



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIEN NACIDO CON  
ATRESIA ESOFÁGICA TIPO III ATENDIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL”  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTA:  
OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA**



MÉXICO D.F

NOVIEMBRE 2007



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.



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

JEFATURA DE CARRERA DE  
ENFERMERIA

ASUNTO: Aceptación del trabajo de la prueba  
escrita

**DRA. MA. TERESA CUAMATZI PEÑA**  
**JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la (el) pasante:

**MARÍA ROSA OLIVER HERNÁNDEZ**

Con número de cuenta 09824298-0 de la carrera de Enfermería, bajo el título  
**“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIEN NACIDO CON ATRESIA**  
**ESOFÁGICA TIPO III ATENDIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL”**

Atentamente

**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
México, D. F., a 8 de octubre de 2007

**DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA**  
Nombre y Firma del Director de Prueba Escrita

**DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA**  
Vo.Bo. Jefa de la Carrera



Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

C.c.p. Servicios Escolares  
C.c.p. Jefa de la Carrera  
C.c.p. Alumno



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA  
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA  
PRESENTE**

Comunico a usted que la **Prueba escrita** en la modalidad: PROCESO DE ATENCIÓN  
DE ENFERMERÍA

dela(el)C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA

con número de cuenta 098242980 de la carrera de Enfermería ha **sido revisado y  
tiene el visto bueno** de los integrantes del jurado:

**PRESIDENTE**  
DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA

**VOCAL**  
M. C. GLORIA HERNÁNDEZ GÓMEZ

**SECRETARIO**  
LIC. LAURENTINA ARAUJO CONTRERAS

**SUPLENTE**  
LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA

**SUPLENTE**  
LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

DE ESTUDIOS  
FACULTAD SUPERIORES  
ZARAGOZA  
SECRETARIA TÉCNICA  
ENFERMERIA

C.c.p. Secretaria Técnica de la Carrera.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA  
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: Proceso de Atención de  
Enfermería

Con el Título : Proceso de Atención de Enfermería al Recién Nacido con Atresia  
Esofágica tipo III Atendido en el Hospital Infantil

Preparada por la (el ) alumna (o) C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA  
con número de cuenta 098242980, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle  
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,  
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen  
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Atentamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
México D.F., a 8 de octubre de 2007

PRESIDENTE

  
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA

DE ESTUDIOS  
SUPERIORES  
FACULTAD  
ZARAGOZA  
SECRETARÍA TÉCNICA  
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA**  
**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS**  
**SUPERIORES ZARAGOZA**  
**Presente**

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: Proceso de Atención de  
Enfermería

Con el Título : Proceso de Atención de Enfermería al Recién Nacido con Atresia  
Esofágica tipo III Atendido en el Hospital Infantil

Preparada por la (el ) alumna (o) C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA  
con número de cuenta 098242980, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle  
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,  
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen  
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

**tentamente**  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
México D.F., a 8 de octubre de 2007

**VOCAL**

**M.C. GLORIA HERNÁNDEZ GÓMEZ**

DE ESTUDIOS  
SUPERIORES  
ZARAGOZA  
SECRETARÍA TÉCNICA  
ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA  
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: Proceso de Atención de  
Enfermería

Con el Título : Proceso de Atención de Enfermería al Recién Nacido con Atresia  
Esofágica tipo III Atendido en el Hospital Infantil

Preparada por la (el ) alumna (o) C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA  
con número de cuenta 098242980, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle  
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,  
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen  
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

tentamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
México D.F., a 8 de octubre de 2007

SECRETARIO  
LIC. LAURENTINA ARAUJO CONTRERAS  
DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA  
SECRETARIA TÉCNICA  
ENFERMERIA



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA  
Presente

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: Proceso de Atención de  
Enfermería

Con el Título : Proceso de Atención de Enfermería al Recién Nacido con Atresia  
Esofágica tipo III Atendido en el Hospital Infantil

Preparada por la (el ) alumna (o) C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA  
con número de cuenta 098242980, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle  
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,  
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen  
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

tentamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
México D.F., a 8 de octubre de 2007

SUPLENTE

LIC. ESPERANZA SAAVEDRA URRUTIA







UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**C. D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA**  
**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS**  
**SUPERIORES ZARAGOZA**  
**Presente**

Con respecto a la Prueba Escrita Modalidad: Proceso de Atención de  
Enfermería

Con el Título : Proceso de Atención de Enfermería al Recién Nacido con Atresia  
Esofágica tipo III Atendido en el Hospital Infantil

Preparada por la (el ) alumna (o) C. OLIVER HERNÁNDEZ MARÍA ROSA  
con número de cuenta 098242980, de la carrera de **Enfermería**, me permito comunicarle  
que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**,  
en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria** .

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el jurado de Examen  
Profesional que sustentará la (el) mencionada (o) alumna (o).

Agradeciendo de antemano su atención, le envío un cordial saludo.

Respetuosamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"  
México D.F., a 8 de octubre de 2007

SUPLENTE  
LIC. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN  
SECRETARIA TÉCNICA  
ENFERMERIA



## INDICE

Tema	Página
Introducción	2
Justificación	3
Objetivos	
General	4
Específico	4
<b>CAPÍTULO 1</b>	
Marco teórico	
Método enfermero	5
Teoría de Orem	10
Atresia esofágica	17
<b>CAPÍTULO 2</b>	
Aplicación del proceso de enfermería	
Valoración	21
Diagnostico	
Planeación	26
Ejecución	31
Evaluación	50
Conclusiones	53
Sugerencias	54
Glosario de términos	55
Bibliografía	59

## INTRODUCCIÓN

La atresia del esófago que entre las malformaciones congénitas es una de la más frecuente en los neonatos, con una mortalidad cercana al 100% en los años cincuentas; sin embargo en la actualidad ya la sobrevivencia es superior al 90% siendo ésta en su mayoría una malformación asociada con otras patologías que determinarán el pronóstico de la enfermedad.

La evolución favorable de la atresia esofágica se debe a gran medida a los avances logrados en las unidades de cuidados intensivos neonatales, ya que el manejo quirúrgico ha sido el mismo desde hace tiempo; siendo el cuidado de enfermería una de las intervenciones más importantes con el paciente así como la intervención del equipo de salud en la utilización de diversos procedimientos para la prevención y tratamiento de las situaciones que amenazan la vida del paciente y siendo estos de vital importancia tanto en el manejo preoperatorio como en el tratamiento posterior a la cirugía.

En el presente trabajo se utilizó la metodología del proceso de atención de enfermería por ser el único método propio de la enfermera constituyendo así un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y mejorarla; viendo siempre a nuestro paciente dentro de su esfera biopsicosocial establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud ayudando así a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico. Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de calidad en un servicio por parte del consumidor; continuamente se están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden, Todas las partes del proceso están relacionadas entre sí y afectan al todo. Las partes o fases, del proceso de enfermería se producen en forma secuencial, aunque no son lineales. La planificación puede conducir a una intervención, o la evaluación durante el proceso de planificación puede generar un nuevo cálculo.

## JUSTIFICACIÓN

Ya que la atresia de esófago constituye una de las causas de ingresos del hospital; y estimándose una incidencia 1 de cada 3000 a 4500 nacidos vivos siendo un tercio de los afectados los recién nacidos prematuros. Con una mortalidad cercana al 100% en los años cincuenta, en la actualidad la sobrevivencia es superior al 90%. El 50% de los casos de atresia esofágica se presenta con patologías asociadas que son en general las que determinan el pronóstico de la enfermedad. Teniendo una tasa de prevalencia de 2 por 10 000 nacidos vivos. Y su pronóstico depende en gran medida de el cuidado que reciben desde su ingreso tanto en el periodo preoperatorio como en su manejo quirúrgico y que ha sido una de las principales causa de ingresos al hospital se considera de suma importancia desarrollar un caso clínico de un paciente con atresia esofágica tipo III desde su ingreso hospitalario, el cual conlleva cuidados tanto generales y específicos de enfermería tomando como referencia la teoría de Dorotea Orem referente al autocuidado donde ella define autocuidado como una clase de acción deliberada que las personas ejecutan para regular su propio funcionamiento y desarrollo y estos serán alcanzados a través de los requisitos de autocuidado (Universales, de desarrollo y desviación de la salud) siendo los resultados obtenidos un fiel reflejo de la calidad de atención brindada al paciente.

No se encontró en el hospital ningún proceso ni investigación en relación con el tema; sin embargo solo se encontraron investigaciones acerca del tratamiento quirúrgico por ejemplo el manejo de "long-gap" esofágico siendo ésta la elongación forzada de los cabos esofágicos, así como también una investigación para conocer y/o saber la causa de la atresia de esófago que es practicada con ratas con las cuales se utilizo adriamicina lo cual se verá mas adelante. En cuanto a la intervención de enfermería solo se encontraron los cuidados que se llevan a cabo dentro de la unidad de cuidados intensivos sin llegar al estudio de un caso, por lo que solo se hace una referencia.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- Brindar cuidado integral al recién nacido con Atresia Esofágica (AE) por medio del proceso de atención de Enfermería, con enfoque biopsicosocial.

### **ESPECÍFICOS:**

- Identificar los cuidados específicos de enfermería más importantes al recién nacido con atresia esofágica.
- Mantener al recién nacido con atresia esofágica, respiratoria y hemodinámicamente estable evitando complicaciones.
- Promover en la familia el desarrollo de la capacidad de autocuidado y cuidado dependiente para asegurar y mantener el bienestar integral del neonato.
- Orientar a los padres hacia una postura responsable de autocuidado, del neonato, incrementando su independencia o adaptándolo a la limitación de sus capacidades.

## MARCO TEÒRICO

### MÈTODOS DE ENFERMERÌA

Una disciplina desarrolla sus métodos con dos propósitos, primero delimitar los fenómenos observables que conciernen a su dominio de estudio y, segundo, para transformar los fenómenos observables con base en datos más específicos para el problema. Se dice que una disciplina ha ganado su autonomía en el momento en que desarrolla métodos propios.

En todas las disciplinas existen numerosos ejemplos de modo en el que el mejoramiento de métodos impulsa la construcción de teorías y el diseño de modelos. Al mismo tiempo, nuevos modelos estimulan la integración teórica y la generación de teorías que, a su vez, propician el desarrollo de nuevos métodos.

Hablando así del proceso atención de enfermería consiste en pensar como enfermera ya que es el cimiento, la capacidad constante esencial que a caracterizado desde el inicio de la profesión.

