriormente se reporta menor ingesta por lo cual se mantiene con soluciones calculadas, se coloca catéter en yugular derecha con infusión de nutrición parenteral total, manteniéndose los picos febriles de hasta 38.8°C con uresis presente sin evacuaciones con abdomen blando y depresible con materia fecal en herida quirúrgica, requiriendo estudio en donde se diagnostica fistula enterocutanea.

6.3 VALORACION DE ENFERMERIA

Paciente masculino de 1 año 9/12, activo y reactivo a estímulos, a la exploración física se muestra tranquilo y cooperador al manejo.

NECESIDAD DE RESPIRACION: Lactante con una adecuada coloración de tegumentos con nariz central integra y permeable, cuello cilíndrico sin anormalidades palpables, sin restricción en la movilidad y adecuados pulsos venosos, precordio normodinámico, ruidos cardiacos de adecuada intensidad, tonalidad y ritmicidad con una frecuencia cardiaca de 110 lat.x'. tórax simétrico con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, con una frecuencia respiratoria 30 respiraciones x' y llenado capilar de 2 segundos; y campos pulmonares con murmullo vesicular bilateral.

NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACION: Lactante con un peso de 6.340 kg y una talla de 68 cm el cual presenta una desnutrición crónica agudizada con depleción de las reservas corporales ya que por su edad y estatura su peso es muy bajo(peso ideal 10.500 kg); a la exploración física se

observa cabeza simétrica con un tamaño adecuado en proporción al cuerpo con escaso cabello de color castaño claro con apariencia opaca y quebradiza, cara con simetría, ojos simétricos y pupilas isocóricas, M.O hidratadas, cavidad oral con encías de color rosado, piezas dentales en adecuado estado con buena mecánica de masticación; abdomen blando y depresible con peristalsis presente, se observa fistula enterocutánea en flanco derecho, por lo cual se mantiene en ayuno con nutrición parenteral total con 27 ml x hr y con aporte energético con soluciones calculadas y con una glicemia capilar de 101mg/dl.

NECESIDAD DE ELIMINACION: Lactante que por el diagnostico medico de base el ano no presenta el adecuado diámetro para defecar por lo cual se formo una fistula enterocutanea por la cual drena contenido intestinal con un gasto aproximado de 200ml c/24hr de color amarillo y de consistencia liquida; presenta micciones espontaneas de color ámbar y olor característico con una densidad urinaria de 1.015 y un PH de 7.

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN: Lactante con una adecuada alineación simétrica y proporcional de los segmentos corporales, con adecuados reflejos con respuesta a estímulos dolorosos, con un adecuado tono muscular y con disminución de la fuerza en extremidades, principalmente en las pélvica, por lo cual no puede levantarse por sí mismo ni soportar su peso.

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO: Lactante que durante su estancia hospitalaria duerme aproximadamente 8hr. por la noche y se le observa tomar siestas de una 1hr. por la mañana y la por la tarde; teniendo como habito dormir cubriéndose la cara con una cobija ya que sin esta no puede dormir mostrándose irritable.

NECESIDAD DE VESTIRSE: El lactante es dependiente del personal de

cada tercer día o antes si lo amerita, ya q los padres proporcionan dichas prendas teniendo en cuenta la opinión del niño ya que a él le incomoda la bata proporcionada por el hospital.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN: El lactante en el momento de la valoración se mantiene con una temperatura corporal de 37°C y refieren sus padres que procuran protegerlo de cambios de temperatura, en el hospital el cuarto en el que se encuentra el lactante se mantiene siempre con una temperatura adecuada, refiriendo personal de enfermería que cuando se baja la temperatura cuentan con suficientes cobijas para protegerlos.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL: La higiene está a cargo del personal de enfermería y de los padres ya que se le proporciona baño en tina al lactante diario, al igual colutorios.

A la exploración física se observa piel con una adecuada hidratación con presencia de hematomas en miembros superiores e inferiores debido a las constantes venopunciones y toma de muestras realizadas por personal médico, al igual que cicatrices en abdomen por realización de cirugías previas y ausencia de cicatriz umbilical por un mal proceso de cicatrización de estas, se percibe alrededor de la fistula enterocutanea un ligero eritema.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS: Lactante que cuenta con un esquema de vacunación completo, que durante su estancia hospitalaria se le realizan constantes procedimientos clínico terapéuticos (venopunciones, accesos vasculares, ministración de medicamentos, dilataciones anales, cirugías), y se encuentra en cuna y se mantiene con infusión de NPT, además de trayecto de cavidad gástrica hacia el exterior.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN: El lactante se muestra renuente a pronunciar palabras dentro del hospital y manifiesta sus necesidades a través de señas y

balbuceos; sin embargo refieren sus padres q anteriormente en casa pronunciaba palabras adecuadas a su edad.

NECESIDAD DE CREENCIAS Y VALORES: El lactante proviene de familia católica ya que los padres refieren permanecer a esta religión y haber bautizado al niño dentro de esta; se observa en la cabecera de la cuna imágenes religiosas con el fin de de proteger al lactante refieren los padres.

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACION: De acuerdo a información proporcionada por los padres el niño se siente amado por ellos y por su familia, ya q muestra alegría y emoción al ser premiado por realizar alguna acción que se le indique o haberse portado bien.

