

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

¿Qué es una Ostomía o Estoma?

La palabra ostomía proviene del griego stoma que significa boca o abertura. Una ostomía es una abertura creada quirúrgicamente (con una cirugía) en la pared abdominal, que da como resultado la desviación externa de heces u orina. Puede ser permanente o temporal. Cada procedimiento da por resultado un estoma u ostoma, que corresponde a una porción del estómago, intestino delgado o grueso o de la vía urinaria, y puede verse sobresaliendo a través de la pared abdominal.

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Clasificación anatómica de los estomas intestinales

Esofagostomía: esófago

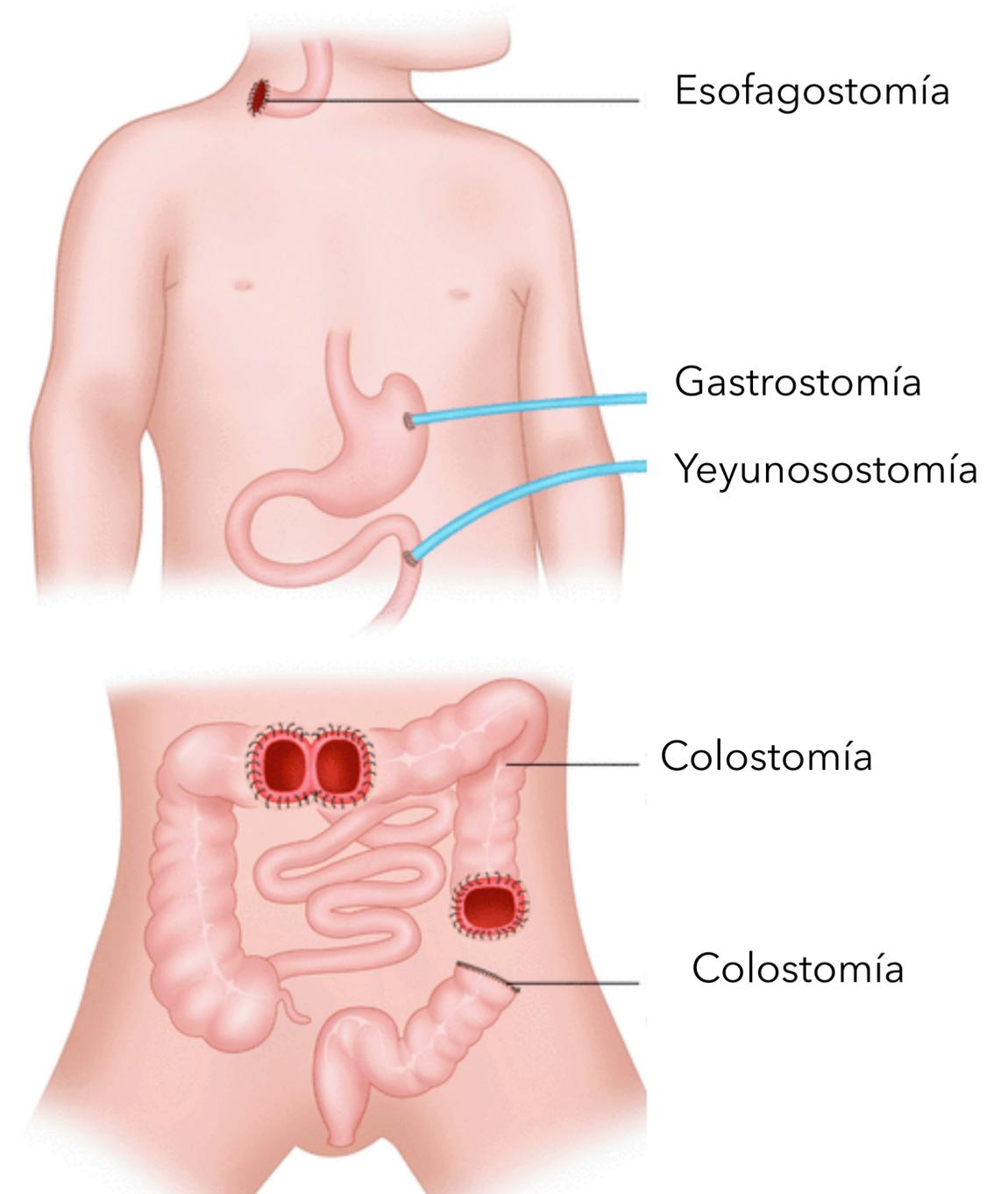
Gastrostomía: estomago

Duodenostomía: duodeno (parte del intestino delgado)

Yeyunosostomía: yeyuno (parte del intestino delgado)

Ileostomía: íleon (parte del intestino delgado)

Colostomía: cólon (intestino grueso)



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Clasificación funcional de los estomas intestinales

Gastrostomía

- Vía de alimentación: por imposibilidad de deglutir o por falta de continuidad del esófago, o para complementar la alimentación por boca.
- Vía de descompresión del contenido gástrico: por obstrucción o malfuncionamiento del duodeno u otra parte del intestino.

Yeyunostomía

- Vía de alimentación: en pacientes desnutridos en los que no se puede realizar gastrostomía, se coloca una sonda dirigida al yeyuno directamente.
- Vía de evacuación de contenido intestinal: por obstrucción o mal funcionamiento de otra parte del intestino.

Ileostomía

- Vía de evacuación de contenido intestinal: Procedimiento quirúrgico por medio del cual se deriva un segmento del intestino delgado (íleon) hacia la pared abdominal y a través del mismo, sale el contenido intestinal al exterior.