En el decenio de 1990 surgieron dos fuerzas impulsoras de gran impacto en la práctica de la enfermería: énfasis en la calidad y énfasis en la restricción del costo. Las enfermeras, como todos los prestadores de servicios de salud, son sensibles a las demandas de calidad de un servicio por parte del consumidor: continuamente se están buscando formas de mejorar su práctica y la satisfacción de los pacientes que atienden, por lo que el proceso atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúa continuamente la calidad del cuidado que presta y mejorarla <sup>(1)</sup>.

El proceso de enfermería se define como "un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada" <sup>(2)</sup>. Todas las partes del proceso están relacionadas entre si y afectan al todo. Las partes o fases, del proceso de enfermería se producen en forma secuencial, aunque no son lineales. La planificación puede conducir a una intervención, o la evaluación durante el proceso de planificación puede generar un nuevo cálculo <sup>(3)</sup>.

El proceso de atención por enfermería se divide en cinco etapas:

### **Valoración**

La valoración de enfermería inicial es la base del plan de atención del paciente, y las posteriores contribuyen a revisar y actualizar dicho plan conforme las condiciones del paciente cambian.

Dentro de la valoración se llevará a cabo la recolección de datos que incluye desde la observación, el interrogatorio así como la exploración física que nos llevarán a identificar cambios en el estado de salud, e intervenir en consecuencia.

Observación. Las observaciones de enfermería se traducen en datos objetivos, constituidos por la información real que observa la enfermera, aquella describe los signos o conductas observados sin sacar conclusiones o hacer interpretaciones; en contraste con los datos objetivos están los subjetivos aquellos dados verbalmente por el paciente.

Interrogatorio. El interrogatorio es una forma estructurada de comunicación que la enfermera utiliza para recolectar datos. La historia clínica y la valoración de enfermería al ingreso constituyen un tipo de interrogatorio que se completa al momento del ingreso.

El interrogatorio formal de enfermería no tiene por objetivo principal ser un tratamiento por y en si mismo, sino es un formato organizado para la recolección de datos. La comunicación planeada y deliberada que la enfermera utiliza para ayudar a identificar y satisfacer las necesidades de cuidados de salud del paciente se denomina comunicación terapéutica.

## **Diagnóstico**

Es el segundo paso del proceso de atención de enfermería y es la fase durante la cual la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente.

El diagnóstico es un proceso de análisis de datos e identificación de problemas. Es una forma de tomar decisiones que la enfermera utiliza para establecer juicios y conclusiones acerca de las reacciones del paciente a problemas de salud reales o potenciales.

El diagnóstico de enfermería es la forma de enunciar problemas por medio de la cual la enfermera se comunica profesionalmente.

Los pasos que conlleva la etapa de diagnóstico:

- **Análisis de datos**

Este es el proceso de estudiar los datos y establecer juicios y conclusiones acerca de su significado, analizando los datos de la valoración físicas interrogatorio que se haya hecho en la etapa de valoración.

- **Identificación de problemas**

El siguiente paso es identificar un área amplia de interés (o de concentración) que requiera intervención de enfermería, como nutrición, excreción o información incorrecta o inadecuada. Esta es la identificación de áreas problemáticas.

- **Formulación de diagnóstico de enfermería**

La actividad final en el proceso de diagnóstico es la formulación del diagnóstico de enfermería.

La definición de un diagnóstico de enfermería establece que los problemas que la enfermera elige afrontar se encuentran dentro del campo de la práctica legal de la enfermería, puesto que esta suposición subyace a toda actividad profesional.

Dentro de los tipos de diagnósticos de enfermería que encontramos son:

Diagnósticos reales. Se refiere a un problema que existe en el presente, es decir, que existe en realidad<sup>(3)</sup>.



Diagnósticos de alto riesgo. Es un juicio clínico de que es mas probable que un individuo, una familia o una comunidad sean mas vulnerables que otros a desarrollar un problema en la misma situación o una similar.

Diagnósticos posibles. Son aquellos en los cuales aun no existen datos certeros para la determinación de que exista un problema.

## **Planeación**

Esta es la fase donde se desarrolla un plan para ayudar al paciente a lograr un nivel de funcionamiento optimo o mejorado en las áreas problemáticas identificadas en los diagnósticos de enfermería, analiza los puntos fuertes y débiles del paciente y su familia.

El plan se desarrolla con el objeto de individualizar la atención de enfermería para el paciente y a fin de hacerlo realista dados el hospital o el entorno de atención en casa.

Las actividades que se llevan a cabo dentro del área de planeación son:

- **Establecimiento de prioridades**

La determinación de prioridades tiene por objeto ordenar el suministro de los cuidados de enfermería.

Tomando en cuenta la historia clínica y la exploración física en la valoración así como los signos y síntomas que presenta el paciente, se podrá determinar que intervención y/o problema es aquel que merece mayor importancia y debe ser resuelto en primera instancia.

- **Determinación de objetivos**

Un objetivo es una “meta esperada y medida centrada en el paciente” <sup>(4)</sup> que debe lograrse en algún momento futuro específico.

Para un diagnóstico de enfermería real en el que existe un problema, el objetivo describe un cambio futuro en el estado de salud o el funcionamiento del paciente, con reducción del problema.

Para un diagnóstico de alto riesgo, en el que actualmente no existe un problema, pero tiene alta posibilidad de ocurrir si no se efectúan intervenciones

de enfermería preventivas, el objetivo a menudo es mantener el estado actual libre del problema o el nivel de funcionamiento actual.

Los objetivos podrían evaluarse periódicamente como parte del plan de atención en lugar de fijar una fecha o un momento para la evaluación, ya que el comportamiento del paciente variará de acuerdo con su estado de salud.

- **Planeación de intervenciones de enfermería**

Serán aquellas actividades que se llevarán a cabo con el paciente de acuerdo con los objetivos que se plantearon y a las necesidades del paciente de acuerdo con su estado de salud.

### **Ejecución**

La fase de ejecución consiste en la validación y escritura del plan, suministro y documentación de la atención y continuación de la recolección de datos.

Consiste en validar el plan verificando si este es seguro, razonable e implica calidad en la atención de enfermería, posteriormente se comunicará y documentará, sin embargo el principal componente es en realidad el suministro del cuidado al paciente. La enfermera documenta después en un registro esta atención y la reacción del individuo a ella. Al proporcionarse la atención continúa la valoración del enfermo.

### **Evaluación**

La enfermera evalúa el avance del paciente hacia el logro de los objetivos.

La evaluación es continua durante el suministro de la atención ya que a medida que avanza el cuidado se podrá ir percatando del logro de los objetivos planteados.

## TEORIA DE OREM

### **Modelo de Dorothea Orem.**

Un modelo de enfermería interpreta la teoría para la práctica clínica, y este es el modelo que las enfermeras investigadoras, asistenciales y docentes tienen en cuenta cuando buscan las bases de tal práctica.

El proceso de enfermería no es claramente un modelo para enfermería. Es un método para llevar un modelo a la práctica, una herramienta o un instrumento, propio de la enfermería.

Por lo que se llevará a cabo el desarrollo de un proceso de atención en enfermería con base en el modelo de Dorothea Orem el cual surge en 1959 como una respuesta a la carencia de un marco conceptual para la formación de las enfermeras y su práctica hospitalaria <sup>(1)</sup>. En 1971 completa el diseño del sistema de conceptos, dentro de un modelo de autocuidado, basado en el pensamiento de Kuan-Tzer: "Si a un hombre se le da un pescado podrá comer un día. Si se le enseña como pescar, podrá comer durante toda su vida". En 1980 amplía el modelo hacia el cuidado de grupos de personas, familia y comunidades.

### **METAPARADIGMA.**

- Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, psicológicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.
- Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: es definida como "el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental", por lo que es un concepto inseparable de factores físicos,

psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

-Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

### **Epistemología:**

-La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsiguiente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización hizo posibles nuevos razonamientos deductivos sobre la enfermería.

-Orem cree que la vinculación con otras enfermeras a lo largo de los años le proporcionó muchas experiencias de aprendizaje, y considera que sus trabajos con estudiantes graduados, y de colaboración con colegas, fueron esfuerzos valiosos. Si bien no reconoce a nadie como influencia principal, se citan los trabajos de muchas otras enfermeras en términos de su contribución a la enfermería.

### **Asunción del modelo.**

- Presupone que el individuo tiende a la normalidad.
- El paciente tiene capacidad, quiere participar en su autocuidado.

PRÀCTICA DE LA TEORÌA DE OREM. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

#### Primer paso

- Implica el examen de los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
- Abarca la recogida de datos acerca de estas áreas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente. El análisis de los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

#### Segundo paso

- Implica el diseño y la planificación. Se centra en capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones relacionadas con el autocuidado de su salud.

#### Tercer paso

- Supone poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador.
- Se lleva a cabo por la enfermera y el cliente juntos.

Los principales supuestos de este modelo son los siguientes: enfermería y autocuidado.

Enfermería. Tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades individuales, a través de medidas de autocuidado, provisión y dirección de satisfactores, sobre una base continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades o agresiones y hacer frente a sus efectos. Orem presenta tres ideas teóricas: el autocuidado, la deficiencia en el autocuidado y los sistemas de enfermería <sup>(1)</sup>.

## **Teoría del Autocuidado**

El hombre es un organismo psicosomático con potenciales racionales. Como organismo biológico, existe y responde a su entorno. Como ser racional, formula propósitos y actúa sobre sí mismo, sobre los demás y sobre su ambiente. Por tanto el autocuidado es una contribución del adulto a su propia existencia. Hay tres categorías de autocuidado: universal, de desarrollo y de desviación de la salud. La totalidad de las acciones necesarias de autocuidado se denomina demanda terapéutica.

### **❖ Requisito de autocuidado universal.**

Está relacionado con los procesos de vida, el mantenimiento de la integridad de la estructura y el funcionamiento humano y comprende las siguientes categorías:

- Aire, agua y alimentos.
- Eliminación.
- Actividad y descanso.
- Privacidad e interacción social.
- Prevención de daños, funcionamiento humano y bienestar.
- Estándares de vida; implican los estadios de normalidad con base en teorías científicas, como la de Jean Piaget.

### **❖ Requisito de autocuidado de desarrollo**

Antes de 1980, Orem incluye esta categoría dentro del autocuidado universal. Comprende el mantenimiento de las condiciones para apoyar los procesos de vida y de desarrollo humano, considera el apoyo en los estadios de desarrollo y el cuidado preventivo en las condiciones adversas que los afectan; por ejemplo, la pérdida de seres queridos, posesiones y trabajo entre otros.

### ❖ **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.**

Autocuidado durante la enfermedad. Comprende las acciones siguientes:

- Buscar asistencia médica apropiada en condiciones de enfermedad.
- Atender los efectos de la enfermedad.
- Administrar correctamente las dosis de medicamentos indicados.
- Identificar los efectos de los medicamentos prescritos.
- Aceptar la necesidad del cuidado de salud.
- Alterar el estilo de vida para promover el desarrollo personal, mientras se viven los efectos de la enfermedad y la prescripción de medicamentos.

