



# I CURSO DE ATRESIA DE ESOFAGO PARA FAMILIARES



## CAPITULO 12

# ENFERMERIA

## Atresia de esófago: cuidados de enfermería



Licenciada Celeste Kolmann  
Enfermera  
Hospital Sor María Ludovica  
La Plata – Septiembre 2020

## CAPITULO 12

# Atresia de esófago: cuidados de enfermería en la etapa neonatal

### Introducción

La enfermería se preocupa de los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona, sin limitarse al estado de salud que diagnostica el médico. La atención se centra en las respuestas de la persona, como un todo. Las enfermeras y los enfermeros nos esforzamos por adaptarnos a las necesidades de las personas mediante una interrelación personal con los individuos, las familias y las comunidades, en distintos marcos de actuación: el propio hogar, ambulatorios, centros de salud y hospitales y centros de internación.

Las **intervenciones de enfermería** a un bebé con atresia de esófago se realizan en el momento del nacimiento, en los cuidados previos y posteriores a una cirugía, y también durante el seguimiento y la recuperación.

### Nacimiento

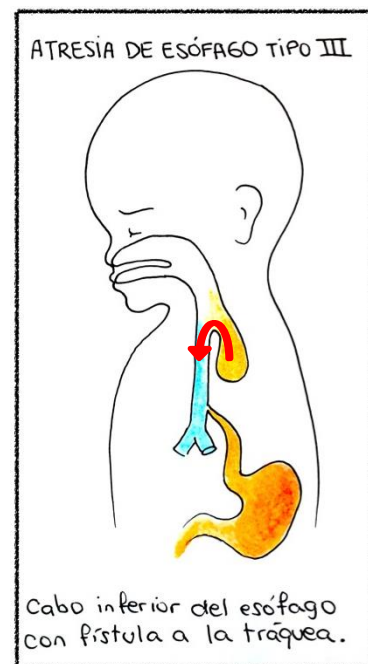
Como parte del esófago falta, la saliva del bebé no puede llegar al estómago. Se acumula en el cabo superior, sube a la boca y puede derramarse dentro de la tráquea e ir a los pulmones (como indica la flecha roja sobre el dibujo).

Los bebés con atresia de esófago pueden: babear mucho, ahogarse, toser y estornudar.

**Objetivo:** mantener la integridad pulmonar.

### Intervención:

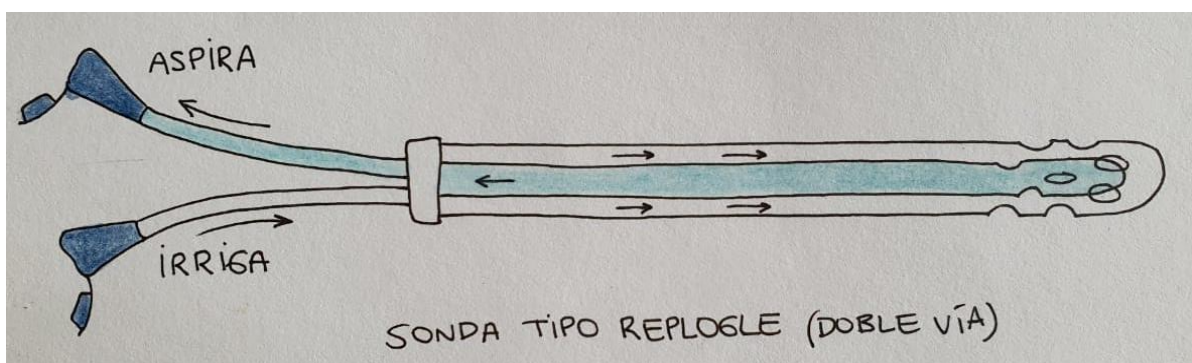
- ✓ Cabecera levantada
- ✓ Tener preparada una sonda Replogle, que asegure la adecuada aspiración del cabo superior del esófago.



La sonda Replogle (o de doble vía) es un dispositivo para evitar la aspiración de secreciones del cabo superior hacia la vía aérea.

La parte interna se conecta a una aspiración suave, la mínima necesaria para aspirar las secreciones. Por la parte externa se realizará un lavado o irrigación con agua estéril o solución fisiológica que permita fluidificar las secreciones.

Puede conseguirse ya fabricada o puede armarse de manera artesanal utilizando sondas de diferente calibre, recordando siempre conectar la aspiración en la sonda interna para evitar lesiones por presión negativa directa sobre la mucosa esofágica, muy sensible en un bebé.



#### Traslado a la Unidad de Cuidados intensivos neonatales (UCIN):

Los bebés que nacen con una atresia de esófago son trasladados a la unidad de cuidados intensivos neonatales para que puedan recibir cuidados especiales.