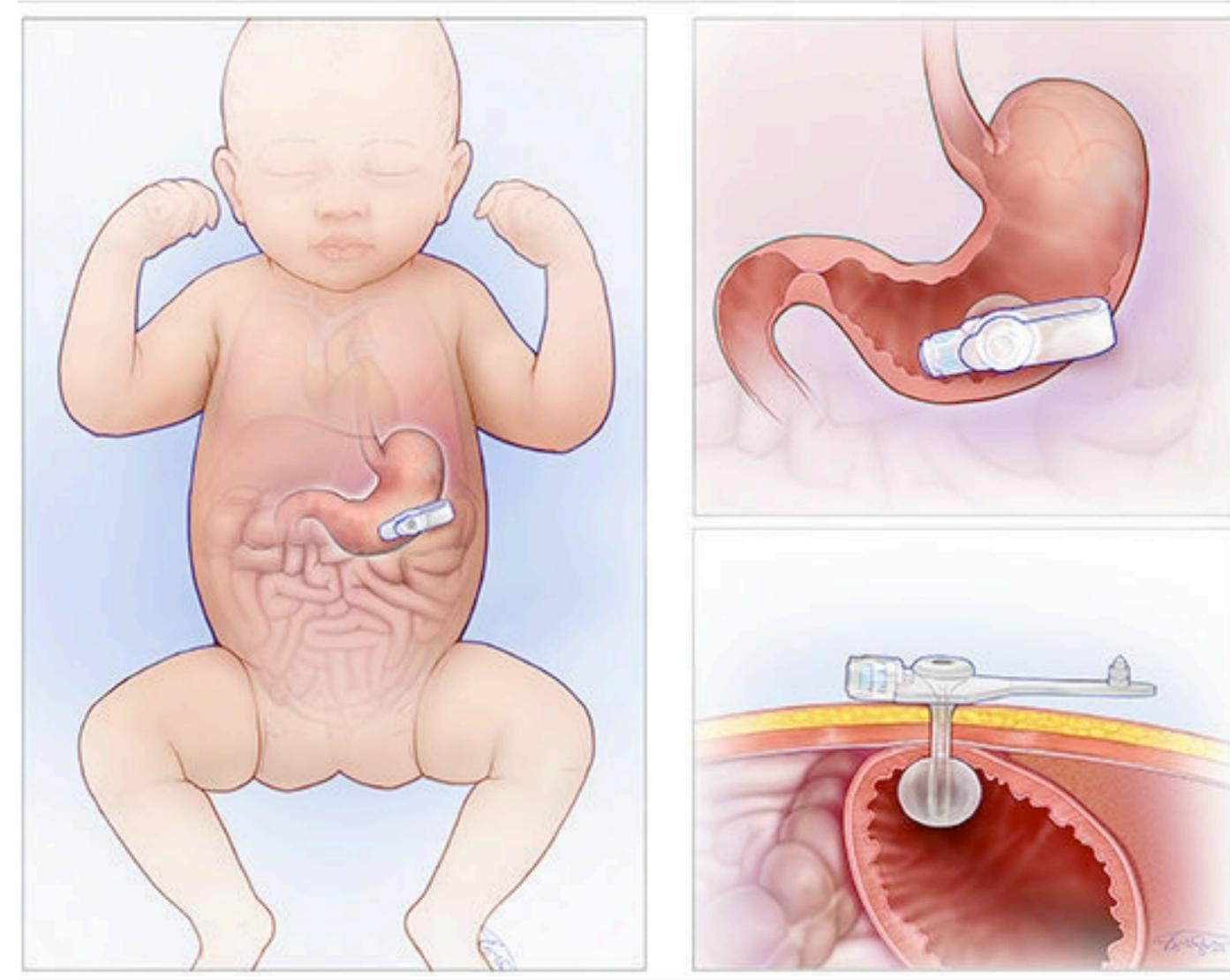
Colostomía

- Vía de evacuación de contenido colónico o materia fecal: Procedimiento quirúrgico por medio del cual se exterioriza un segmento del intestino grueso (cólon) a la pared abdominal y a través este, sale la materia fecal al exterior.

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Gastrostomía

Se denomina **gastrostomía** o **gastrostomía endoscópica percutánea** (más conocida por sus siglas en inglés: **PEG**) a una intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago. Es un método seguro que se considera de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, ya que previene las complicaciones más habituales de la sonda nasogástrica