NECESIDAD DE RECREACION: El lactante juega con diversos juguetes apropiados para su edad proporcionados por sus padres, siendo la pelota la de mayor agrado; sin embargo solo juega en su cuna ya que se muestra renuente a la convivencia con los demás niños por lo cual no es llevado a las aéreas recreativas del hospital; refieren los padres q solo lo pasean por los pasillos del servicio con una cunita de traslado siendo esta de su agrado.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE: Los padres del lactante se interesan por enseñarle cosas nuevas al niño durante su estancia hospitalaria utilizando materiales como memoramas con figuras de animales y juegos con figuras geométricas y con colores para su aprendizaje.

FECHA: 14 -01-09

6.4 VALORACIÓN FOCALIZADA

Necesidad de Eliminación: En esta segunda valoración el lactante no reporta gasto en la fistula enterocutanea, teniendo evacuaciones vía anal en 5 ocasiones aprox. en 24/hr de consistencia semilíquidas. A la exploración física se observa diámetro anal estrecho por lo cual se continúan con las dilataciones con dilatadores de hegar .

Necesidad de Alimentación e Hidratación: Lactante que en este momento se mantiene con un peso de 6.400kg.; a la exploración física se palpa abdomen blando y depresible con peristalsis presente, con nutrición parenteral total ciclada e iniciando líquidos claros aceptando en un 50%, y posteriormente purés y picados.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: Se observa en el lactante fistula enterocutanea en proceso de cicatrización sin gasto fecal y resequedad en la periferia de esta.

FECHA: 23-01-09

VALORACION FOCALIZADA

Necesidad de Eliminación: Lactante que reinicia con gasto fecal por fistula enterocutanea aprox. con 250ml c/24 hr de color amarillo y consistencia liquida, sin evacuaciones vía anal, presentando micciones espontaneas con densidad urinaria de 1005 y PH de 6, a la exploración física se palpa una membrana anal q obstruye el paso de dilatadores.

Necesidad de Alimentación e hidratación: Lactante con una ligera palidez de tegumentos con M.O semihidratadas con depleción muscular, que se mantiene en A.H.N.O por presentar gasto en fistula enterocutanea por lo cual se mantiene con NPT y aporte energético con soluciones calculadas.

Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: Se observa en el lactante fistula enterocutanea de mayor diámetro con mayor gasto fecal por lo cual la piel a la periferia se observa con eritema y resequedad.

6.5 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

6.5.1 Necesidad Afectada: Alimentación e Hidratación.

Diagnóstico de enfermería: Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales r/c periodos prolongados de ayuno y limitaciones en la ingesta de alimentos m/p un peso corporal del 20% menor a lo ideal para su edad

OBJETIVO: Restablecer el estado nutricional y mantener el peso actual, mediante intervenciones que permitan un adecuado aporte de requerimientos de acuerdo a su edad y peso.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Administración de NPT. ❖ Llevar un control estricto del flujo por hora. ❖ Utilizar catéter exclusivo para NPT. ❖ Toma de signos vitales cada hora. | <p>La NPT consiste en la administración de nutrientes en el organismo a través de la vía endovenosa. Está indicada en todos aquellos pacientes con incapacidad de ingerirlos por vía oral para cubrir sus necesidades nutricionales ante la incapacidad de su sistema digestivo.</p> <p>Utilizar siempre una bomba de infusión para la administración de la NPT y así evitar una hiperhidratación e hipo e hiperglicemias en el paciente.</p> <p>Evitar usar esta vía para otros propósitos, no se recomienda la administración simultánea de drogas, antibióticos u otros expansores. Hay muchos electrolitos y vitaminas que se inactivan o precipitan al interactuar con otros medicamentos.</p> <p>Puede producirse una variación de estos, enfatizando en la frecuencia cardíaca, que varía en caso de una hipo e hipervolemia y en la temperatura, que indica infección.</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar glicemias capilares por turno. ❖ Llevar un control de balance hídrico, cuantificar los ingresos y egresos totales. ❖ Pesar diariamente al lactante para llevar un control estricto de su evolución. ❖ Ministración de soluciones calculadas a completar con la NPT. | <p>La glicemia capilar permite un control de la glucosa del paciente identificando de forma oportuna la presencia de hiper o hipoglicemias que permitirán las adecuaciones necesarias a la infusión de la NPT.</p> <p>En el organismo debe de existir un balance hídrico, es decir que la cantidad de agua que se incorpore en el cuerpo sea equivalente a la cantidad de agua que se pierda; los ingresos y egresos nos darán la pauta para saber si hay un equilibrio hídrico o si los líquidos están siendo retenidos o si bien se están excretando de mas.</p> <p>La medición del peso diario del paciente es un indicativo del estado nutricional, ayudando a observar el aumento o deterioro del peso corporal y poder nuevas intervenciones. Normalmente el paciente debe aumentar +/- 25 gr diarios, de lo contrario la hidratación no es eficaz.</p> <p>El objetivo de soluciones calculadas en pacientes pediátricos es para evitar una posible hiperglucemia y para cubrir los requerimientos del niño.</p> |
|---|--|

Evaluación: Las intervenciones fueron interdependientes, los cuidados fueron buenos de acuerdo al manejo de la NPT; se observó una estabilidad en el peso.

6.5.2 Necesidad Afectada: Eliminación.

Diagnostico de enfermería: Alteración de la eliminación anal r/c diámetro anal estrecho m/p ausencia de salida de materia fecal por ano, distención abdominal y abdomen blando y depresible.