### **Teoría del déficit de autocuidado.**

La deficiencia del autocuidado es el núcleo de la teoría de Orem, por que el cuidado de enfermería es necesario cuando:

- a) el paciente o las personas responsables de su cuidado tienen ausencia o limitación de habilidades para los requerimientos del autocuidado.
- b) Se necesita utilizar técnicas especiales y aplicar conocimientos científicos.

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente y determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

### **Teoría de los sistemas de enfermería:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona cuidado.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de desarrollar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.



2.- Ayudar u orientar a la persona, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona sujeta de ayuda. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable para el desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación de un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe practicar.

## **ATRESIA ESOFAGICA**

### **Definición**

La atresia de esófago es una anomalía congénita poco frecuente que consiste en una estrechez o estenosis del esófago que impide el paso del alimento desde la boca al estómago <sup>(5)</sup>. La tasa de aparición oscila según las estadísticas: 2 casos por 10 000 recién nacidos con síndrome de Down <sup>(6)</sup>, hasta 3 casos en un total de 184. Aproximadamente el 30% de los niños con síndrome de Down que nacen con atresia esofágica lo hacen de forma prematura. Para evitar que el niño sea prematuro es conveniente que la madre haga reposo relativo y siga los consejos del obstetra.

La atresia esofágica se define como la interrupción de la luz esofágica con o sin comunicación con la vía aérea. Si bien es una malformación del aparato digestivo, debe incluirse dentro de las malformaciones congénitas que condicionan el cuadro de dificultad respiratoria. Por ser una embriopatía, se manifiesta en un elevado porcentaje asociada con otras malformaciones como las cardíacas, músculo esqueléticos, ano-rectales y genitourinarios <sup>(7)</sup>.

## **Incidencia**

Se calcula una incidencia de 1 por cada 3000 a 4500 RN vivos siendo un tercio de los afectados recién nacidos prematuros. En más del 90% de los casos una fístula entre la tráquea y el esófago distal acompaña la atresia.

La relación hombre: mujer es 1: 1. Se encuentran casos en hermanos e hijos de padres con atresia del esófago, sin embargo no existe un patrón hereditario establecido, también hay una mayor frecuencia en gemelos.

## **Etiología y Embriología**

La tráquea y el pulmón nacen de una invaginación endodérmica de la pared ventral del intestino anterior a las 3 semanas de gestación. El primordio respiratorio crece hacia caudal y el esófago hacia cefálico. En este proceso se forman unos tabiques laterales (tabiques traqueo esofágicos) que separaran ambas estructuras. El origen de la Atresia de Esófago, es aún poco claro pero se atribuye a una alteración en la migración de los pliegues laterales, o a una detención del crecimiento en el momento de la invaginación. La alteración se produciría entre la 3<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup> semanas de gestación.

## **Signos y síntomas de presentación y sospecha**

- Polihidramnios
- Salivación aumentada
- Distrés Respiratorio
- Cianosis
- Vómitos con la alimentación (tardío).
- Ahogos y neumonías recurrentes

## **Complicaciones**

La dehiscencia de la anastomosis esofágica es una de las complicaciones del posquirúrgicas inmediatas.

Pueden ocurrir además trastornos pulmonares (neumonías, atelectasias, neumotorax)

Un trastorno potencialmente grave pero que afortunadamente es poco frecuente es la dehiscencia de la sutura traqueal. Se presenta entre las 12 y las 72 horas postoperatorias y su origen es la caída de uno o más puntos. Se pone en evidencia por la salida, a través del drenaje pleural, de gran cantidad de aire y un neumotórax importante. El paciente debe ser intubado y colocado en ventilación de alta frecuencia ya que al entregar menor volumen corriente, disminuye la pérdida de aire por el tubo de drenaje pleural. El tratamiento es quirúrgico y de urgencia debiéndose reparar la dehiscencia traqueal.

Los estudios encontrados acerca del tema de atresia esofágica fueron: un estudio experimental realizado por Diez Pardo en 1996 donde se utilizó adriamicina, la cuál era inyectada a ratas durante el sexto y hasta el noveno día de gestación logrando así reproducir la atresia esofágica con fístula traqueo-esofágica con la inclusión de varias malformaciones asociadas similares a la de los humanos. Teniendo así la oclusión total del esófago, que es generada por un defecto en el desarrollo del tabique traqueo-esofágico. Esta anomalía en algunos casos podría estar acompañada por un polihidramnios (acumulación excesiva de líquido en la cavidad amniótica) debido a que el líquido amniótico no puede avanzar hacia los intestinos y así reabsorberse.

Otro de los estudios encontrados fue acerca de la corrección quirúrgica "long-gap" en once casos coincidía con antecedente de polihidramnios durante su embarazo. Seis pacientes fueron recién nacidos a término y los otros cinco recién nacido pretérmino. Los pesos de nacimiento variaron de 1600 a 3.340 grs. El uso del ascenso gástrico para resolver la atresia de esófago con long-gap mayores a 3 cm. ha sido plenamente exitoso y los niños soportan bien esta cirugía de alta complejidad. En su seguimiento a largo plazo se adaptan bien a las modificaciones anatómicas efectuadas y llevan vida normal con adecuado incremento de peso y desarrollo psicomotor.

En cuanto a la intervención de enfermería recordemos que es de vital importancia un manejo adecuado, viendo al paciente desde un enfoque holístico otorgando un cuidado integral que nos lleve a la satisfacción de sus necesidades, manteniendo siempre presente los cuidados específicos y generales que nos ayuden a priorizar los problemas reales y potenciales que se presenten en dichos casos ya que sabemos que cada paciente es único y debe tener una atención individualizada y que de acuerdo a su evolución se darán los cuidados llevando siempre presente nuestro proceso atención de enfermería.

## VALORACIÓN

### HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

Datos obtenidos por familiar directo padre y madre.

#### ❖ DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: MGA SERVICIO: neonatal

NUMERO DE CAMA: N-4 FECHA DE INGRESO: 01 noviembre 2006

EDAD: 12 horas de vida. SEXO: masculino

#### ❖ ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

No refiere inmunizaciones. Niega ingesta de fórmula o seno materno.

Originario del Distrito Federal, residente del Estado de México.

#### ❖ ANTECEDENTES PERINATALES:

Gesta: 1 cesárea: 1 .

Con control perinatal continuo, ingesta de multivitamínicos no especificada, ultrasonido en numero de 3 reportados normales.

Se obtiene vía cesárea por desproporción céfalo pélvico, en el último ultrasonido es reportado con polihidramnios, no recuerda que fecha específica.

Se presenta producto del sexo masculino que llora y respira al nacer con peso de 3kg, y talla 52cm

Apgar 6=8, Silverman de 2, se refiere utilización de maniobras avanzadas de reanimación por 15seg; así como apoyo ventilatorio de presión positiva inspiratoria por 20 seg., lo anterior por presentar frecuencia cardiaca menor de 100 y pobre esfuerzo respiratorio con cianosis generalizada, se dan 3 ciclos de 20 seg. con masaje cardiaco resulta mejoría y buena respuesta.

❖ **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS EN FAMILIARES DIRECTOS:**

Rama paterna con diabetes mellitus 2, enfisema pulmonar.

Hijo único

❖ **PROBLEMA ACTUAL:**

Menos de 12 horas al nacimiento y la exploración física no se logra pasar sonda orogástrica por lo que se decide tomar radiografía de control, observándose cabo proximal con presencia de aire en estomago por lo que se decide traslado a esta unidad para su valoración y manejo.

❖ **ANTECEDENTES PERSONALES Y HEREDITARIOS:**

Madre de 26 años, hogar, escolaridad carrera técnica, cardiópata valvular no especificada sin tratamiento, grupo de sangre A positivo, niega toxicomanías.

Padre de 35 años de edad titulo en ingeniería, aparentemente sano, grupo A positivo,

❖ **TRATAMIENTOS:**

INDICACIONES:

Ayuno

Soluciones a los requerimientos

Ampicilina 50mg/kg x dox2 (10)

Cefotaxima 50mg/kg xdox2 (10)

Plasma Fresco Congelado 14mg/kg/dox1

Vitamina K 2 x semana

Metamizol 10mg/kg/do

Metoclopramida 0.2mg/kg/do x3

Ranitidina 3mg/kg/do x4

Furosemide

Aspiración continua con sonda doble lumen

Posición a 45° (posición semifowler)

Vigilar datos de dificultad respiratoria

Eutermia estricta

Monitorización continua

Vigilancia de perímetro abdominal por turno

Dextrostix por turno

Control estricto de líquidos

### **Padecimiento actual**

Al ingresar al área de neonatal del hospital se encuentra recién nacido activo-reactivo a estímulos externos, con diagnóstico médico de atresia esofágica tipo III, con los siguientes signos vitales: Frecuencia cardíaca 142 por min., Frecuencia respiratoria = 63 por min., T/A 70/47 (56), Saturación de oxígeno 96%. Tórax simétrico, con presencia de discreto tiraje intercostal bajo, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, perímetro abdominal de 32.5cm blando y depresible. Al ingreso se coloca sonda orogástrica doble lumen y aspiración continua se indica doble esquema de antibiótico ampicilina 50 mg/Kg./dosis omeprazol 1mg/Kg./dosis, recibe consulta de cirugía pediátrica que solicita paraclínicos.

Plan: corrección quirúrgica.

### **❖ EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Dentro de la exploración física se confirmaron los datos obtenidos a través del interrogatorio y así se detectaron nuevos síntomas.

Durante la inspección se encontró:

Paciente de edad aparentemente igual a la cronológica activo-reactivo con ligera palidez de tegumentos y mucosas orales hidratadas no se alcanza a visualizar bien faringe con presencia de sonda orogástrica doble lumen para succión, cráneo normocéfalo, ojos con pupilas isocòricas normoreactivas, buen tono ocular,

narinas permeables sin rinorrea, oído con conducto auditivo externo permeable, cuello cilíndrico corto sin adenopatías palpables, pulsos carotídeos presentes sin alteraciones. Tórax sin alteraciones.

Dentro de la palpación se encontró:

Cráneo sin hundimientos, fontanela normal sin fascies característica.

Abdomen globoso, blando y depresible peristalsis presente, genitales de acuerdo con edad y sexo, extremidades con buen tono y fuerza, llenado capilar de 2", pulsos presentes, sin adenopatías, ni edemas.