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

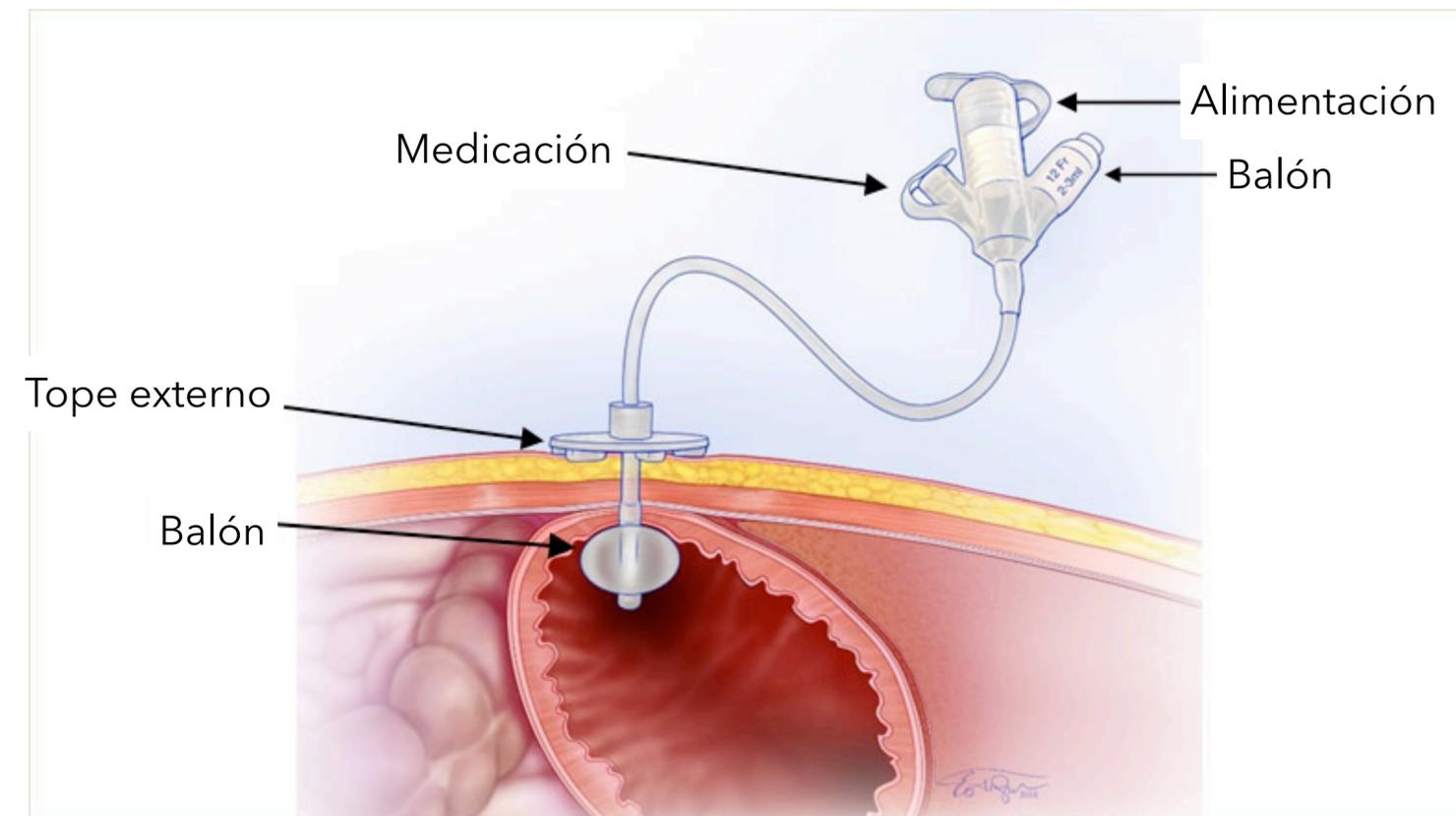
Dispositivos para gastrostomía

Sonda de gastrostomía

Es un tipo de sonda diseñado específicamente para gastrostomías. El balón interno se encuentra en el extremo de la sonda, y trae incorporado el retén o tope externo. Son siempre de silicona. En el extremo exterior suelen tener 2 o 3 puntas o conexiones, una para el inflado del balón y otras para conectar el alimento o pasar medicamentos.

Tienen una longitud variable, pero son más largas que un botón y más cortas que las sondas Foley.

Tienen diferente grosor, medidos en "French". Por ejemplo: sonda de gastrostomía 16 French



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Dispositivos para gastrostomía

Botón de gastrostomía

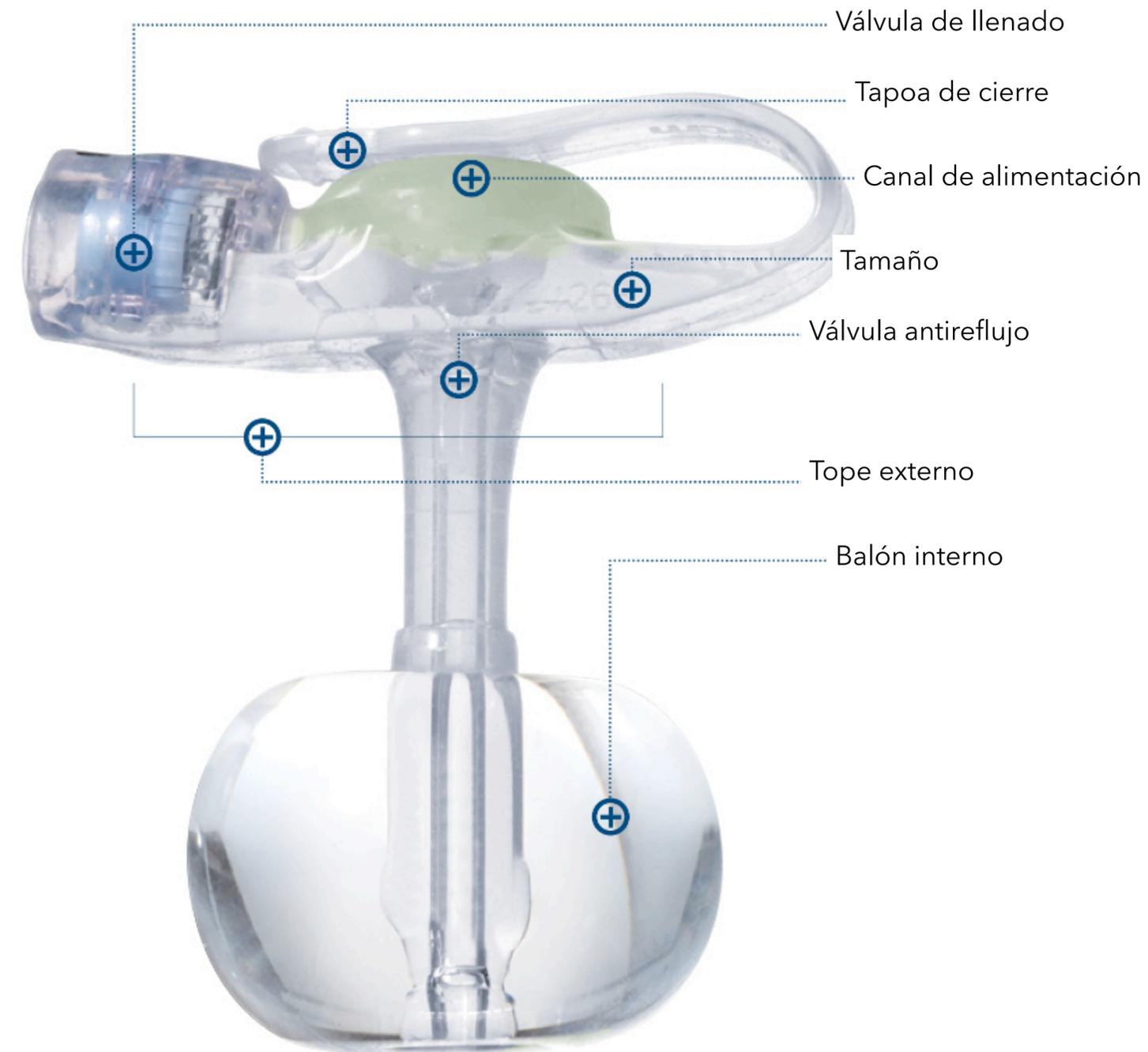
Existen distintos tipos de botones.

Algunos tienen balón inflable y otros tienen una esfera de silicona que se estira para introducirlo y al soltarlo vuelve a adquirir su forma de esfera, como el balón.

Son de silicona transparente y suelen tener una tapita para cuando no se está usando. La principal diferencia con las sondas es que al ser cortito y quedar al borde de la piel, resulta más cómodo para el niño, es más discreto y le permite realizar su vida normalmente sin tener la sonda "colgando" que puede engancharse sin querer.