Objetivo: Restablecer la eliminación anal del paciente mediante acciones independientes para alcanzar el diámetro anal normal para su edad.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Realizar dilataciones anales con dilatadores de hegar por la mañana y la tarde con dilatador N°12 e ir aumentando hasta el N° 14. ❖ Medir perímetro abdominal 2 veces por turno. ❖ Vigilar la salida de materia fecal por ano. | <p>Las dilataciones se realizan para prevenir una estenosis anal, se realizan en el paciente 2 veces al día con la finalidad de acelerar el proceso para q el ano alcance el diámetro adecuado; se utilizan dilatadores de hegar.</p> <p>El perímetro abdominal se mide con la finalidad de observar si existe acumulo de materia fecal en intestinos y el incremento de este alrededor del día.</p> <p>La salida de materia fecal por ano es indicativo de que hay adecuado transito intestinal.</p> |

Evaluación: Con la realización de las dilataciones se pudo lograr un aumento en el diámetro del ano, sin embargo falta llegar al dilatador numero 15.

6.5.3 Necesidad Afectada: Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

Dx. Afección de la integridad de la piel r/c un trayecto q comunica el tracto digestivo hacia la piel drenando contenido intestinal m/p eritema alrededor del trayecto.

Objetivo: Restablecer la piel del paciente y evita nuevas lesiones.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Ministración de ocreotide 50mcg c/8 hr para cerrar el trayecto del tracto digestivo. ❖ Mantener la piel seca y limpia de contenido intestinal colocando polvo de karaya. ❖ Utilización de sistemas colectores para el contenido intestinal como la bolsa de karaya. | <p>El ocreotide es un análogo de la somatostatina con vida media larga. Es beneficioso en el tratamiento de fistulas controlando el gasto.</p> <p>La humedad favorece la proliferación de bacterias; el polvo de karaya absorbe la humedad y protege la piel.</p> <p>Por el contenido intestinal que drena la fistula esta se maneja como colostomia por lo tanto la piel alrededor debe ser protegida de lesiones, utilizando sistemas de recolección.</p> <p>La Karaya es bien conocida como goma saciante e incrementadora del bolo fecal ya que en contacto con el agua se hincha rápidamente, aumentando su volumen cerca de 100 veces en la mitad de tiempo que otros saciantes. El resultado es un gel espeso y voluminoso que proporciona un natural y eficaz efecto saciante.</p> |

| | |
|--|--|
| ❖ Aplicar cavilon para proteger la piel. | El cavilon es un excelente protector para la piel no irritante que proporciona una película protectora libre de alcohol entre fluidos corporales (orina, heces, sudor, exudados de heridas). |
|--|--|

Evaluación: Con base a estas intervenciones se logro evitar lesionar mas la zona afectada del paciente, así como evitar posibles lesiones nuevas.

6.3.4 Necesidad Afectada: Necesidad de Evitar Peligros.

Diagnostico de enfermería: Riesgo de Infección r/c accesos vasculares de larga estancia.

Objetivo: Proporcionar las medidas de protección para evitar una infección nosocomial.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Lavado de manos al manipular cualquier catéter. ❖ Evaluar el sitio de inserción y la piel circundante del catéter.<ul style="list-style-type: none">➤ Valorar enrojecimiento en el sitio de inserción y alrededores.➤ Valorar temperatura en el sitio de inserción y corporal➤ Valorar presencia de secreción purulenta alrededor. ❖ Valorar la permeabilidad del catéter. | <p>Las manos son el principal vehículo para transmitir infecciones; es de suma importancia el lavado de manos, ya que es una práctica de prevención y control de infecciones mas antigua, sencilla e importante que debe realizar el personal de enfermería.</p> <p>La correcta observación de posibles datos de infección nos ayudara a evitar lesiones mayores a los pacientes.</p> <p>Una infección es el resultado de una invasión de microorganismos en el cuerpo, incluyendo bacterias, virus u hongos.</p> <p>Los síntomas de una infección incluyen calor, enrojecimiento e hinchazón localizada, supuración, mal olor, y dolor al tacto.</p> <p>La permeabilidad del catéter evita posibles lesiones, incluso cambio de catéter y salida de solución del equipo que genere humedad en el sitio de inserción ayudando a la proliferación de bacterias.</p> |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Realizar restitución nueva de equipos de bomba de infusión c/72 hr. ❖ Realizar asepsia del sitio de inserción del catéter c/72 hr si este lo amerita. | <p>La restitución de equipos de las bombas de infusión disminuye la incidencia de colonización.</p> <p>La asepsia es la condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones.</p> <p>.</p> |
|--|--|

Evaluación: Con las intervenciones realizadas se logro evitar una posible infección y así evitar complicaciones al lactante.

6.5.5 Necesidad Afectada: Alimentación e hidratación

Diagnostico de enfermería: Riesgo de desequilibrio en el volumen de líquidos r/c un alto gasto en el trayecto que comunica tracto digestivo y piel.