**Objetivo:** brindar un ambiente térmico neutro que evite la pérdida de calor.

**Intervención:** trasladar al bebé en incubadora para mantener la temperatura adecuada, evitando hipotermia.

#### Cuidados previos a la cirugía:

El bebé va a necesitar una cirugía para cerrar la fístula traqueo-esofágica y conectar los dos extremos del esófago, para que los alimentos vayan de la boca al estómago. Algunas veces no es posible conectar los extremos del esófago inmediatamente debido al tamaño del bebé o porque los dos cabos esofágicos están muy distantes.

**Objetivo:** disminuir la posibilidad de reflujo gastroesofágico hacia la vía aérea.

### Intervenciones:

- ✓ Para la AE tipo III, posición semifowler (cabecera elevada a 35-40°)



- ✓ Para la AE tipo I, posición tipo Rickham (boca abajo y cabeza abajo)

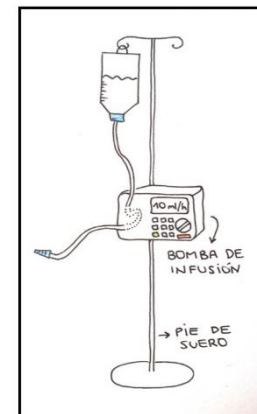


- ✓ Evitar la compresión del abdomen colocando el pañal flojo
- ✓ Evitar el llanto del bebé para que no aumente la distensión abdominal

**Objetivo:** asegurar el aporte de líquidos y electrolitos necesarios, mediante soluciones de hidratación o nutrición parenteral. Recibirá líquidos a través de una vía intravenosa (un pequeño tubo puesto en la vena), porque el bebé no va a poder comer en este momento.

### Intervenciones:

- ✓ Colocación de vía percutánea (acceso por una vena periférica de un dispositivo con localización en un vaso sanguíneo de mayor calibre)
- ✓ Colocación de una vía periférica para administrar hemoderivados y/o antibióticos



**Objetivo:** mantener valores normales en la saturación de oxígeno.

### Intervenciones:

- ✓ Monitorizar la saturación de oxígeno y frecuencia cardíaca
- ✓ Administrar oxígeno si fuera necesario
- ✓ Disponer de bolsa de reanimación completa y aspiración cercanos a la unidad del bebé

**Objetivo:** minimizar riesgos de infección y sepsis.

### Intervenciones:

- ✓ Manejar de manera aséptica los distintos dispositivos
- ✓ Mantener la integridad de la piel utilizando protección de barrera bajo cintas de fijación, y retirando suavemente los adhesivos.

**Objetivo:** favorecer el estado confortable del bebé.

### Intervenciones:

- ✓ Propiciar el descanso, disminuyendo estímulos visuales y auditivos, y organizando las actividades con el equipo de salud
- ✓ Mantener una higiene adecuada
- ✓ Realizar cambios posturales, favoreciendo las posturas en línea media

**Objetivo:** favorecer vínculo con sus padres. Actualmente, la participación de los padres en el cuidado neonatal se ha convertido en parte fundamental del cuidado centrado en la familia.

### Intervenciones:

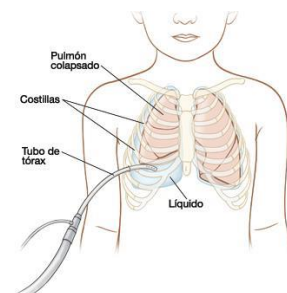
- ✓ Propiciar el acompañamiento de su bebé durante todo el tiempo que deseen y puedan
- ✓ Explicarles los procedimientos y pasos a seguir, sin sobrecargarlos de información, sino permitiéndoles que se tomen su tiempo para procesarla
- ✓ Compartir sus preocupaciones y miedos e incorporarlos en el cuidado de su bebé

### Cuidados posteriores a la cirugía:

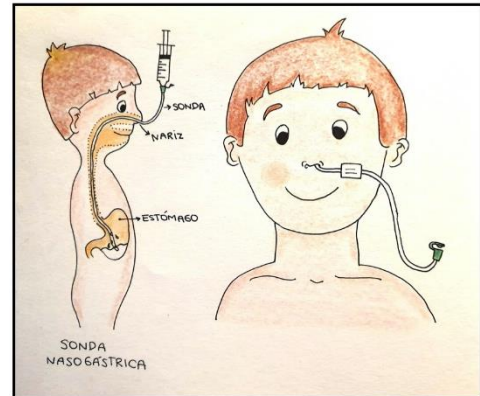
Inmediatamente después de la cirugía, el bebé no podrá ser alzado o levantado de la incubadora.