Tienen diferente grosor, medidos en "French" y e diferente largo. Es decir que si tu niño tiene un botón debes saber el ancho (en French) y el largo (en centímetros).

Por ejemplo: botón de 14 French x 1,5 cm



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

¿Como se cambia el dispositivo?

Es fundamental que los padres o cuidadores del niño aprendan a cambiar el dispositivo de gastrostomía. Como dijimos previamente, esto es una ventaja para TODOS:

Para el niño: Porque el cambio lo realizan sus padres, con quienes él tiene más confianza, menos miedo, y evita concurrir al hospital frecuentemente. Además de poder resolver el incidente con más rapidez, evitando el cierre accidental del orificio y una eventual nueva cirugía o procedimiento.

Para el padre: Porque le da tranquilidad saber que puede manejarse perfectamente ante la ruptura o expulsión de la sonda, evita angustia y desesperación, dándole confianza y ánimo. Habiendo aprendido a cambiar la sonda o botón de gastrostomía de la mano del médico del niño, podrían realizar los recambios necesarios ante la expulsión, ruptura o envejecimiento de la sonda.

Es importante que sea su médico o enfermera quien les enseñe el procedimiento, y que los primeros cambios los realicen juntos.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

¿Como se cambia el dispositivo?

En este video se muestra como cambiar una sonda o balón de gastrostomía en un modelo inanimado



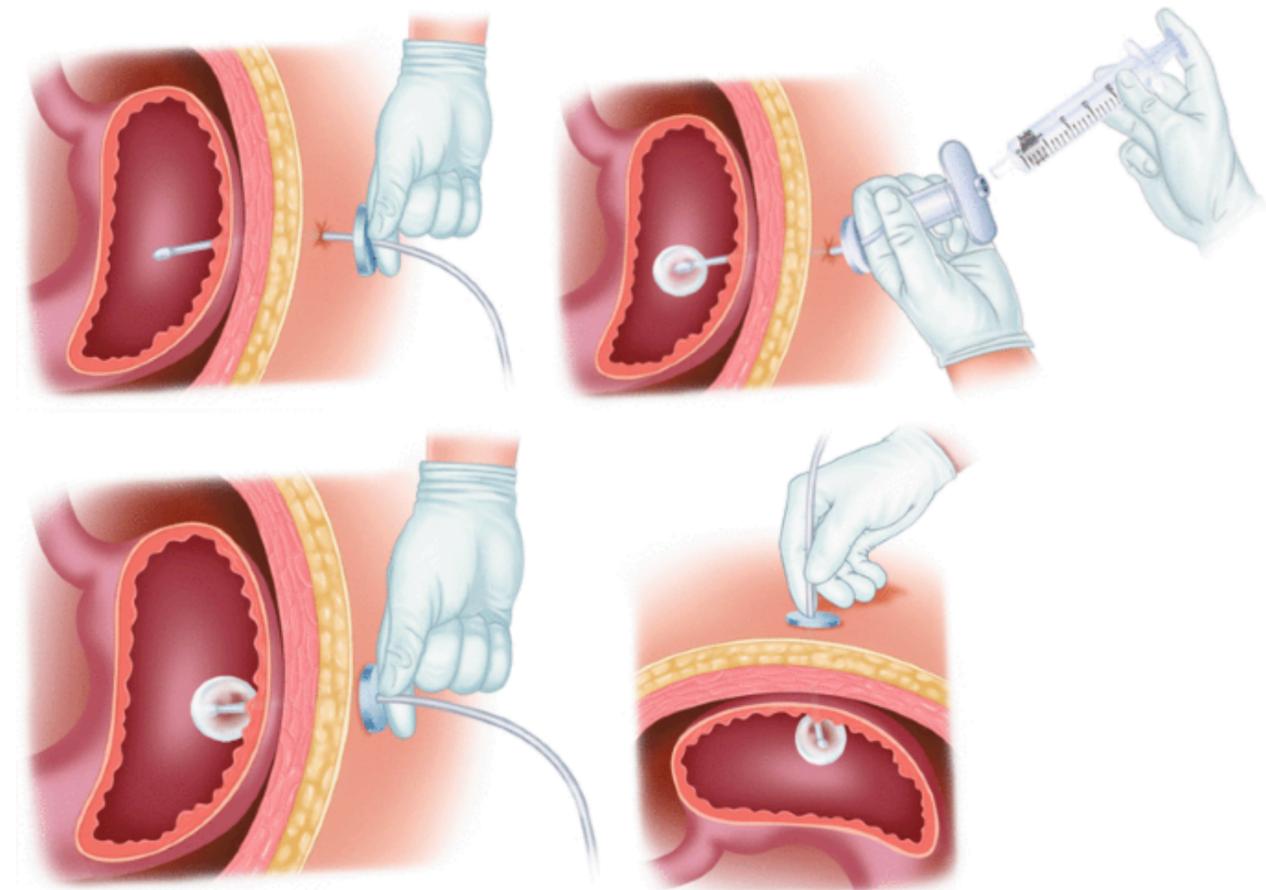
Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Rutina de cambios

Cada dispositivo tiene una duración promedio determinada. Pero a veces debemos cambiar el dispositivo antes de su "vencimiento", por ejemplo:

Ante la ruptura de la sonda o botón.

Ante el envejecimiento temprano del material de la sonda o botón o por obstrucción. Por ejemplo, la sonda cambia de color, tiene restos de alimento o medicación pegado en el interior, no logro pasar alimento o medicamento por la sonda, etc. Para evitar el envejecimiento temprano u obstrucción de la sonda o botón, es fundamental que luego de cada uso, le pasen aproximadamente 10 ml de agua potable para "lavarla" antes de cerrarla. De este modo evitamos que quede pegado el alimento o la medicación en el interior de la sonda o botón



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Gastrostomía: cuidados de la piel periostomal

Es fundamental que la piel alrededor de la gastrostomía este siempre sana, limpia y seca, y con la menor cantidad de apósitos agregados si estos no son necesarios.

La piel periostomal debe ser del mismo color que el resto de la piel, no estar enrojecida ni ser dolorosa. Si la piel está sana y no hay pérdidas o filtraciones de líquido alrededor de la sonda, no hay motivo para agregar ningún tipo de apósito (gasa, cinta, geles, parches, etc.).