Objetivo: Minimizar el riesgo de un desequilibrio hidroeléctrico para el paciente.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Llevar balance hídrico<ul style="list-style-type: none">- Cuantificar perdidas horarias de fistula enterocutanea. ❖ Reposición de líquidos con sol. fisiológica al 0.9% al 100% por gasto de contenido intestinal. | <p>En el organismo debe de existir un balance hídrico, es decir que la cantidad de agua que se incorpore en el cuerpo sea equivalente a la cantidad de agua que se pierda; los ingresos y egresos nos darán la pauta para saber si hay un equilibrio hídrico o si los líquidos están siendo retenidos o si bien se están excretando de mas.</p> <p>La reposición de líquidos se realiza para poder establecer un equilibrio entre ingresos y egresos que el paciente tiene en su organismo.</p> <p>La solución fisiológico al 0.9% esta indicada para reponer líquidos y electrolitos especialmente en situaciones de pérdidas importantes de cloro (ej: estados hipereméticos). Debido a su elevado contenido en sodio y en cloro, su administración en exceso puede dar lugar a edemas y acidosis hiperclorémica por lo que no se indica de entrada en cardiópatas ni hipertensos.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>❖ Evaluar los signos de desequilibrio hidroeléctrico:</p> <p>- Retención de líquidos.</p> <p>- Disminución del volumen</p> | <p>El desequilibrio hidroeléctrico es la situación en la que existe un equilibrio anormal de líquido y electrolitos en los tejidos corporales. El volumen de agua y la concentración de electrolitos debe mantenerse constante para asegurar un buen funcionamiento del organismo. Esto se consigue mediante un perfecto equilibrio entre los mecanismos de absorción y eliminación de los mismos.</p> <p>La retención de líquidos o edema es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial y también en las cavidades del organismo.</p> <p>La reducción del volumen de sangre ocasiona que baje la presión arterial. Este cambio estimula a los riñones que liberan renina, lo cual promueven la formación de angiotensina II, la que estimula el centro de la sed en el hipotálamo.</p> |
|---|--|

Evaluación: Con las intervenciones implementadas se logro evitar un en el paciente un desequilibrio hidroeléctrico manteniéndolo hidratado.

6.5.6 Necesidad Afectada: Alimentación e hidratación.

Diagnostico de enfermería: Nutrición alterada menor a los requerimientos corporales r/c disminución del apetito y falta de interés en los alimentos m/p aversión a la mayoría de estos y un aporte de ingesta menor a la recomendada.

Objetivo: Restablecer el patrón alimenticio del niño de acuerdo a sus condiciones de salud.

| INTERVENCIONES | F. CIENTIFICA |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">❖ Incorporar los alimentos gradualmente, iniciando con:<ul style="list-style-type: none">- Líquidos claros. - Purés y picados ❖ Proporcionar con una técnica correcta los alimentos. | <p>La dieta de líquidos claros ayuda a mantener los fluidos, sales y minerales vitales mientras le provee alguna energía cuando su consumo normal ha sido interrumpido; algunos de ellos son jugo de manzana, gelatina té etc.</p> <p>Un puré es una comida lisa fácil de tragar; que favorece la ingesta a la mayoría de los alimentos.</p> <p>La comida picada es comida cortada en pedazos de media pulgada o más pequeño que se utiliza cuando el niño tiene la capacidad de mover la comida de un lado de la boca a la otra.</p> <p>Una técnica correcta de alimentación favorece la ingesta de estos siendo de la siguiente manera:</p> <p>Sentar al niño sobre las piernas permitiéndole recargarse sobre el brazo izquierdo, con la cuchara en la mano derecha golpear el borde del plato para llamar su atención, acercar la cuchara cargada de alimento a la boca a una altura que pueda seguirla con los ojos,</p> |

| | |
|---|---|
| <p>❖ Brindar alimentos del agrado del niño.</p> | <p>introducir el alimento lentamente sin forzar al niño para que abra la boca, esperar a que traje perfectamente e iniciar e iniciar una nueva cucharada, si el niño intenta tomar los alimentos con la mano o la cuchar respetar y estimular estos intentos.</p> <p>Los alimentos de agrado del niño permiten continuar ofreciendo diversos alimentos incluyendo los nuevos.</p> |
|---|---|

Evaluación: Con las intervenciones implementadas se logro restablecer un patrón alimenticio; sin embargo este plan tuvo que ser suspendido por la incidencia del gasto en la fistula enterocutanea.

7. PLAN DE ALTA

En este plan se explicarán signos y síntomas de alarma por los cuales los padres deberán acudir al INP, como también se le informara la importancia de llevar algunas medidas de higiene dietéticas y se darán recomendaciones para evitar posibles riesgos de acuerdo al estado de salud del paciente.

Signos y síntomas de alarma para asistir a urgencias

- Disminución del apetito.
- Disminución de peso corporal.
- Ansiedad o irritabilidad constante.
- Abdomen globoso, duro y doloroso a la palpación
- Aumento de temperatura en la cicatriz de la herida quirúrgica.
- Presencia de secreción purulenta.
- Enrojecimiento alrededor de esta.
- Temperatura mayor a 37.7 °C
- Presencia de sangrado en las evacuaciones.
- Evacuaciones constantemente líquidas.
- Ausencia de Evacuaciones.

Medidas Higienodietéticas

- Realizar el baño diariamente.
- Hidratar la piel.
- Valorar la piel y enfatizar en las zonas afectadas en busca de lesiones.
- Lavar las manos constantemente del niño principalmente antes y después de comer e ir al baño.
- Lavado de manos antes de la preparación y previo a cualquier manipulación de los alimentos.

- Lavar correctamente los alimentos.
- Mantener una buena ingesta de líquidos que asegure la hidratación de la piel.

Recomendaciones generales

- Vigilar el peso corporal pesando semanalmente al niño.
- Favorecer el contacto con personas de su misma edad para una mejor adaptación en casa.
- Vigilar las expresiones de soledad, tristeza, dolor, o angustia del niño.
- Favorecer el aprendizaje y la recreación.
- Favorecer la movilidad del niño.
- Usar barandillas en la cama si las necesita.