Dentro de la auscultación:

Campos pulmonares ventilados, sin estertores audibles, área cardíaca rítmica, con presencia de soplo sistólico predominio pulmonar.

#### **❖ MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIO O AUXILIARES**

RX.: placa toracoabdominal (se introdujo una sonda radio opaca en la bolsa superior, en la cual se observo los cabos ciegos donde no existe permeabilidad)

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática: Leucocitos 14,600, Neutrófilos 72%, Linfocitos 24%, Bandas 0, Hemoglobina 18.9 Hematocrito 52.3%, Plaquetas 114,000.

Grupo sanguíneo A+

Coagulograma TP 29.7 seg. %20, TTP 58.5 seg., INR 3.41

Bilirrubina Total 6.49, Bilirrubina Directa .31, Bilirrubina indirecta 6.18

Electrolitos séricos: Ca 7.5, Sodio 135.8, K 3.81, Cl 88.4, Mg1.6

Dentro del análisis que se llevó a cabo para la obtención de los datos subjetivos y objetivos cabe mencionar que como nuestro paciente es un neonato el interrogatorio durante la valoración se obtuvo de forma directa con sus padres siendo así corroborados los datos subjetivos con los datos objetivos para la obtención de los datos significativos o el razonamiento diagnóstico; que se presenta a continuación.

<b>DATOS SUBJETIVOS (signos)</b>	<b>DATOS OBJETIVOS (síntomas)</b>
✓ Tuvo dificultad respiratoria al	✓ Se observa taquipnea, aleteo



<p>nacer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Me informaron que mi bebe tiene una malformación en el esófago.</li> <li>✓ ¿Cómo va a estar mi bebe?</li> <li>✓ ¿Cuándo va a poder comer mi bebe?</li> <li>✓ ¿Será necesario operar a mi bebe?</li> <li>✓ ¿Cuál es el verdadero estado de salud de mi hijo?</li> <li>✓ ¿Lo dejarán en ayuno prolongado?</li> <li>✓ ¿Cuál es el riesgo que tendrá por no recibir alimento?.</li> <li>✓ No tendré la capacidad para cumplir las responsabilidades de su tratamiento</li> <li>✓ ¿siente o tiene dolor por la cirugía?</li> <li>✓ ¿Cuál es el riesgo que tiene de contraer una infección por la cirugía y cuales fueron los procedimientos que se le hicieron?</li> </ul>	<p>nasal, retracción xifoidea, disnea de esfuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No se logra pasar sonda orogástrica se toma radiografía de control y se observa aire en estómago</li> <li>✓ Desconocimiento acerca de la enfermedad del hijo.</li> <li>✓ Salivación excesiva</li> <li>✓ Incapacidad para ingerir alimento (estenosis de esófago)</li> <li>✓ Ansiedad y temor.</li> <li>✓ Agitación, rechazo y deformación de la realidad relacionada con el problema de salud.</li> <li>✓ Secundarios a cirugía manifestados por irritabilidad, llanto, palidez.</li> <li>✓ Fascies de dolor, disnea de esfuerzo y rechazo a moverse.</li> </ul>
--	--

### **RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO (DATOS SIGNIFICATIVOS)**

Dado a que dentro de la valoración como ya habíamos mencionado el interrogatorio se aplicó directamente a los padres ya que se trata de un paciente neonato el cual necesita de un cuidado totalmente compensatorio y que depende del equipo de salud para su manejo, tratamiento y recuperación, relacionando lo que nos dijeron sus padres con los signos y síntomas que observamos:

Encontramos que dentro de los datos significativos para el cuidado inicial de nuestro paciente estuvieron:

Mejorar y mantener un patrón respiratorio adecuado ya que por su patología presenta taquipnea, aleteo nasal, retracción xifoidea.

Mantener una adecuada permeabilidad en las vías respiratorias ya que tiene una acumulación de secreciones presentando disnea de esfuerzo, taquipnea, salivación excesiva.

Evitar un desequilibrio en el volumen de líquidos por el ayuno prolongado por estenosis esofágica.

Mantener un adecuado aporte de nutrientes ya que es incapaz de ingerir alimentos por la misma.

Mantener una adecuada interrelación padres-paciente-enfermera para evitar ansiedad y temor ya que tienen desconocimiento acerca de la enfermedad de su hijo.

Lograr que los padres comprendan mejor la enfermedad de su hijo, entendiendo los cuidados que necesitará de acuerdo con su enfermedad ya que presentan y refieren incapacidad para cumplir con las responsabilidades del rol secundario a una enfermedad aguda o crónica manifestado por agitación, rechazo y deformación de la realidad por su problema de salud.

Disminuir el dolor presente que es relacionado con traumatismo tisular y los espasmos musculares reflejos, secundarios a cirugía manifestada por irritabilidad, llanto y palidez.

Utilizar medidas de seguridad para reducir al mínimo la posibilidad de lesiones por la incapacidad para movilizarse ya que presenta fascies de dolor, disnea de esfuerzo y rechazo a moverse.

Evitar la presencia de infecciones, contaminación y complicaciones en procedimientos invasivos posteriores a cirugía en el paciente.

### **FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**

El análisis y razonamiento de los factores condicionantes básicos se llevó a cabo dentro de la identificación de los requisitos universales en el déficit de autocuidado que se verán más adelante.

### **IDENTIFICACIÓN DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

➤ **IDENTIFICACIÓN POR REQUISITOS UNIVERSALES**

✓ **MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

De acuerdo con los datos analizados en la valoración encontramos que los factores condicionantes básicos que se encuentran afectados para la satisfacción de este requisito son la edad así como la etapa de vida en que se encuentra (neonato); ya que sabemos que al no poder manejar adecuadamente parte de las secreciones gástricas pueden pasar a las vías respiratorias a través de la fístula, produciendo complicaciones.

Sin embargo a la exploración física se encuentra leve dificultad respiratoria con una frecuencia de 63 X' y a la auscultación encontramos buena entrada y salida de aire sin presencia de estertores ni sibilancias; aunque por su estado de salud y su edad no es capaz de satisfacer su auto cuidado se debe mantener vigilado para la completa satisfacción de este requisito.

✓ **MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS.**

Analizados los datos de la valoración encontramos que dentro de los factores condicionantes básicos que se ven afectados son su edad así como su estado de salud ya que el alimento que se administre por la boca no puede pasar hasta el estómago porque el esófago tiene una zona atrésica (zona de oclusión que no permite el paso). Por lo tanto, el bebé no puede recibir alimentación por vía oral hasta que no sea intervenido. Si se alimentase al bebé por esta vía, tanto con lactancia materna como artificial, vomitaría y podría aspirar el alimento (pasar a la vía respiratoria), identificando así un déficit para el mantenimiento de este requisito; se darán cuidados específicos como la aspiración continua mientras sea intervenido se mantendrá en ayuno y se ofrecerán líquidos por una vía periférica así como nutrición parenteral por una vía central, que permita mantener un adecuado estado de hidratación.

✓ **PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION.**

Dentro de los datos analizados en la valoración encontramos que el principal factor condicionante básico que se ve afectado para la satisfacción de este

requisito es su estado de salud (atresia esofágica) ya que no cuenta con ningún tipo de ingesta; sin embargo por la ministración de líquidos por vía enteral se llevara a cabo un control estricto de líquidos para observar las pérdidas en el cuerpo del paciente así como también la pérdida de peso, por lo que se tratara de seguir manteniendo este requisito.

✓ **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.**

Tomando en cuenta los datos encontrados y analizados en la valoración podemos decir que ningún factor condicionante básico se ve afectado; sin embargo sabemos que se encuentra en un lugar desconocido y habrá momentos en los que se encontrará irritable por lo que se tratará de mantenerlo lo mas tranquilo posible para evitar mayor producción de secreciones . Por lo que podemos decir que este requisito está en vías de desarrollo.

✓ **MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL**

Analizados los datos de la valoración encontramos que los factores condicionantes básicos que mas se ven afectados son su edad, el estado de desarrollo o etapa del ciclo vital en que uno se encuentra. la familia, y el ambiente, ya que sabemos la importancia que tiene el acercamiento entre madre e hijo durante la lactancia materna así como también la interacción con el exterior, ya que en este momento se encuentra dentro del ámbito hospitalario y se afrontarán a diversos tratamientos invasivos que provocarán estrés en el neonato y lo mantendrán con angustia y temor.

✓ **PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.**

Tomando en cuenta los datos de la valoración encontramos que los factores condicionantes básicos que en la satisfacción de este requisito se ve afectado son su estado de salud; ya que por la patología que presenta (atresia esofágica)

tendrá que ser intervenido quirúrgicamente, también sufrir tratamientos invasivos (tales como colocación de catéter, sonda pleural, gastrostomía, etc.) dándose así cuidados específicos para la prevención de peligros ya que su estado de salud estará expuesto a cambios y por su edad se manejará un sistema totalmente compensatorio para la óptima satisfacción de este requisito.

✓ **PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO CONOCIDO Y EL DESARROLLO DE LA NORMALIDAD.**

Prácticamente la totalidad de los factores condicionantes básicos influyen en la satisfacción de este requisito de autocuidado, interfiriendo principalmente en el estado de salud; como observamos en otros aspectos de las limitaciones que presente por su patología antes y después de la cirugía dependerán su evolución y posteriormente su estilo de vida; sin embargo los padres juegan un papel importante en la recuperación del neonato por lo que se deberá mantener una buena interrelación y comunicación con ellos para que aprendan a llevar a cabo los cuidados de una manera óptima en el hogar logrando así concientizarlos para que se logre su autocuidado.

➤ **REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.**

Se encuentra en la etapa neonatal de la vida; aunque afectado por su patología (atresia esofágica) se proveen cuidados necesarios para prevenir efectos anticipados que puedan afectarlo por lo cual identificamos un déficit ya que por el tratamiento y procedimientos que se llevaran a cabo será de vital importancia la

participación de los padres para el manejo en los cuidados específicos que necesitara su hijo para mantener un estado de salud adecuado mientras se lleva a cabo la cirugía correctiva posteriormente a los siete meses.

➤ **REQUISITOS DE DESARROLLO.**

Tomando en cuenta todos los datos recolectados en la valoración de enfermería; se encuentra en la etapa neonatal; dentro del hospital se brindan cuidados necesarios para que no se presenten complicaciones capacitación a los padres en cuanto al manejo de la esofagostomía así como también en la alimentación por la gastrostomía que ayudará al mejor cuidado de su hijo fuera del hospital; por lo que éste se encuentra en vías de desarrollo.