¿Por qué sugerimos usar la menor cantidad de apósitos posibles? Porque con el uso prolongado, todos ellos funcionan de algún modo como cuerpo extraño, irritan y lastiman y generan alergias en la piel



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Gastrostomía: Complicaciones en la piel



Úlcera



Dermatitis



Eritema

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Gastrostomía: Complicaciones

Granuloma:

¿Qué es un granuloma? Un granuloma es un crecimiento de tejido con forma de bolita alrededor del ostoma, rosa o nacarado, que a veces genera líquido, sangra, molesta y duele.

Se forman como una reacción a un cuerpo extraño, en este caso la sonda o el botón de gastrostomía. Normalmente, al retirar el cuerpo extraño (en este caso sonda o botón), el granuloma va achicando hasta desaparecer. Pero en el caso de las gastrostomías no podemos sacar la sonda o botón porque se cerraría el ostoma. Entonces debemos buscar otra manera de curar el granuloma, por ejemplo, aplicando alguna sustancia que el médico del niño recomendará. La sustancia utilizada habitualmente es el nitrato de plata en barra o lápiz, tal como se usa para verrugas. El efecto que genera sobre el granuloma es como si lo fuera "quemando", para ir reduciéndolo.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

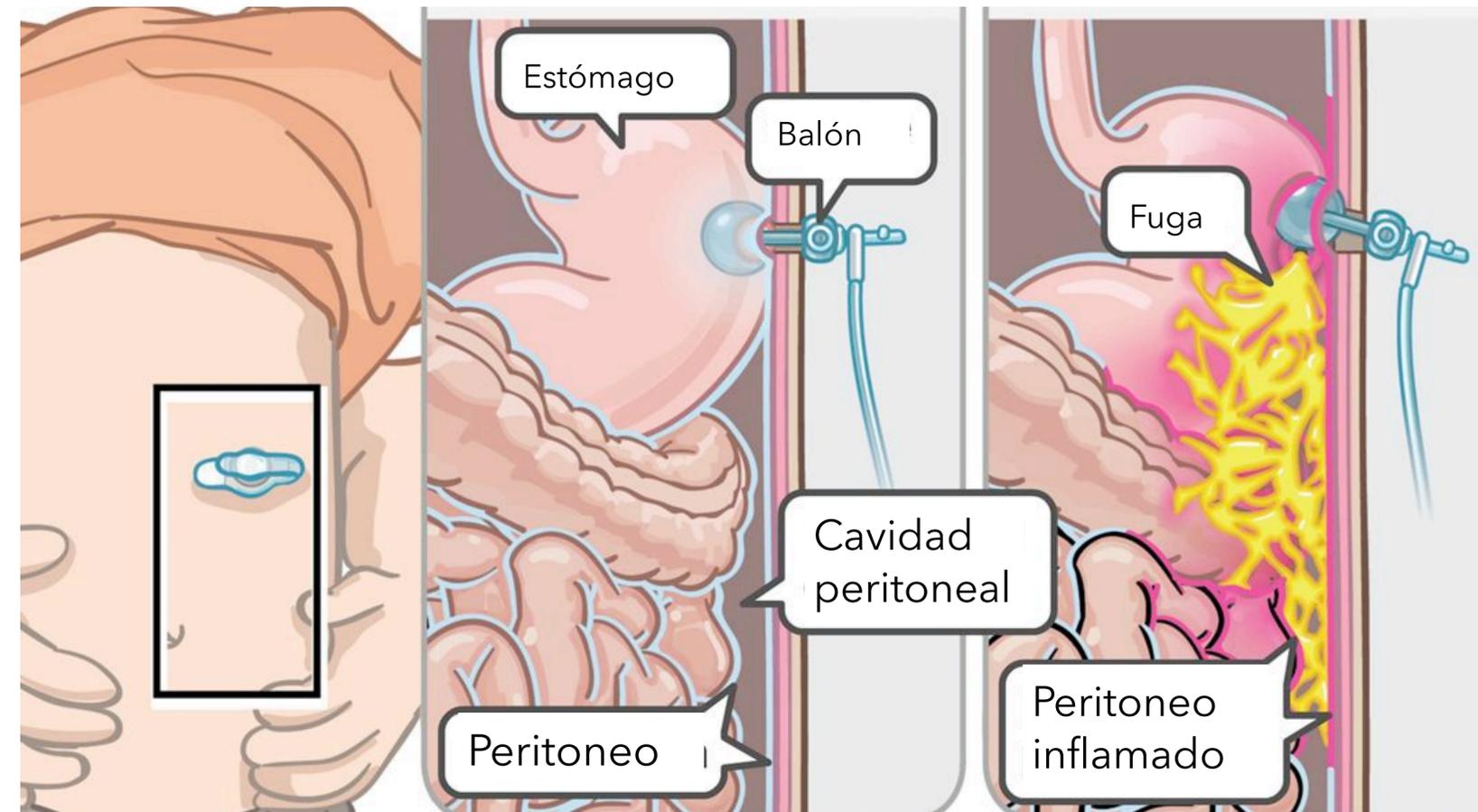
Gastrostomía: Complicaciones

Extrusión y salida del balón o sonda

La sonda o botón puede salirse por varias razones. Por ejemplo, que el balón se pinche o desinfle, que la sonda se enganche y se tire, o que se corte. Lo importante en este caso es saber cuándo se realizó la gastrostomía.

Durante la realización de la gastrostomía, el estómago queda "colgado" de la pared abdominal con puntos de sutura, y la sonda o botón que se coloca en ese momento, marcan el "trayecto" de la gastrostomía.

Durante el primer mes de realizada, todas las capas de la misma pueden no estar de todo fusionadas o cicatrizadas, es decir que el trayecto de la gastrostomía podría no estar aún bien firme. Y al salirse la sonda, el estómago podría separarse de la pared abdominal y hundirse o "descolgarse", siendo imposible recolocar la sonda o botón. Esto sería una quirúrgica ya que podría causar peritonitis.