8. CONCLUSIONES

Al implementar y desarrollar un proceso enfermero siempre nos permitirá reestructurar y adaptar nuevas estrategias para desarrollar cuidados e intervenciones de calidad para brindar un cuidado integral a todos y cada uno de nuestros pacientes sin importar la edad, sexo, o estado de salud, viendo a este con una perspectiva holística.

Una vez finalizado este trabajo reafirmo que la labor de enfermería va mas allá de cualquier rutina diaria que se lleve a cabo dentro de cualquier ámbito hospitalario ya que además de vincular los conocimientos teórico prácticos nos enfocamos a satisfacer las necesidades del lactante de una forma integral, logrando con ello los objetivos planteados de una forma exitosa, evitando complicaciones y minimizando las propias de la patología, gracias a las intervenciones realizadas por el personal de enfermería y por el gran esfuerzo de los padres para entender y realizar de manera conjunta dichas intervenciones.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Carpenito LJ. **Manual de Diagnostico de Enfermería**. Madrid: Mc Graw Hill, Interamericana 1994. Pág. 5
2. Catalina García Martín-Caro. **Historia de la enfermería, Evolución Histórica del Cuidado Enfermero**. Edit. Harcout, Madrid, España, 2001. Págs. 214.
3. Colliere Françoise María. **Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería**. Madrid, España: Mc Graw Hill 1997. Pág. 233-235 294-295
4. Doenges E. Marylynn. **Planes de Cuidados de Enfermería**. 7ª ed. México: Mc Graw Hill 2008. Pag 234-237
5. Garcia M. **El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson**. 2ª ed. México: Progreso, 2044 pag.2,320.
6. Hernández C. **Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método**. 2ª ed. Madrid, España: Mc Graw Hill 2003. Págs. 151-161
7. Hoston Richard. **Fundamentos de la Práctica de Enfermería**. 3ª ed. México: Mc Graw Hill 2008 Págs.54-56
8. Humberto Arenas Márquez. **Nutrición Enteral y Parenteral**. México, DF, Edit. Mc Grill-Hill Interamericana, 2007. Págs. 530.
9. Kosier B. **Fundamentos de Enfermería, conceptos, Procesos y Práctica**. Edit. Interamericana Mc Graill-Hill, Madrid, España, vol. 1, 2005. Págs. 778.
10. Marriner T.A. **Modelos de Teorías de Enfermería**. Edit. Elsilver, 6ª Edición, Madrid, España. 2007. págs. 828.
11. Medina José Luis. **La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería**. Barcelona: Laertes1998.pag. 35-47
12. Patricia A. Potter Ann. **Fundamentos de Enfermería**. 5ª Edición, Edit. Elsilver, Madrid, Madrid, España. 2002. Pags.1118.
13. Rosales Barrera Susana. **Fundamentos de Enfermería**. México: Manual Moderno 2004

10. ANEXOS INSTRUMENTO DE VALORACION

ENFERMERIA INFANTIL

Valoración de las necesidades básicas en los niños de 0 a 5 años.

I DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: José Julián Cruz Alvarado Fecha de Nacimiento: 16-Mayo-07
Sexo: Masculino Edad: 1 10/12 Procedencia: Cerrada de Jubilete Mz 22 Lt 20 Tlalmille Del. Tlalpan Edad del padre: 22 años Nombre del padre: Alejandro Cruz Sierra Edad de la madre: 24 años Nombre de la Madre: Dolores Alvarado Lemus Escolaridad del padre: Secundaria Madre: Secundaria Religión: Católicos La información es proporcionada por: Padre

II FAMILIA

Antecedentes familiares, problemas de salud de los padres, hermanos, tios y abuelos: Enfermedades Crónico degenerativas interrogadas y negadas, Abuelo paterno fumador y alcoholismo activos Características de la vivienda: Propia Servicios intra domiciliarios: Luz, agua, teléfono, gas, recolección de basura, sanitario. Disposición de excretas: Si Descripción de la vivienda: Casa construida de concreto de 2 pisos uno de ellos lo habitan los abuelitos del paciente y el segundo la familia del paciente .Ingresos económicos de la familia: \$800 pesos semanales Medios de transporte de la localidad: Microbús, metro a 30 min.

III ORIENTACIÓN

ORIENTACIÓN EN LA HOSPITALIZACIÓN Se han explicado los siguientes aspectos? Horarios de visita: Si Salas de espera: Si Normas sobre barandales de camas y cunas: Si Permanencia en el servicio: Si Informes sobre el estado de salud del niño: Si Horario de cafetería: **Si** Restricciones en la visita: **Si**

IV ANTECEDENTES INDIVIDUALES

Valoración de las necesidades básicas del niño. Complete la información incluyendo las palabras del familiar.