➤ **SISTEMA DE ENFERMERÍA.**

El sistema de enfermería apropiado que será utilizado es el totalmente compensatorio así como también el educativo ya que los manejos pre y postoperatorio serán ejecutados por el personal médico, de enfermería y otras áreas de la salud y en su recuperación se mantendrá una interrelación enfermera-paciente-padres, donde se enseñará y explicarán los cuidados y manejos que se llevara a cabo en casa en el baño, la alimentación, el sueño y la actividad que lo ayude a mantener estable y poder mantener un estilo de vida mejor mientras sea realizada la operación correctiva posteriormente, ya que sabemos que avanzará a las siguientes etapas.

### **PLAN DE CUIDADOS**

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE: M G M SERVICIO: neonatal  
NUMERO DE CAMA: N-4 .FECHA DE INGRESO: 01 noviembre 2006  
EDAD: 12 horas de vida SEXO: masculino  
DIAGNÒSTICO MEDICO: Atresia Esofágica III

**REQUISITO UNIVERSAL:** Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Alteración de la protección relacionada con estenosis de esófago manifestada por disnea de esfuerzo, fatiga, irritabilidad y llanto.

**RESULTADO ESPERADO:** Mantener un adecuado control y manejo del paciente para la satisfacción de sus necesidades.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener al paciente lo mas relajado posible.</li> <li>• Se tomarán signos vitales al paciente.</li> <li>• Colocación en una posición cómoda.</li> <li>• Efectuar cambios de posición frecuentes.</li> <li>• Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una relación que brinda apoyo, atención y ayuda, estimula conductas para disminuir, controlar o aliviar el dolor.</li> <li>• La toma de signos vitales en momento de dolor nos indicará si existe alguna variación específica en sus constantes vitales.</li> <li>• Una posición adecuada le da un mejor confort al paciente disminuyendo su nivel de estrés.</li> <li>• Los cambios de posición frecuentes evitan aparición de úlceras por presión.</li> <li>• La hoja de enfermería es un documento legal de intercomunicación con el personal de enfermería</li> </ul>

**EVALUACIÓN:** se logró mantener una adecuada protección del paciente.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Patrón respiratorio ineficaz relacionado con estenosis de esófago (atresia esofágica) manifestado por taquipnea, aleteo nasal, retracción xifoidea.

**RESULTADO ESPERADO:** Mejorar y mantener un patrón respiratorio adecuado pre y postoperatorio.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Preoperatorio.	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente es posición semifowler.</li> <li>• Valorar datos de dificultad respiratoria (retracción, cianosis, aleteo nasal, polipnea)</li> <li>• Mantener monitorización continua de los signos vitales, valorando frecuencia cardiaca y respiratoria.</li> <li>• Valorar constantemente la saturación de oxígeno del paciente con el monitor así como la coloración y llenado capilar del paciente.</li> <li>• Colocación de oxígeno indirecto a 3l. por minuto con casco cefálico.</li> <li>• Tratar de disminuir el estrés del paciente.</li> <li>• Vigilancia continua de los movimientos respiratorios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La posición semifowler favorece la relajación muscular y una mejor respiración</li> <li>• La falta de oxígeno produce aprehensión y ansiedad al paciente.</li> <li>• Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden, percibir y medir en un organismo</li> <li>• La hematosis es el intercambio de gases entre los alvéolos y las células tisulares que permiten observar la saturación de cada individuo.</li> <li>• La necesidad de oxígeno en el organismo, guarda relación con el metabolismo celular, restableciendo así la concentración normal en sangre.</li> <li>• Las sustancias volátiles son inhaladas y a través del endotelio pulmonar o mucosas del aparato respiratorio pasan rápidamente a la sangre.</li> <li>• La disminución de estrés a veces a minora el consumo de oxígeno del miocardio y mejora la sensación de bienestar general.</li> <li>• La actividad del centro respiratorio aumenta en relación directa con la elevación o disminución de la concentración de CO<sub>2</sub> y gran cantidad de O<sub>2</sub> las respiraciones serán mas débiles y de frecuencia</li> </ul>
--	---



<p>Postoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar al área de inhaloterapia un ventilador.</li> <li>• Colocar al paciente en cuna de calor radiante en posición semifowler.</li> <li>• Conectar al paciente al ventilador a la llegada de quirófano.</li> <li>• Mantener en modalidad A/C con un FiO2 al 100%.</li> <li>• Monitoreo y toma de signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, T/A y temperatura)</li> <li>• Valorar saturación de oxígeno</li> <li>• Valorar continuamente cánula endotraqueal.</li> <li>• Efectuar anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.</li> </ul>	<p>mas lenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La eficacia del tratamiento dependerá del trabajo en equipo de las diferentes áreas multidisciplinarias.</li> <li>• La posición semifowler favorece la eliminación de secreciones y facilita la respiración.</li> <li>• El ventilador mecánico es un medio eficaz por medio del cual se podrá mantener una respiración artificial a corto o largo plazo del paciente.</li> <li>• Los efectos de la anestesia y pérdida de líquidos son factores a considerar durante la valoración de los signos vitales.</li> <li>• La oxigenación adecuada al paciente, incrementa un intercambio gaseoso favorable, acelera la eliminación del anestésico e impide la atelectasia.</li> <li>• La hoja de enfermería es un documento médico legal, que debe ser llenado en forma legible sin tachaduras ni borrones.</li> </ul>
---	--

**EVALUACIÓN:** Se logró mantener un adecuado control en el patrón respiratorio.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Limpieza ineficaz de vías respiratorias relacionado con acumulación de secreciones manifestado por disnea de esfuerzo, taquipnea y salivación excesiva.

**RESULTADO ESPERADO:** Mantener una adecuada permeabilidad en las vías respiratorias.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<p>Preoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Practicar succión continua con</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La aspiración continua permitirá</li> </ul>

<p>sonda doble lumen. (una para aspirar y otra para irrigar con solución inyectable )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar que la sonda de aspiración no se encuentre en contacto con la mucosa.</li> <li>• Vigilar que la sonda de permanencia se mantenga permeable.</li> <li>• Aspirar la boca para mantenerla libre de secreciones.</li> <li>• Observar signos de estrés respiratorio.</li> <li>• Mantener limpios los orificios de la nariz del paciente.</li> <li>• Mantener vigilado el patrón respiratorio</li> <li>• Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.</li> </ul> <p>Postoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar permeabilidad de cánula endotraqueal.</li> <li>• Auscultar campos pulmonares en busca de estertores y/o sibilancias.</li> </ul>	<p>extraer la saliva del esófago proximal, para evitar las complicaciones broncopulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la sonda de aspiración nunca deberá estar en contacto con la mucosa de la bolsa esofágica, ya que podría ocasionar lesiones en la misma.</li> <li>• La permeabilidad de la sonda asegura un buen tratamiento.</li> <li>• La utilización de una técnica adecuada de aspiración permite evitar complicaciones como bronco aspiración.</li> <li>• La vigilancia continua del paciente permite la detección oportuna de trastornos mentales y de la conciencia, cambios de coloración, sudoración, así como alteración en los signos vitales.</li> <li>• La obstrucción de las vías respiratorias hace que aumente la frecuencia respiratoria y llega a producir cianosis.</li> <li>• La limpieza adecuada de las vías respiratorias permite mantener un adecuado patrón respiratorio.</li> <li>• La hoja de enfermería es un documento legal de intercomunicación con el personal de enfermería.</li> <li>• El tubo endotraqueal es la vía aérea artificial más utilizada durante periodos cortos.</li> <li>• La valoración continua del paciente</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiración de secreciones por cánula y boca.</li> <li>• Valorar la permeabilidad de las vías respiratorias</li> <li>• Succionar con frecuencia por lo menos de 1 a 2 horas</li> <li>• Administración de fisioterapia torácica según prescripción.</li> <li>• Ministración de micronebulizaciones</li> <li>• Lavarse las manos</li> <li>• Limpiar la parte de la piel que rodea la esofagostomía con agua.</li> <li>• Secar meticulosamente la esofagostomía</li> <li>• Cubrir con una gasa estéril vaselinada y cambiar cuantas veces sean necesarias evitando acumulación de secreciones.</li> </ul>	<p>permite identificar alteraciones evitando así complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las indicaciones de intubación endotraqueal son el mantenimiento y protección de la vía aérea, el control de las secreciones..</li> <li>• La valoración permanente de las vías respiratorias permitirá evitar complicaciones teniendo así un adecuado control terapéutico.</li> <li>• Mantener una adecuada aspiración de secreciones evitará la presencia de atelectasias, desaturación, etc.</li> <li>• La fisioterapia pulmonar nos permite un mejor manejo de secreciones así como un confort al paciente.</li> <li>• Las micronebulizaciones ayudarán a la fluidificación de las secreciones antes de las aspiraciones.</li> <li>• El lavado de manos evita la diseminación de agentes patógenos así como las infecciones cruzadas.</li> <li>• El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.</li> <li>• El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones.</li> <li>• La vaselina ayuda a mantener hidratada la zona esofágica.</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÓN:** Se evitan complicaciones en la permeabilidad de las vías respiratorias como bronco aspiración.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con ayuno prolongado por estenosis esofágica.

**RESULTADO ESPERADO:** Evitar un desequilibrio en el volumen de líquidos del paciente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vigilar signos vitales con frecuencia, buscando cambios en la frecuencia cardiaca y la presión arterial.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• En las alteraciones hemodinámicas se confirma descenso de la presión arterial pulmonar, del gasto cardiaco y de la tensión arterial media, con</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el estado de hidratación del paciente.</li>   <li>• Colocación de un catéter central.</li>         <li>• Administración de líquidos parenterales y electrolitos según indicación médica.</li>   <li>• Calcular y medir pérdidas insensibles.</li>   <li>• Llevar un estricto control de líquidos.</li>   <li>• Mantener en eutermia estricta al paciente.</li> </ul>	<p>aumento de la resistencia vascular media.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una deshidratación predispone a un estado de choque, retención de productos metabólicos de desecho y a trastornos electrolíticos.</li>   <li>• El uso de catéteres largos por vía intravenosa permite la administración de líquidos, electrolitos, y medicamentos por largo tiempo, sin que el paciente presente reacciones secundarias como flebitis, infecciones con otras formas como la venoclisis.</li>   <li>• La infusión de líquidos, electrolitos y sustancias por vía intravenosa tienen la ventaja de su rápida absorción, pues pasan de forma directa al líquido extracelular y los organismos homeostáticos corporales.</li>   <li>• Las pérdidas normales son las derivadas del volumen de orina, el agua contenida en las heces, las pérdidas sensibles y las pérdidas insensibles de vapor de agua a través de los pulmones y la piel.</li>   <li>• Los registros exactos de ingresos y egresos de líquidos, ayudan notablemente a valorar el estado del balance hídrico en el paciente.</li>   <li>• La elevación de la temperatura corporal aumenta la cantidad de desechos metabólicos presentes en el organismo que requiere entonces</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectuar anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería (ingresos y egresos )</li> </ul>	<p>una cantidad adicional de líquidos, para poder excretarlos por el riñón.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La hoja de enfermería es un documento legal de intercomunicación con el personal de enfermería.</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÓN:** Se mantuvo un adecuado equilibrio hidroelectrolítico.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de bajo aporte de nutrientes relacionado con ayuno prolongado por incapacidad para ingerir alimentos (estenosis de esófago)