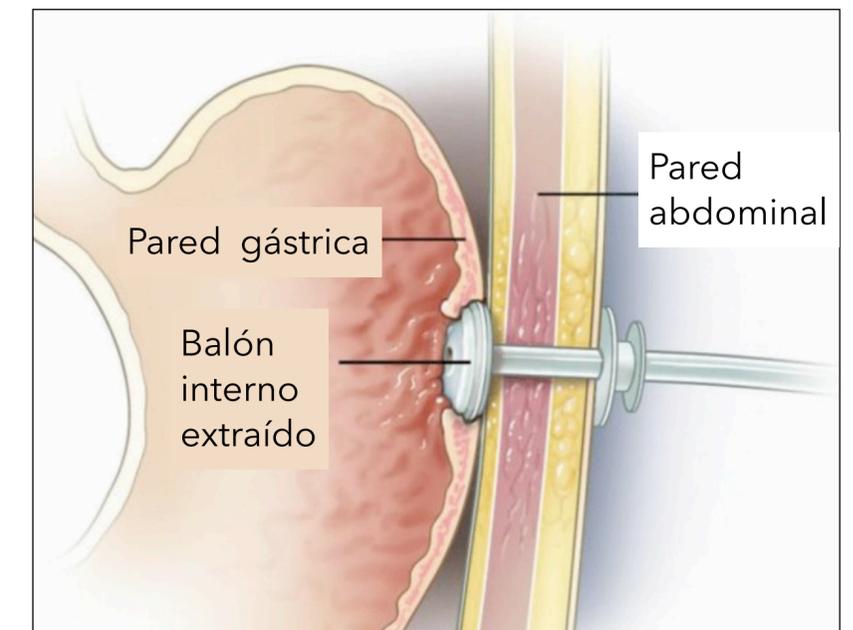
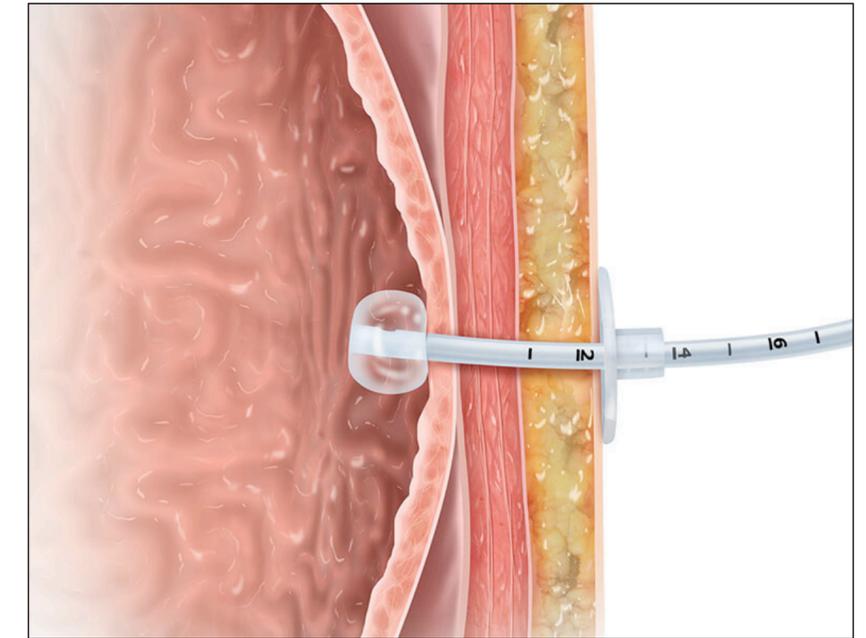
Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Gastrostomía: Complicaciones

Extrusión y salida del balón o sonda

Hace menos de un mes: Mantener la calma, pero consultar inmediatamente con el médico del niño, o a la guardia de donde se atiende habitualmente, SIN intentar realizar ninguna maniobra para recolocar la sonda. Llevar siempre la sonda o botón que se salió, en una bolsita limpia. El personal médico evaluará al niño y determinará si se puede recolocar la sonda directamente o si hace falta algún estudio o procedimiento quirúrgico nuevo para evaluar el trayecto y saber si es posible recolocarla.

Hace más de un mes: En este caso pueden pasar dos situaciones. La primera es que los papas ya sepan realizar el cambio de sonda o botón por haberlo hecho previamente. En este caso, recolocarlo a la brevedad como les enseñaron y comprobar que funcione correctamente (al abrirla debe salir contenido gástrico o alimento). Si quedan dudas, consultar de todos modos al médico, pero sin urgencia.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

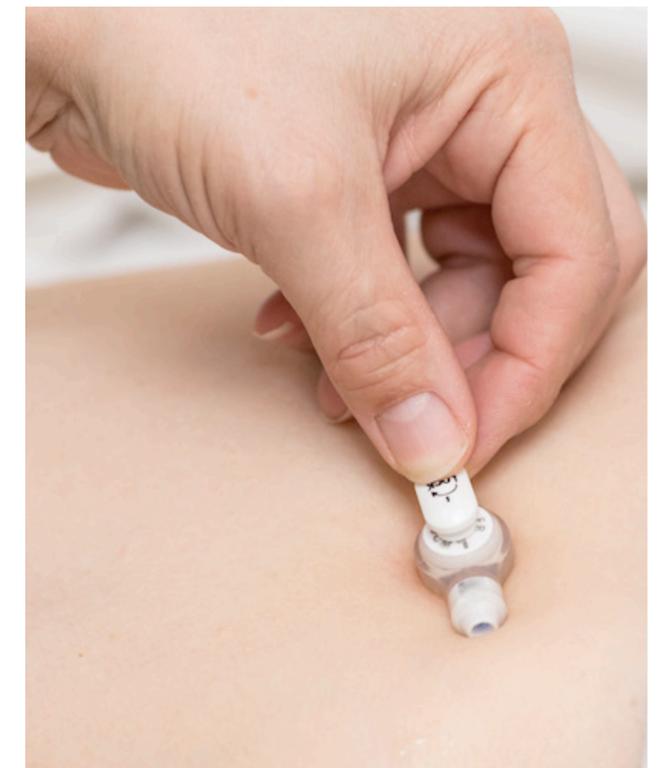
Gastrostomía: Complicaciones

Pérdidas de líquido alrededor de sonda y balón

En caso de haber pérdidas de líquido, esto puede deberse a que el orificio de la gastrostomía este levemente agrandado y quede espacio entre este y la sonda, por el cual fugue contenido gástrico (del estómago), sobre todo cuando el niño hace fuerza con el abdomen (juego, risa, llanto) o cuando el estómago está lleno. Es importante que no retiren ustedes la sonda en casa, ya que el orificio suele cerrarse muy rápidamente. Una alternativa es abrir la sonda unos segundos antes de alimentar al niño, para permitir que el aire del estómago salga, minimizando la presión del estómago y dejando lugar al alimento.