Peso al nacer: 3,200kg Talla al nacer: Lloro al nacer: Si Respiro al nacer: Si Se realizaron maniobras de resucitación: No Motivo de la consulta/ hospitalización: Cierre de hileostomia Algún miembro de la familia padece o padeció el problema que tiene el niño: No El niño es alérgico a algo: No Que dificultades presenta el niño para satisfacer sus necesidades básicas: No tiene suficiente fuerza y tono muscular en extremidades, no puede defecar con facilidad. Esquema de vacunación: Completo

ALIMENTACIÓN

El niño es alimentado con: Leche Materna: Biberón: Si
Vaso:

Tipo de alimentos q consume: Pure: Si Picados: -- Licuados:---- Come solo?-----
Con ayuda? Si Con quien come? Con su mamá y con personal de enfermería.
Lugar: en el hospital Cuales son los alimentos preferidos? Pan, danonino y gerber
Dieta especial?----- Alergias alimentarias:----- Otros:-----Tipo de líquidos: Vía
oral: Té, jugo Vía parenteral: Sol. Glucosada al 5% Hábitos en los alimentos:
Ninguno A qué edad le salieron sus primeros dientes: 8 meses

ELIMINACIÓN

Consistencia de las heces: Formadas:-----Pastosa:----- Blanda:----- Liquida: Si
Semiliquida:----- Espumosa:----- Con sangre:----- Con parasitos----- Grumosa:-----
En cuanto al color: Amarilla: Si Verde: No Café: no Olor: Fétido Restos
alimenticios: No Dolor al evacuar : No La orina es de color: Ambar Olor:-----
Dolor al orinar: No Edema palpebral: No Descripción de genitales: Pene con
prepuccio y Testículos descendidos, ano centrado con pasaje anal estrecho.

OXIGENACIÓN

Signos Vitales: Tensión arterial: 90/60 Fc: 130x min. Pulso: regular Fr: 38x min.
Respiración: Regular Aleteo Nasal: No Refracción xifoidea: No Ruidos
Respiratorios: Adecuados Secreciones Bronquiales: No Coloración de la Piel:
Ligera palidez Diaforesis: No Petequias: No Rash: NO Tiene dificultad para
respirar: No

REPOSO Y SUEÑO

Horas de Sueño: 8hr. aprox. ¿Qué costumbres tiene antes de dormir? Con
juguete: No con luz: NO Sin luz: No Con música: No ¿Cubierto con alguna manta:
Si tapándose con su cobija la cara. Duerme siesta: Si 1 hr. aprox. En que hora:
Por la tarde Valoración Neurológica. Actividad: Activo: Si Letargico: No Tranquilo:
Si Dormido: No Respuesta a estímulos: Si Movimientos simétricos: Si Asimétricos:
No Respuesta pupilar: Normal.

VESTIDO

Condiciones de la ropa de vestir: Apropiaada Higiene: Si Costumbres en el cambio
de la ropa: Una vez al día Tiene ropa necesaria para la hospitalización: Si Se
viste solo: No Con ayuda: Si

TERMORREGULACIÓN

El niño es sensible a los cambios de temperatura: No A qué hora del día es
más sensible a los cambios de temperatura? A ninguna Hora Cuando tiene fiebre
como se la controla: Medios físicos.

MOVIMIENTO Y POSTURA

A que edad fijo la mirada: Lo ignora Siguió objetos con la mirada: 4 meses Se sentó: No, solo con ayuda lo realiza. Camino: No Salto con un pie: No Salta alternando los pies: No Camina con la punta de los pies: No Camina solo: No Camina con ayuda: No Que postura adopta el niño al estar sentado: Recta Se mueve en la cama: Si Cambios de posición con ayuda: No

COMUNICACIÓN

Responde al tacto: Si Voltea con los sonidos fuertes: Si Sigue la Luz: Si Hace gestos con algún alimento: Si A qué edad sonrió: 5 meses A qué edad balbuceo: 7 meses A que edad dijo sus primeras palabras: A los 9 meses Habla dialecto : No Quien lo cuida: Mamá, papá y personal de enfermería Con quien juega: Solo Quien habla con el niño: Familia y personal médico Como consideras que es el niño. Alegre: Si IRRITABLE: Si Independiente: No Dependiente: Si Tímido: No Agresivo: Solo cuando esta enojado Que hace el niño para consolarse así mismo: Chupa su chupón Q hace usted para consolarlo cuando hace berrinche: Cargarlo

HIGIENE

Condiciones higiénicas de la piel: Humectada con múltiples cicatrices Hora en la que se acostumbra el baño: 10:00am Al niño le gusta el baño: Si Frecuencia del baño: Diario Cuantas veces al día se cepilla los dientes: 1 se los lava el papá. Frecuencia del cambio de ropa: Diario

RECREACIÓN

Al niño le gusta que lo carguen en los brazos: Si La música: Si Tiene alguna preferencia por los juegos: Si Los objetos: Si la pelota Animales: Perro Las personas: Si Juega solo: Si Con otros niños : Si Con adultos: Si

RELIGIÓN

¿Qué practicas religiosa le gustaría que se respetaran? Las practicas católicas

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

¿Ha consultado usted a otras personas sobre la salud de su hijo? No
¿Cómo ha programado las visitas en el hospital? Lunes a Viernes por las mañanas papá y en las tardes familiares, fines de semana mamá en las mañanas y papá en las tardes.

Los cambios importantes en la familia son: Cambios de domicilio, quedarse sin trabajo, separación de la pareja, enfermedad crónica de un familiar, otros ¿Cómo ha reaccionado el niño a estos cambios y a su estado de salud: Tranquilo y en ocasiones irritable.

Existe la posibilidad de que haya contacto con niños que padece alguna enfermedad contagiosa en casa: No O con algún familiar o amigo: No El niño toma medicamentos en casa: No

10.2 FISTULA ENTEROCUTANEA

Se denomina fístula a un trayecto cuyas paredes están formadas, generalmente, por tejido de granulación y que comunica dos superficies revestidas de epitelio.

Por lo tanto la mejor manera de definir este trayecto es la mención de las estructuras que conecta (colovesical, gastrocólica, enterocutánea); estas pueden ser internas o externas.