**RESULTADO ESPERADO:** Mantener un adecuado aporte de nutrientes.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Preoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener en ayuno al paciente.</li> <li>• Tomar peso diario de paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las anomalías congénitas, los estados infecciosos y los trastornos por agentes externos en el aparato digestivo, son factores que determinarán la necesidad de alimentos en ese momento.</li> <li>• La pérdida de peso en un paciente que no está acorde con su edad y</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de glucemia capilar (dextrostix)</li> <li>• Toma de exámenes de laboratorio. Biometría hemática, Grupo sanguíneo coagulograma, tiempo de protrombina, Bilirrubinas, Electrolitos séricos</li> <li>• Solicitar nutrición parenteral</li> <li>• Preparación e instalación de nutrición parenteral.</li> <li>• Practicar aseo bucal.</li> </ul> <p>Postoperatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar la gastrostomía a derivación</li> </ul>	<p>talla, implica trastornos en su estado de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La glucemia capilar permite valorar la glucosa en sangre en un paciente.</li> <li>• La toma de exámenes de laboratorio ayudan a tener un mejor diagnóstico para decidir su tratamiento.</li> <li>• La presencia de humedad o sustancias en el material, equipo y región seleccionada, son factores que influyen en la hemólisis.</li> <li>• La alimentación parenteral total en el recién nacido es un método desarrollado para suministrar por vía intravenosa los sustratos energéticos y nutricios a un paciente cuya función gastrointestinal está afectada debido a condiciones clínicas patológicas, malformaciones o inmadurez. Aporta carbohidratos, lípidos, aminoácidos, electrolitos, oligoelementos, vitaminas y agua.<sup>(13)</sup></li> <li>• La preparación de la nutrición parenteral se hará de forma estéril para prevenir introducción de microorganismos patógenos.</li> <li>• El aseo bucal frecuente mantiene limpias las mucosas y permeables las glándulas salivales, favoreciendo la salivación.</li> <li>• La sonda de gastrostomía a derivación permitirá que el aire escape y que las secreciones gástricas pasen al duodeno por un tiempo.</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar la estimulación enteral por gastrostomía (pues la nutrición adecuada es un factor importante para la cicatrización.)</li>   <li>• Alimentación por gastrostomía. <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Preparar material y equipo (fórmula, equipo de alimentación, jeringa, gasa, guantes)</li> <li>❖ Medir perímetro abdominal pre y postprandial.</li>   <li>❖ Abrir equipo de alimentación colocando fórmula, jeringa y gasas.</li> <li>❖ Colocar guantes.</li>   <li>❖ Abrir sonda de gastrostomía, conectando jeringa y succionando para revisar residuo gástrico</li> <li>❖ Retirar jeringa desechando residuo si existió.</li> <li>❖ Quitar émbolo de la jeringa, conectándola posteriormente a sonda de gastrostomía.</li> <li>❖ Colocar fórmula en la jeringa ministrando a gravedad y posteriormente enjuagarla con solución inyectable</li> <li>❖ Dejar elevada la sonda de gastrostomía por 20seg para mejor absorción de la fórmula.</li>   <li>❖ Lubricar sonda así como mantener permeabilidad de la misma.</li>   <li>❖ Posteriormente cerrar la sonda de gastrostomía.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La estimulación enteral permite comenzar a adaptar, complementar o sustituir nutrimentos para cubrir las necesidades adicionales originadas por procesos patológicos.</li>   <li>❖ La preparación de material y equipo favorece ahorro de tiempo y esfuerzo.</li>   <li>❖ La medición del perímetro abdominal permitirá observar si existe distensión abdominal.</li>   <li>❖ La aspiración de contenido gástrico permitirá valorar el residuo así como las características manteniendo un adecuado control.</li>   <li>❖ A mayor altura, mayor presión.</li>   <li>❖ Por acción de la gravedad los líquidos tienden a ir hacia abajo.</li>   <li>❖ Una irrigación frecuente a la sonda con pequeñas cantidades de solución salina, asegura su permeabilidad constante.</li> <li>❖ Una sonda mal ajustada favorece el regreso del contenido gástrico.</li> <li>❖ La integridad de la mucosa evita la introducción de agentes patógenos.</li> </ul>
--	---



<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Valorar sitio de inserción en busca de fuga, infección, etc.</li> <li>❖ Dejar cómodo al paciente, en su cuna.</li> <li>• Ofrecer al neonato un chupón para estimulación del reflejo de succión a menos que este contraindicado.</li> </ul>	
---	--

**EVALUACIÓN:** Se mantiene un adecuado aporte de nutrientes.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Dolor agudo relacionado con traumatismo tisular y los espasmos musculares reflejos secundarios a cirugía, manifestados por irritabilidad, llanto y palidez.

**RESULTADO ESPERADO:** Disminuir el dolor presente después de la cirugía.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se tomarán signos vitales al paciente.</li> <li>• Mantener eutermia estricta.</li> <li>• Reducir las manipulaciones del bebe al mínimo imprescindible durante las primeras horas poscirugía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vigilancia constante e información oportuna en relación con los signos vitales cada 15 a 30 minutos, permite la detección oportuna de evidencia de complicaciones, así como su pronta solución <sup>(15)</sup>.</li> <li>• La tranquilidad del paciente depende de la ausencia de dolor, de complicaciones posanestésicas, así como de una posición confortable</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministraciòn de analgèsicos segùn prescripciòn mèdica (metamizol sòdico intravenoso por razòn necesaria, ketorolaco intravenosos 30mg)</li> <li>• Corroborar indicaciòn mèdica así como revisar 5 correctos.</li> <li>• Hacer anotaciones correspondientes en la hoja de enfermerìa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La farmacoterapia con enfoque preventivo para el dolor, lo mitiga con dosis total inferior y reduce los efectos secundarios.</li> <li>• El mantener un adecuado control de las indicaciones así como del expediente clìnico ayuda a mantener un adecuado control terapéutico.</li> <li>• La hoja de enfermerìa es un documento legal de intercomunicaciòn con el personal de enfermerìa</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÒN:** Se mantiene al paciente tranquilo en una posiciòn confortable para mitigar en la medida de lo posible el dolor.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Prevenciòn de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

**DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA:** Riesgo de infecciòn relacionado con procedimientos invasivos (cirugía, colocaciòn de sello pleural, gastrostomìa y esofagostomìa)

**RESULTADO ESPERADO:** Evitar la presencia de infecciones, contaminaciòn y complicaciones en procedimientos invasivos posteriores a cirugía en el paciente.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÒN CIENTÌFICA
<p>❖ <b>Cuidado de herida quirúrgica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la herida quirúrgica y si presenta sangrado.</li> <li>• Avisar al mèdico si existe sangrado excesivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La detecciòn oportuna y correcta de las manifestaciones clìnicas permite la remisiòn del paciente a profesionales de la salud indicados.</li> <li>• Son signos de acciones locales desfavorables, la consecuciòn de cianosis, el enrojecimiento, la palidez o tono grisáceo en piel y la apariciòn de vesículas.</li> <li>• El calor estimula los receptores de las terminales nerviosas sensoriales</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer curación diaria a la herida quirúrgica.</li> <li>• Preparación de material y equipo; apósito, gasas, guantes, solución jabonosa, isodine, micropore.</li> <li>• Retirar el apósito; observando las características de la herida quirúrgica, color, olor, consistencia, si drena o no.</li> <li>• Realizar curación con técnica aséptica del centro a la periferia.</li> <li>• colocar apósito y fijarla.</li> <li>• Efectuar anotaciones en la hoja de enfermería de las características de la herida quirúrgica.</li> </ul> <p>❖ <b>Cuidado de la gastrostomía.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El soporte externo de la sonda puede levantarse y girarse ligeramente, de forma suave.</li> <li>• Limpiar diariamente la parte externa de la sonda, de dentro hacia fuera, de forma suave con agua y jabón.</li> <li>• Una vez al día debe girarse la sonda para evitar adherencias.</li> </ul>	<p>libres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La desinfección integra los procesos físico y químico por los cuales se destruyen los agentes patógenos</li> <li>• La preparación de material y equipo ahorra tiempo y esfuerzo.</li> <li>• La valoración clínica previa a cualquier terapéutica permite obtener un diagnóstico oportuno para planear una atención eficaz y eficiente al paciente.</li> <li>• La aproximación de bordes, tipo y volumen de secreción, presencia de inflamación, dolor pulsátil, fiebre, cefalea, determinan el tipo de curación que se practique.</li> <li>• La herida quirúrgica se considera mas limpia en relación con la zona circundante.</li> <li>• La protección de heridas con material estéril evita su contaminación.</li> <li>• Las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería permitirán mantener una comunicación entre el equipo multidisciplinario.</li> <li>• El valorar la permeabilidad y la colocación de la sonda permitirán evitar complicaciones como adherencias, infección, fuga, etc.</li> <li>• El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos.</li> <li>• Un manejo firme y suavemente dirigido de las sondas en una herida, evita lesiones, hemorragia y</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar si hay distensión abdominal</li> </ul> <p>❖ <b>Cuidado del catéter central.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroborar y mantener la permeabilidad del catéter.</li> <li>• Lavar lumen de catéter posterior a la aplicación de medicamentos así como de paso de plasma y paquete eritrocitario.</li> <li>• Observar signos de infección como secreción (olor, color y apariencia), enrojecimiento, calor local, fiebre y signos de extravasación.</li> <li>• Hacer curación de catéter.</li> <li>• Colocación de membrete de fecha de instalación y fecha de curación.</li> <li>• Mantener en continua vigilancia, reportando cualquier cambio.</li> </ul> <p>❖ <b>Cuidado de sonda pleural</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar cambios frecuentes de posición.</li> <li>• Conservar la permeabilidad del</li> </ul>	<p>dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroborar la permeabilidad de la luz del catéter ayudara a evitar que se tape ya que algunas sustancias y medicamentos se cristalizan dejando disfuncional el lumen.</li> <li>• Lavar la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende (siempre que no sea un fármaco vaso-activo.) ayudará a mantener una adecuada permeabilidad en el catéter.</li> <li>• La identificación oportuna y temprana de signos de infección nos ayudará a evitar complicaciones como extravasación de líquido, necrosis, etc.</li> <li>• La curación de catéter cada siete días permitirá la valoración de signos de infección en sitio de inserción.</li> <li>• La movilización frecuente evita complicaciones en el tejido tisular así como evitar aparición de atelectasias y neumonía.</li> <li>• El mantenimiento del drenaje con sonda torácica con succión de sello bajo el agua, permite expansión pulmonar total y favorecer la</li> </ul>
---	--