También puede deberse a que el retén (tope externo) que sujeta la gastrostomía desde afuera, este demasiado flojo. En este caso, ajustarlo hasta el borde de la piel. Siempre chequear que el balón interno este correctamente inflado, si estuviese desinflado podría provocar pérdidas de líquido e incluso la expulsión de la sonda o botón.

Otra alternativa para minimizar las pérdidas de líquido es utilizar anillos hidrocoloides puros o polvo de hidrocoloide con barrera cutánea, todo esto debidamente indicado por el médico del niño o su ostomaterapeuta.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

Cuidados esenciales de la piel periestomal

"La piel periestomal debe estar intacta sin evidencia de enrojecimiento, pérdida de epidermis o sensaciones como picazón, calor o dolor"

Valoración diaria

1. Valorar Estoma: Tamaño, protrusión, forma, color, apariencia y funcionalidad.
2. Valorar la piel periestomal: Integridad de la piel (indemne, con eritema, macerada, con pérdida de continuidad de la piel).
3. Características del efluente (lo que sale por la ostomía): Débito (cantidad por día), color, consistencia, composición



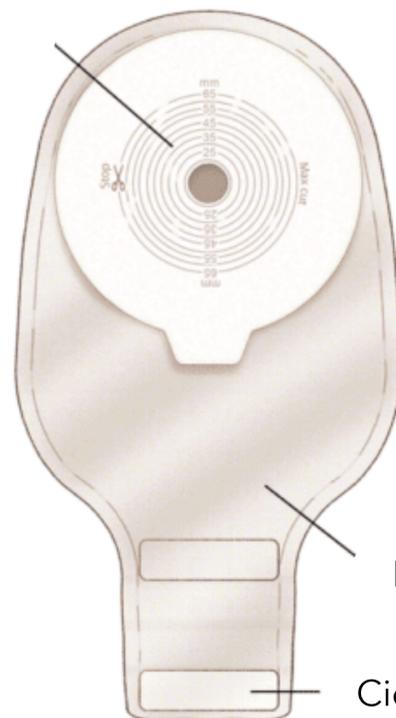
Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

Dispositivos colectores: Las bolsas pueden ser de tres tipos

1. Una pieza: bolsa colectora unida a disco
2. Dos piezas: disco y bolsa que se adhiere posteriormente al disco
3. Tres piezas: disco adhesivo y bolsa colectora con dispositivo de ensamblaje a disco