- Las internas, dos vísceras huecas o espacios potenciales.
- Las externas o enterocutáneas son la comunicación que se produce entre una víscera y la piel.

Ocasionalmente se combinan ambos tipos y se constituye una fístula mixta.

CLASIFICACIÓN

Las fístulas enterocutáneas pueden clasificarse de diversa manera de acuerdo a su:

- Trayecto: Pueden ser simples o complejas según tengan una comunicación directa con la piel o con muchos trayectos o incluso desembocar en un absceso o cavidad.
- Ubicación en el tubo digestivo: Pueden ser terminales o laterales. En las primeras, no hay continuidad intestinal o prácticamente no existe (son lesiones de tratamiento exclusivamente quirúrgico). Las laterales, de mejor pronóstico, se originan en defectos parciales del tracto gastrointestinal.
- Ubicación topográfica: Podrán ser, esofágicas, gástricas, duodenales, yeyuno-ileales, y de intestino grueso.
- Débit: Se clasifican en fístulas con débito alto (mayor de 500 cc en 24 Hs.) o con débito bajo (menor de 500 cc en 24 Hs.). Las de alto débito se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad y muestran menos tendencia al cierre espontáneo, así como en general, se originan en zonas proximales del intestino delgado.

ETIOLOGÍA: Las fístulas que tienen su origen en el tracto digestivo pueden formarse por diferentes mecanismos:

- Fístulas congénitas: son consecuencia de errores en el desarrollo prenatal. Son raras. Se deben a la falla de obliteración del conducto onfalomesentérico, que determina la producción de una fístula que

aparece en el ombligo. Cuando se produce la obliteración incompleta del conducto vitelino, suele persistir sólo el extremo intestinal, dando lugar al divertículo de Meckel. Raras veces, todo el conducto se mantiene permeable y forma una fístula externa. El diagnóstico se realiza al observarse la emisión de heces a través del ombligo.

- Fístulas adquiridas: pueden ser provocadas por múltiples causas, pero en la gran mayoría de los casos existe un componente infeccioso añadido que las produce o mantiene. Las podemos dividir según su mecanismo de formación en:
- Fístulas traumáticas: los traumatismos penetrantes que interesan una o más vísceras pueden provocar fístulas enterocutáneas, como por ejemplo las heridas de arma blanca o por armas de fuego. Asimismo, los traumatismos cerrados que lesionan el duodeno o el páncreas pueden ocasionar abscesos retroperitoneales que al abrirse en otra víscera o al exterior dan lugar a trayectos fistulosos. En este apartado podemos incluir las fístulas provocadas por cuerpos extraños que actúan desde el interior del tubo digestivo debido a la deglución de espinas de pescados, mondadientes u objetos metálicos, o por la erosión producida en el intestino por mallas de polipropileno.
- Fístulas inflamatorias: en el pasado y antes del advenimiento de la anestesia general y los antibióticos, eran la manifestación final de un plastrón por colecistitis aguda, diverticulitis, hernia estrangulada o apendicitis que se fijaba a la pared del abdomen abriéndose a la piel, estableciéndose la fístula.
- Fístulas neoplásicas: se deben habitualmente a un carcinoma que actúa por invasión directa o bien por obstrucción con perforación proximal y formación de un absceso con posterior exteriorización a través de un orificio fistuloso.
- Fístulas postradioterapia: las radiaciones ionizantes lesionan más intensamente a la mucosa que a los otros tejidos del tubo digestivo, sin embargo, dependiendo de la dosis y la periodicidad, pueden llegar a producirse alteraciones vasculares (endarteritis obliterante y endoflebitis) que ocasionan isquemia, favoreciendo por tanto la contaminación bacteriana y fistulización.
- Fístulas postoperatorias: constituyen el grupo más común y representan entre el 85 al 90 % de series diversas. Aparecen en el 0,5 al 2 % de las intervenciones del abdomen.

Por otra parte, cabe considerar los factores relacionados con el estado del paciente a saber: desnutrición, hipoproteinemia, anemia, neoplasias, quimioterapia y radioterapia, uso prolongado de corticoides, diabetes y drogas inmunosupresoras.

Por último, suelen condicionar el desarrollo de fístulas postoperatorias factores locales como: sutura sobre paredes con procesos inflamatorios (enfermedad diverticular, Crohn) o neoplásicos, irradiación previa del intestino, suturas isquemiantes o sobre cabos desvascularizados, infección perianastomótica en el periodo postoperatorio precoz, obstrucción distal y defectuosa limpieza mecánica intestinal. Cabe la reflexión, el operado del tubo digestivo depende de la anastomosis, de allí lo de estrategia quirúrgica adecuada y saber cuando se debe postergar su confección.

FISIOPATOLOGÍA

Las fístulas enterocutáneas ocasionan diversos trastornos que pueden poner en peligro la vida del enfermo. Los podemos sistematizar de la siguiente forma:

- Pérdida del contenido gastrointestinal: las secreciones de las glándulas salivales, el estómago, el duodeno, el páncreas, el hígado y el intestino delgado suman un total de 8 a 10 litros por día. Este líquido es rico en sodio, potasio, cloro y bicarbonato. El grado de depleción de volúmen y de desequilibrio electrolítico dependen del nivel del intestino en que la fístula asienta y del débito de la misma. Las anomalías más comunes encontradas son: depleción volumétrica, hipopotasemia y acidosis metabólica. Por otra parte, el déficit de absorción de los nutrientes que se pierden origina alteraciones nutricionales globales o déficit vitamínicos.
- Problemas cutáneos: las secreciones digestivas, por su contenido enzimático, su pH y el contenido de bacterias, al actuar sobre la piel ocasionan una ulceración con maceración y celulitis que producen una considerable incomodidad a los pacientes.
- Infección: la presencia de un cierto grado de infección es inevitable en las fístulas externas.