El bebé tendrá tres tubos que necesita después de la cirugía. Todos estos son temporales y serán retirados a medida en que el bebé mejore.

1. Un tubo en el pecho (tubo de tórax) para drenar cualquier fluido alrededor del sitio de la cirugía.



2. Un tubo en su boca que llega a la tráquea (tubo endotraqueal o tubo ET) conectado a un respirador. Una vez que el bebé pueda respirar por sí solo, se retirará el tubo.
3. Otro pequeño tubo en su boca (sonda naso u orogástrica/ tutor esofágico) que va hasta el estómago. Esto ayuda a liberar aire o débito que pueda estar en su estómago.



**Objetivo:** valorar el estado clínico post-quirúrgico inmediato.

**Intervenciones:**

- ✓ Colocar monitor de frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial no invasiva.
- ✓ Controlar temperatura. Fijar sensor de piel para regular temperatura de la incubadora.
- ✓ Registrar ingresos (plan de hidratación, drogas, antibióticos, hemoderivados, etc.) y egresos (diuresis, débito gástrico, drenajes)

**Objetivo:** evitar complicaciones post-quirúrgicas.

**Intervenciones:**

- ✓ Mantener especial cuidado en el manejo del cuello evitando la extensión, la tracción brusca podría provocar dehiscencia de las suturas.
- ✓ Elección adecuada de calibre y longitud de la sonda de aspiración del tubo endotraqueal. Se deberá introducir con cuidado para evitar dañar las suturas.
- ✓ Mantener sedación y analgesia intravenosa evitando movimientos espontáneos del bebé.
- ✓ Controlar el tubo torácico, su fijación y ubicación, valorando características y cantidad de secreciones.
- ✓ No retirar ni cambiar la sonda gástrica o tutor (transanastomótica). Informar en caso de que se haya desplazado.
- ✓ Evaluar necesidad de curación de la herida, controlando el apósito quirúrgico.





## Conclusión

En primera instancia los cuidados están orientados a la estabilización para la cirugía y la recuperación postquirúrgica, con énfasis en el vínculo con sus padres y luego están dirigidos a la educación de la familia incorporada a lo cotidiano en relación a los cuidados básicos y específicos, la prevención de riesgos y la detección de signos de alarma.

En el ciclo familiar, no existe etapa que provoque cambio más profundo que el nacimiento de un bebé y, con el nacimiento de un recién nacido de riesgo, la familia queda delante de un desafío desgastante. En este momento, los padres del bebé pasan por una experiencia difícil y única, y es a enfermería a quien corresponde hacerlos participar del cuidado, apoyándolos y compartiendo sus dudas, miedos e inseguridades y, poco a poco, generar afectividad y seguridad.



## Glosario:

**Ambiente térmico neutro:** es aquel en el que el neonato puede manejar los pequeños cambios de temperatura ambiental, solo aumentando o disminuyendo el tamaño de sus vasos sanguíneos (franja termoneutra).

**Aséptica:** sin gérmenes o microorganismos (bacterias, virus, etc.).

**Debito gástrico:** cantidad de líquido que sale del estómago por la sonda en un determinado tiempo.

**Dehiscencia de la sutura:** es cuando se separan dos tejidos que habían sido suturados en una cirugía. Ruptura de los puntos.

**Distensión abdominal:** hinchazón del abdomen, puede deberse al acumulo de líquido o gas en el estómago o el intestino.

**Diuresis:** cantidad de orina que el niño produce en un determinado tiempo.

**Hemoderivados:** son productos derivados de la sangre humana donada, por ejemplo, la trasfusión de glóbulos rojos o la “transfusión de sangre”, o la transfusión de plaquetas.

**Protección de barrera:** son apósitos o parches que se colocan en la piel para protegerla, por ejemplo, el duoderm. Se suelen colocar en la mejilla del bebe para poder pegar encima una cinta que fije la sonda orogástrica, por ejemplo. También se usan alrededor de las ostomías para proteger la piel.

**Sepsis:** es la reacción del organismo a una infección generalizada. Es una enfermedad muy grave, potencialmente fatal, que puede dañar diferentes órganos.

**Sonda transanastomótica o tutor:** es una sonda o manguerita que se coloca a través de la nariz o la boca y llega al estómago o el intestino, pasando a través de la anastomosis o unión de las dos mitades del esófago. A su vez permite que se evacue el estómago evitando la distensión abdominal.





## Bibliografía:

Cannizzaro C; Martínez Ferro M; Chattás G. Fetoneonatología quirúrgica; Aspectos clínicos. 1ºed.-CABA: Journal, 2018. Cap 54 y 55, 532-539.

Leyton A, Chattás G, Cuidados al recién nacido con atresia de esófago, Revista de Enfermería Neonatal 2011, 10-16