<p>drenaje torácico (vigilar que se mantenga el sistema cerrado), si se rompe el sistema cerrado se deberá colocar inmediatamente una pinza para evitar un neumotórax.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantificar gasto de la sonda pleural</li> <li>• Llevar un estricto control de líquidos</li> <li>• Observar características del gasto de las onda</li>   <li>• Realizar anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.</li>   <li>• No permitir que el paciente se cansé o fatigüe.</li>           <li>• Vigilar frecuencia cardiaca.</li>           <li>• Cuidar apósitos y herida quirúrgica</li> </ul>	<p>curación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el drenaje de la sonda en cuanto a cantidad y características nos ayuda a mantener un mejor control terapéutico evitando así complicaciones como hipovolemia.</li>   <li>• La hoja de enfermería es un documento médico legal que ayuda a mantener una comunicación entre el personal de salud.</li> <li>• La intensidad del dolor varía con el tipo de incisión y la intolerancia individual al mismo.</li> <li>• Una posición adecuada que ayude al confort del paciente permite que el aire residual se eleve a la porción superior del espacio pleural, de donde puede retirarse con la sonda torácica <sup>(12)</sup>.</li>   <li>• La vigilancia de la frecuencia y ritmo cardiaco permite identificar oportunamente disritmias posteriores a cirugía.</li>   <li>• El manejo adecuado de la herida quirúrgica en cuanto características de color, olor etc, ayudará a evitar infecciones</li> </ul>
---	--

**EVALUACIÓN:** Se evitan complicaciones y presencia de infecciones en el paciente.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, las limitaciones y el desarrollo de la normalidad.

**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Riesgo de deterioro de la salud relacionado con desconocimiento de la enfermedad.

**RESULTADO ESPERADO:** Mantener una adecuada interrelación padres-paciente-enfermera para evitar ansiedad y temor.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• explicar los procedimientos necesarios a los padres.</li>   <li>• Orientar en cuanto al ambiente del hospital y del área de cuidados intensivos del área de neonatal.</li>   <li>• Ofrecer tranquilidad y apoyo a los padres acerca del tratamiento de su hijo.</li>   <li>• Enseñar los procedimientos que deberán aplicar en el hogar cuando</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunicación enfermera-paciente-familiar favorece un mejor ambiente terapéutico.</li>   <li>• Una explicación clara concisa y concreta favorece al mejor entendimiento y cooperación de los padres para la satisfacción del cuidado de su hijo.</li>   <li>• Una explicación adecuada acerca del manejo terapéutico del paciente ayuda a evitar ansiedad y angustia en los familiares.</li>   <li>• La ansiedad es una reacción emocional a la percepción de peligro real o imaginario, con repercusiones fisiológicas, psicológicas y conductuales.</li>   <li>• El proceso de comunicación y la</li> </ul>

<p>sea egresado del hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Aseo (baño)</li> <li>❖ Enseñar la alimentación por gastrostomía.</li> <li>❖ Enseñar el cuidado de la gastrostomía.</li> <li>❖ Enseñar el cuidado de la esofagostomía</li> <li>❖ Enseñar a identificar los signos de dificultad respiratoria.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer apoyo psicológico a los padres, ayudándolos a entender las necesidades de su hijo en alimentación, calor, comodidad, estimulación y afecto.</li> </ul>	<p>relación interpersonal influyen en la participación efectiva del individuo y familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo educativo es importante para la toma de decisiones ya que se adquiere conocimiento, experiencia y práctica.</li> </ul>
--	---

**EVALUACIÓN:** Los padres comprendieron el estado de salud del paciente así como el tratamiento que se estaba otorgando.

**REQUISITO UNIVERSAL:** Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, las limitaciones y el desarrollo de la normalidad.

**DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA:** Afrontamiento familiar ineficaz incapacitante relacionado con alteración de la capacidad para cumplir las responsabilidades del rol secundario a una enfermedad aguda o crónica manifestado por agitación, rechazo y deformación de la realidad relacionada con el problema de salud del paciente.

**RESULTADO ESPERADO:** lograr que los padres comprendan mejor la enfermedad de su hijo, entendiendo los cuidados que necesitará de acuerdo con su enfermedad.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir a los padres visitarlo, así como mantener una relación de cuidado enfermera-paciente-padres.</li>   <li>• Facilitar la expresión de sentimientos, miedos, preocupaciones y dudas en relación con la situación.</li>   <li>• Ayudar a los padres a analizar y afrontar su nueva e inesperada situación y las necesidades derivadas de ella</li> <li>• Facilitar que los padres puedan hablar con el médico para que les informe sobre el problema de salud de su hijo</li>   <li>• Conocer lo que ya saben los padres sobre el problema de salud de su hijo, antes de dar información</li> <li>• Valorar si existe signos de desilusión, rechazo e indiferencia hacia el niño (sostener al pequeño lejos del cuerpo, no mirarlo, no cuidar su alimentación, higiene o vestido, no consolarlo cuando llora).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comprensión del cliente y familia puede favorecer su cooperación en el tratamiento manteniendo un confort dentro del ambiente hospitalario.</li>   <li>• La información a familiares sobre el pronóstico de y las alternativas terapéuticas respecto al paciente, facilita la comprensión y participación de éstos, en su atención.</li>   <li>• La utilización de terapias adecuadas a cada caso, ayudan al individuo a su encuentro para lograr paz, serenidad, aceptación y dignidad en la medida de sus capacidades y actitudes.</li>   <li>• Las técnicas terapéuticas para transformar sentimientos en primeros auxilios psicológicos y terapia de crisis, tienen como objetivo principal controlar la ansiedad y funcionamiento corporal, y enfrentar al individuo a crisis y situaciones nuevas o resolutivas.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Intentar que los padres entiendan que el niño les necesita y que condiciona sus respuestas, a la actitud de ellos demuestran.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una atención basada en la comprensión, aceptación y apoyo, estimula el comportamiento para disminuir, controlar o eliminar problemas emocionales y espirituales.</li></ul>
---	--

**EVALUACIÓN:** Los padres demostrarán aumento progresivo de las conductas de unión con su hijo, así como los cuidados que se deben tener de acuerdo con su enfermedad.

## PLAN DE ALTA

De acuerdo con el diagnóstico (atresia esofágica) y a los cuidados que fueron otorgados dentro del área de neonatal al paciente y el previo acercamiento de los padres con él, se elaboró un plan de alta donde se continuó con apoyo educativo ya que dentro del hospital se ofreció un adiestramiento previo en alimentación, baño e higiene, etc.

Dentro de los cuidados de mayor importancia al egreso del paciente están la integración al ámbito familiar ya que sabemos que será su primer contacto con su nuevo hogar. Se explicó a la mamá la importancia de los cuidados que debe llevar en su casa, siendo estos solo una guía para la satisfacción de las necesidades de su hijo así como el cumplimiento de sus demandas de autocuidado, dentro de las cuales fueron:

### Alimentación

Se enseñó a la mamá la técnica para administrar la fórmula por la sonda de gastrostomía durante su hospitalización.

Se explicó también que tras la toma, coloque a su bebe en posición ligeramente elevada, dejándolo en decúbito lateral derecho ya que esta posición reduce el riesgo de aspiración al facilitar el vaciado gástrico y la eliminación de gases intestinales.

Se enseñó a movilizar al niño suavemente, así como mantener la temperatura del bebe, cubriéndolo de acuerdo con la época y/o estación del año.

Se enseñó que debe respetar las pausas que el bebe haga durante la ingesta y que no fuerce la alimentación si muestra signos de saciedad, explicando así que los recién nacidos frecuentemente expulsan pequeñas cantidades de leche durante la toma o poco después de ella. La alimentación demasiado rápida y la ingesta de aire pueden relacionarse con este hecho

## Higiene y piel

Se enseñó a la madre a llevar a cabo el baño del bebe cuando su temperatura sea estable (37° durante 2 horas). El bebe tiene una superficie corporal grande en relación con su masa y por ello pierde calor con más facilidad que un adulto. Después del parto el niño entra en un periodo de reposo y sueño que dura entre 4 y 6 horas y es conveniente que despierte.

Se explico la importancia del secado del bebe y en especial el secado de la cabeza ya que ésta representa la cuarta parte de la superficie corporal y por ello, un secado incompleto provoca pérdida importante de calor por evaporación

Se orientó para que organice los cuidados de forma que el bebe esté destapado el menor tiempo posible

## Eliminación

Se enseñó a los padres a cambiar el pañal. Explicándoles que han de revisarlo antes y después de cada toma, cambiarlo siempre que sea preciso

Y observar las características del meconio y las diferentes deposiciones según la lactancia. En la lactancia materna las defecaciones son claras de color amarillo oro, ruidosas y sin olor. En la lactancia artificial son espesas de colores amarillo limón y más olorosos.

## Movilización

Se explicó a los padres que deben reducir las manipulaciones del bebe al mínimo imprescindible durante las 6 primeras horas de vida, respetar sus periodos de descanso y sueño y esperar siempre que sea posible que el bebe esté despierto para cambiarle el pañal, bañarle o alimentarle y que cuando el niño duerma mantengan la habitación a temperatura adecuada, sin ruidos y con luz tenue.

Se informó a los padres que es saludable, para ellos y para el niño, sostenerle y hablarle cuando esté despierto.

## Seguridad

Se explicó que cuando el bebé llora revisen el pañal, y que observen si tiene hambre y lo sostengan en brazos para romper el “ciclo de sobresalto”. Este ciclo es la respuesta del neonato a un estímulo desagradable y consiste en un sobresalto seguido de un intenso estado de llanto y agitación de brazos y piernas al que suceden otros sobresaltos seguidos de mayor actividad y llanto

Se enseñaron a los padres las técnicas de consuelo (música suave, baño caliente, movimientos repetitivos, colocando una mano firme sobre el bebé, sujetar suavemente sus brazos, sostenerle), así como también que cuando carguen al bebé lo hagan sin brusquedad, de manera firme y relajada

Se explicó a los padres sobre ciertas conductas del bebé (llanto frecuente, actitud rígida al cogerle en brazos, escasa respuesta de los estímulos) que pueden dificultar la creación del vínculo afectivo con él y que ello no tiene nada que ver con su capacidad como padres

Se explicó también a los padres que es habitual que el bebé presente hipo o estornudos

## Manejo efectivo del régimen terapéutico

Se explicó el manejo de los medicamentos que fueron prescritos por su médico para ser ministrados en su hogar.