La mayoría aparecen luego de la contaminación de un espacio normalmente estéril por bacterias gastrointestinales. El absceso no sólo puede causar la fístula sino que también puede ser una complicación de ella. La sepsis abdominal no controlada puede llevar a la bacteriemia y a la infección de sitios adyacentes o distantes. La extensión local suele producir la infección de heridas operatorias; la siembra a distancia produce otros problemas, como los abscesos esplénicos, hepáticos y endocarditis. La desnutrición suele predisponer al paciente a los episodios reiterados de sepsis sistémicas. Puede decirse que la infección incontrolada es hoy la principal causa de muerte en estos enfermos

- Problemas vasculares: la digestión enzimática y la erosión de

grandes vasos puede llevar a una hemorragia masiva. La forma lenta de pérdida sanguínea es la más común y se produce por el babeo crónico de un trayecto fistuloso friable. La inmovilización favorece la enfermedad tromboembólica venosa.

- Problemas respiratorios: la malnutrición, la sepsis, el dolor, y la presencia de derrames pleurales dificultan la función respiratoria.
- Complicaciones iatrogénicas: al tratarse de pacientes que precisan internaciones prolongadas y que son sometidas a numerosas y agresivas prácticas médicas, es de esperar que sufran diversas complicaciones relacionadas con las terapéuticas aplicadas.

DIAGNÓSTICO

Los pacientes con fístulas enterocutáneas suelen mostrar la salida evidente de contenido intestinal o gases a través de un orificio anormal o de una incisión utilizada para una operación reciente.

Las fístulas externas precoces presentarán un cuadro de abdomen agudo postoperatorio inflamatorio acompañado de íleo y la salida por la herida de material purulento y luego intestinal. Si el proceso se bloquea se mantendrá una conducta expectante, si es generalizado o acompañado de evisceración deberá operarse.

Otros enfermos debutan con un absceso con evacuación de abundante material purulento que pueden enmascarar la presencia de la fístula al hacer pensar en una infección de la herida. Si el drenaje persiste y el diagnóstico de fístula es dudoso debe recibir carbón o índigo carmín por boca para luego observar si esos materiales aparecen en el drenaje o por la herida. Su aparición confirma la presencia de una fístula enterocutánea.

Los estudios diagnósticos deben ser planeados no sólo para establecer la presencia y localización de la fístula sino también su posible etiología. Se aconseja la siguiente metodología de estudio:

- **Fistulografía:** apunta a determinar 1-el sitio de origen; 2-la continuidad intestinal; 3-si hay obstrucción distal; 4-estado del intestino alrededor de la fístula; 5-si existe cavidad abscedada asociada. Se utiliza material de contraste hidrosoluble. Si el trayecto u orificio externo es pequeño se inyecta a través de una sonda fina, si es grande a través de una sonda de Foley que evita el reflujo. La inyección de contraste debe realizarse en forma lenta, sin excesiva presión y bajo control radioscópico.
- **Radiografía de tránsito del tubo digestivo (tránsito baritado):** para

precisar el estado de las Asas tanto proximales como distales, determinar patología asociada y la longitud del intestino restante.

- Colon por enema: para asegurar la integridad de la luz y detectar neoplasias y/o fistulas asociadas.
- Endoscopía: los estudios endoscópicos (fibroendoscopía digestiva alta, fibrocolonosco-pía, citoscopía, ERCP) serán necesarios cuando se deba certificar por anatomía patológica la naturaleza de algunas lesiones. La colangiografía endoscópica es de elección en las fístulas bilio-pancreáticas.
- Ecografía: para detectar cavidades absce-dadas es un método barato, no invasivo, fácil de repetir y de buen rendimiento. Puede usarse para punción y drenaje de abscesos.
- TAC: se utiliza como diagnóstico y como terapéutica por la posibilidad de realizar drenajes percutáneos de focos sépticos.
- Pielografía intravenosa (descendente) y pielograma retrógrado: son valiosos si se sospecha compromiso urinario (fístulas nefrentéricas).

Es importante implementar los estudios a la brevedad, en la medida que se recupere y estabilice el enfermo, y de acuerdo a la infraestructura disponible (se recalca la necesidad de hospitales de alta complejidad para la atención de estos enfermos).

mostrar diferentes y graves problemas.

La sepsis, la depleción volumétrica, la acidosis, los desequilibrios electrolíticos y la desnutrición son todas condiciones que requieren un tratamiento urgente y agresivo.**Las llaves para el manejo exitoso son:

- 1- Obtener control de la fístula.
- 2- Combatir la sepsis.
- 3- Desde el comienzo mantener un adecuado control nutricional.

La estrategia terapéutica apunta a:

- 1- corregir la volemia y compensar el balance hidroelectrolítico.
- 2- drenaje de abscesos de acceso fácil para

- 3- control de la fístula. Protección de la piel,
- 4- comenzar la nutrición parenteral total.
- 5- posibilidad de realizar alimentación enteral.
- 6- investigación de focos sépticos.
- 7- mantener un aporte calórico adecuado.
- 8- tratamiento quirúrgico.