Se facilitó la expresión de dudas durante el egreso de Maximiliano desarrollando así un mejor aprendizaje por parte de los padres.

Se evaluaron los conocimientos y destrezas de los padres, observando como administrar los cuidados de su hijo esto mientras se otorgaba el adiestramiento dentro del hospital.

Se informó de la cita en el hospital a los padres con el día y la hora de la primera visita

Se proporcionó a la familia, la documentación escrita necesaria para que puedan consultarla en casa y que preguntarán antes del alta todas las dudas que tuvieran antes de que se fueran.

## **CONCLUSIONES**

El periodo neonatal, por ser el de mayor morbilidad de la infancia y por su carácter de transición entre la vida intrauterina y extrauterina, es uno de los que requieren mayor atención de Enfermería. El bebe debe superar con éxito su primer paso hacia la independencia y los padres han de reorganizar su vida para atender al nuevo miembro de la familia, sin poner en juego su estabilidad personal ni familiar. Enfermería, tanto por su relación con los padres y con el niño como por la continuidad de la atención que presta, asume la responsabilidad de facilitar la adaptación de los padres al bebe y de estos a la nueva situación.

Es por ello que se llevó a cabo la ejecución de un proceso de atención de enfermería desde su ingreso hasta su egreso, logrando la identificación de los problemas reales y potenciales de un paciente con atresia esofágica con la metodología y teoría de Dorothea Orem, logrando así la satisfacción de sus demandas de auto cuidado.

Este plan de cuidados incluye los diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales que presenta o puede presentar el recién nacido, durante su estancia en el hospital. Los diagnósticos de enfermería seleccionados son los que atañen directamente al niño y algunos que presentan su padres y pueden influir de forma considerable en los cuidados que presten al bebe.

Podemos concluir que el proceso atención de enfermería me fue de mucha ayuda para reafirmar los conocimientos adquiridos durante mi formación y darme cuenta que el proceso siempre se llevará a cabo en la atención de todo paciente ya que se ofrece un cuidado integral dentro de la esfera bio-psico-social y que puede ser flexible de acuerdo con la recuperación de cada paciente.

## **SUGERENCIAS**

Dentro de las sugerencias que puedo hacer referentes al trabajo y mi experiencia en el mismo; sería: Que se unificaran criterios dentro de la carrera de enfermería en la aplicación del proceso enfermería ya que se ha observado que este es efectuado y/o desarrollado en forma distinta, aunque sabemos que el objetivo principal del proceso es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad siendo estas reales o potenciales para llegar a la satisfacción completa de sus necesidades.

Que se contara con mayor disponibilidad de libros actualizados dentro de la biblioteca, para que así se pudiera comparar y conocer las actualizaciones que se han llevado a cabo.

Sin embargo fue de mucha satisfacción haber contado con el asesoramiento de la Dra. Cuamatzi Peña para la elaboración de mi proyecto ya que si cambió desde la presentación y aplicación del proceso como alguna vez lo trabajé en la Facultad.

## GLOSARIO

AGENCIA. Facultad para emprender una acción con el fin de lograr objetivos específicos.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO. La compleja capacidad adquirida por la persona adulta o en proceso de maduración de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas, con un propósito concreto, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE. Las capacidades desarrolladas y en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de cuidado terapéutico de personas socialmente dependientes de ellas o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

AGENCIA DE ENFERMERÍA. Las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para presentarse a si mismas como enfermeras y, dentro del marco de una legítima relación interpersonal, para actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo o ejercicio de su cuidado.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE. Adolescente en proceso de maduración o adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y satisfacer las demandas de auto cuidados terapéuticos de otras personas relevantes que son socialmente dependientes de ellos o de regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas.

AUTOCUIDADO. La práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y terminan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, unas funciones saludables, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

**CUIDADO DEPENDIENTE.** La práctica de actividades que personas responsable maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes durante cierto tiempo o de manera continuada para mantener sus vidas y contribuir a su salud y bienestar.

**DEFICIT DE AUTOCUIDADO.** Relación entre las propiedades humanas de la demanda de autocuidado terapéutico y disponibilidad, en la que los elementos de las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la agencia de auto cuidados no son operativas o adecuadas para conocer y satisfacer algunos o todos los componentes de la demanda, existente o prevista, de auto cuidados terapéuticos.

**DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.** La suma de las medidas de cuidados necesarias en momentos específicos, o durante un tiempo, para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos para un individuo, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes usando métodos apropiados para: a) controlar o manejar los factores identificados en los requisitos cuyos valores son reguladores de las funciones humanas, por ejemplo, suficiente aire, agua, o alimentos, y b) satisfacer el elemento de actividad del requisito, por ejemplo mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

**ATRESIA:** Atresia es la falta de perforación o la oclusión de un orificio o conducto normal del cuerpo humano.

**ATRESIA ESOFÁGICA:** La atresia esofágica se define como la interrupción de la luz esofágica con o sin comunicación con la vía aérea.

**TRAQUEOMALACIA:** es la debilidad de los anillos traqueales.

**POLIHIDRAMNIOS:** Es la presencia excesiva de líquido amniótico rodeando al bebé antes de nacer



**FÍSTULA:** Es una conexión anormal entre un órgano, un vaso o el intestino y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de traumas o cirugías, pero también pueden resultar de infecciones o inflamaciones.

Algunos tipos de fístulas son:

- Ciegas: están abiertas en un solo extremo, pero conectadas a dos estructuras
- Completas: tienen orificios tanto externos como internos
- En herradura: conectan el ano a uno o más puntos de la superficie cutánea después de circundar el recto
- Incompletas: que son un tubo cutáneo cerrado en su interior que no se conecta con ningún órgano ni estructura interna

**ENDOSCOPIA:** Un endoscopio es un dispositivo médico que consiste en una cámara montada sobre un tubo flexible, a través del cual se pueden usar pequeños instrumentos para tomar muestras de tejidos sospechosos. En una endoscopia gastrointestinal (tubo digestivo), este dispositivo se inserta a través de la boca o el ano. Cuando se trata de otras áreas, se hacen incisiones pequeñas.

Una sonda de ultrasonido se puede agregar a un endoscopio gastrointestinal, lo cual se denomina ultrasonido endoscopio. Dependiendo del área de interés, este dispositivo también se puede pasar a través de la boca o el ano.

**ANASTOMOSIS:** Es una conexión quirúrgica creada entre dos estructuras. Comúnmente se refiere a la conexión creada mediante cirugía entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos o las asas del intestino. Por ejemplo, una anastomosis intestinal es un procedimiento que se practica cuando un segmento intestinal es extirpado quirúrgicamente y los dos extremos restantes se cosen o se unen (se anastomosan).

**ATELECTASIA:** Colapso parcial del pulmón. Es el colapso de una parte o de todo el pulmón, provocado por una obstrucción de las vías aéreas (bronquio o bronquiolos) o por presión sobre el pulmón.

**NEUMOTORAX:** Es una acumulación de aire o gas en el espacio pleural que rodea a los pulmones. Existen varios tipos de neumotórax que se clasifican de acuerdo con la causa.

El neumotórax espontáneo es la presencia de neumotórax sin una causa clara. El neumotórax espontáneo primario se presenta cuando no hay enfermedad pulmonar subyacente y se cree que es causado por la ruptura de un pequeño saco lleno de aire en el pulmón denominado flictena o bula. La enfermedad afecta con mayor frecuencia a hombres delgados y altos entre los 20 y 40 años de edad. Los factores que contribuyen a ello son el hábito de fumar y tener antecedentes familiares de la enfermedad. El neumotórax espontáneo secundario es una complicación de una enfermedad pulmonar (del pulmón) subyacente, como **EPOC**, **asma**, **fibrosis quística**, **tuberculosis** o **tosferina**. El neumotórax traumático resulta de una lesión traumática en el tórax, que puede ser penetrante, por herida con arma blanca o arma de fuego, o contundente, como en el caso de un impacto a causa de un accidente automovilístico. El neumotórax puede complicar ciertos procedimientos médicos. El neumotórax por tensión es causado cuando aumenta excesivamente la presión alrededor del pulmón obligándolo a colapsar. El exceso de presión también puede impedir que el corazón bombee sangre en forma efectiva, llevando a que se presente *shock*.

**TRAQUEOMALACIA:** Es una debilidad y flacidez de las paredes de la tráquea (principal vía respiratoria). Existen tres tipos de traqueomalacia, una de ellas es congénita (presente al momento de nacer), mientras que las otras son adquiridas; es decir, la tráquea es normal al momento del nacimiento pero se torna flácida posteriormente en la vida.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Leddy S. Pepper J.M. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 7ª ed. OMS.
2. Murria Atkinson. Proceso de atención de enfermería. 5ª ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1994.
3. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Editorial Masson, 2003.
4. Kershaw B. Salvage J. Modelos de enfermería. España: Editorial Doyma, 1998.
5. Sandra M. Nettina. Manual de enfermería practica de Lippincott. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 1999.
6. Kossier B. Erb G. Blais K. Técnicas de enfermería clínica. 4ª ed. México: Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana, 2000. Volumen II.
7. Waldo E. Nelson. Tratado de Pediatría. 5ª ed. Editorial Salvat Editores, 1999.
8. Avery. Enfermedades del recién nacido. 6ª ed. Panamericana. 1993.
9. Millar M. Dorothy A. Brooten. Enfermería materno infantil. México: Editorial Interamericana, 1990.
10. Langman. Embriología médica. 6ª ed. Panamericana, 1993.
11. Valenzuela H. Enfermería pediátrica. 10ª ed. México: Editorial Interamericana, 1987.
12. Sholtis Brunner L. Manual de la enfermera. 4ª ed. México: Editorial Interamericana, 1991. Vol 4.
13. Rosales Barrera S. Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Editorial el Manual Moderno. 1999.
14. .Carpenito L. J. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Editorial McGraw-Hill interamericana, 2003.

15. Kossier B. Erb G. Blais K. Fundamentos de enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. México: Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana, 1999. Volumen II.
16. Leifer G. Enfermería pediátrica. Técnicas y procedimientos. 4ª ed. México: Editorial Interamericana, 1989.
17. Cloherty. Manual de cuidados neonatales. 3ª ed. 2000.
18. Marion J, Bulechek G. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ediciones Harcourt. Mosby.
19. Rally Millar. Leslie K. Sampson. Terapia Intensiva. 4ª ed. México: Editorial panamericana, 1991.