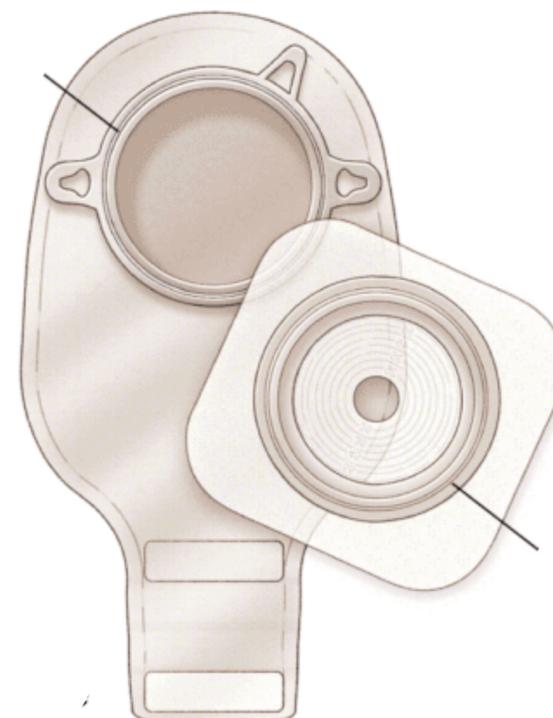
Adhesivo



Bolsa colectora

Cierre

Bolsa colectora



Adhesivo

Bolsa colectora

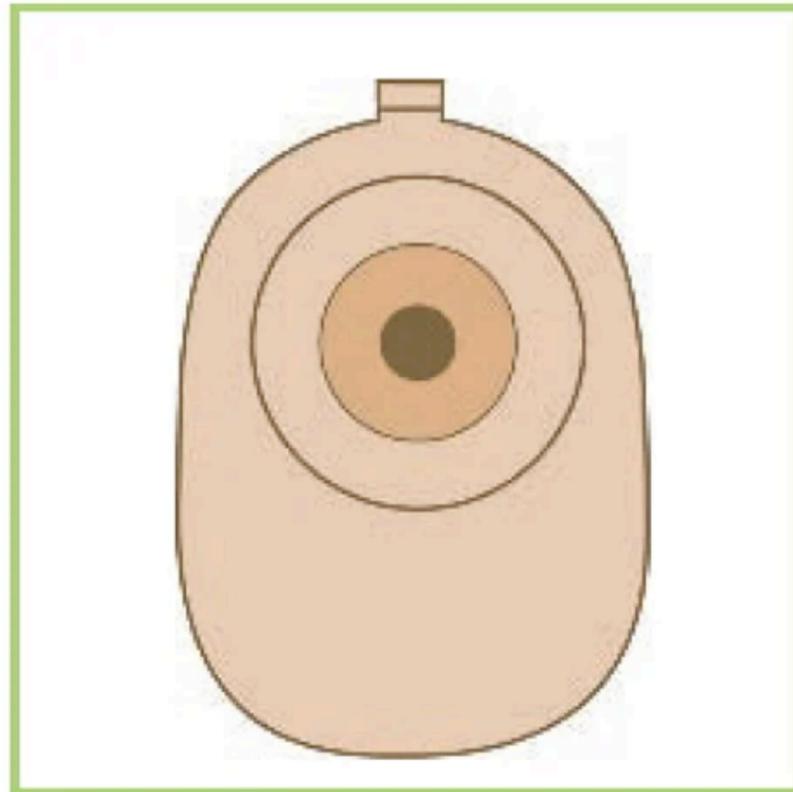


Adhesivo
con dispositivo
de ensamblaje

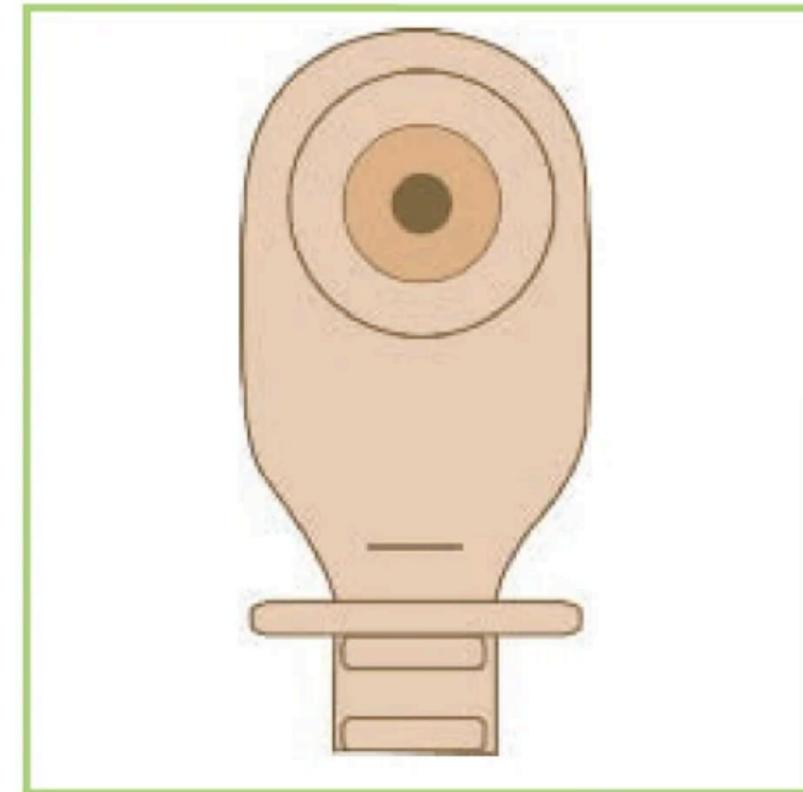
Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

Dispositivos colectores: Las bolsas pueden ser cerradas o abiertas



Cerrada



Abierta o drenable

Curso de atresia de esófago para familiares

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuacion. Ileostomia colostomía

Cuidados del dispositivo: Accesorios



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

¿Cómo cambiamos el dispositivo?

1. Lavar, secar el estoma y la piel periostomal, secar suavemente con suero fisiológico (intrahospitalario) o agua tibia y jabón neutro(domicilio) y algodón.
2. Movimientos circulares desde el interior hacia el exterior, sinfriccionar y no utilizar sustancias irritantes (evitar toallitas húmedas). Realizando toques con una toalla de papel o papel higiénico. Nunca frotar.
3. Medir tamaño del estoma, recortar barrera de dispositivo.
4. Instalar el sistema colector de acuerdo a valoración que se ha realizado.

Rutina de cambios. Colostomía hasta 7 días.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuacion. Ileostomia colostomía

Complicaciones: Dermatitis

Hipersensibilidad a componentes de los dispositivos, esparadrapos...

Exposición prolongada a efluentes

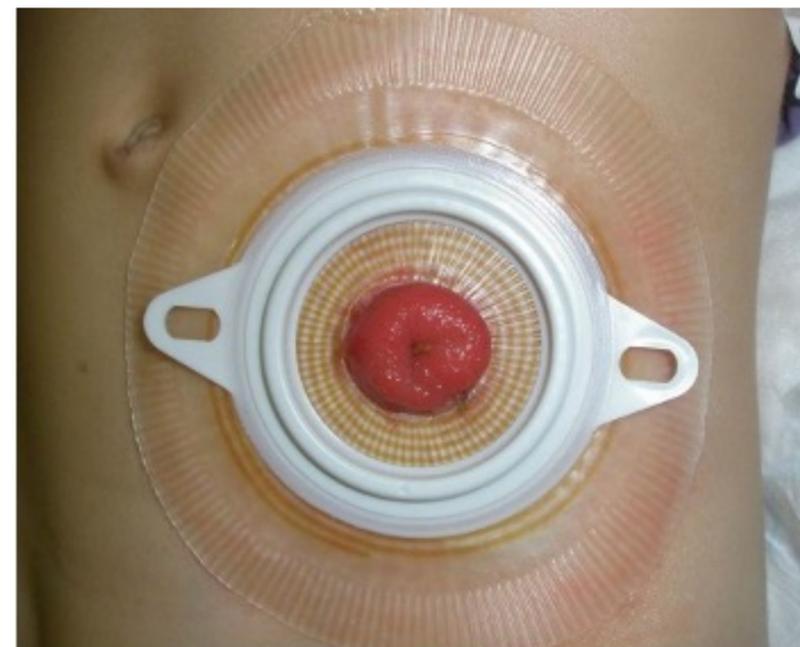
Cuidados:

Identificar alérgenos y evitarlos

Uso de cremas epitelizantes, barrera y dermo-protectoras

Recorte adecuado del disco

Optimizar recorte y sellado del dispositivo



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomía colostomía

Complicaciones: Tejido de granulación

Sobrecrecimiento del tejido del estoma por excesiva exposición al efluente

Cuidados:

Limpieza cuidadosa

Optimizar ajuste del dispositivo para minimizar trauma

Vaciar la bolsa con 1/3 de su capacidad (evitar contacto prolongado con efluente)



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

Complicaciones: Dehiscencia

Se producen por Infección. Tensión en la línea de sutura. Malnutrición

Cuidados:

Irrigación con SSF y llenar el defecto con material absorbente: fibra o hidrofibra de hidrocoloide

Cubrir con apósito hidrocoloide

Valoración de exudado bajo disco



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Estomas de evacuación. Ileostomia colostomía

Complicaciones: Sangrado

Se produce por Mínimos traumas en la manipulación al limpiar. Fricción con el dispositivo. Otras patologías: alteraciones de la coagulación,

Cuidados:

Aplicar compresas frías mediante toquecitos

Utilizar dispositivo que evite presión o trauma

En pacientes de riesgo, identificar signos de alarma

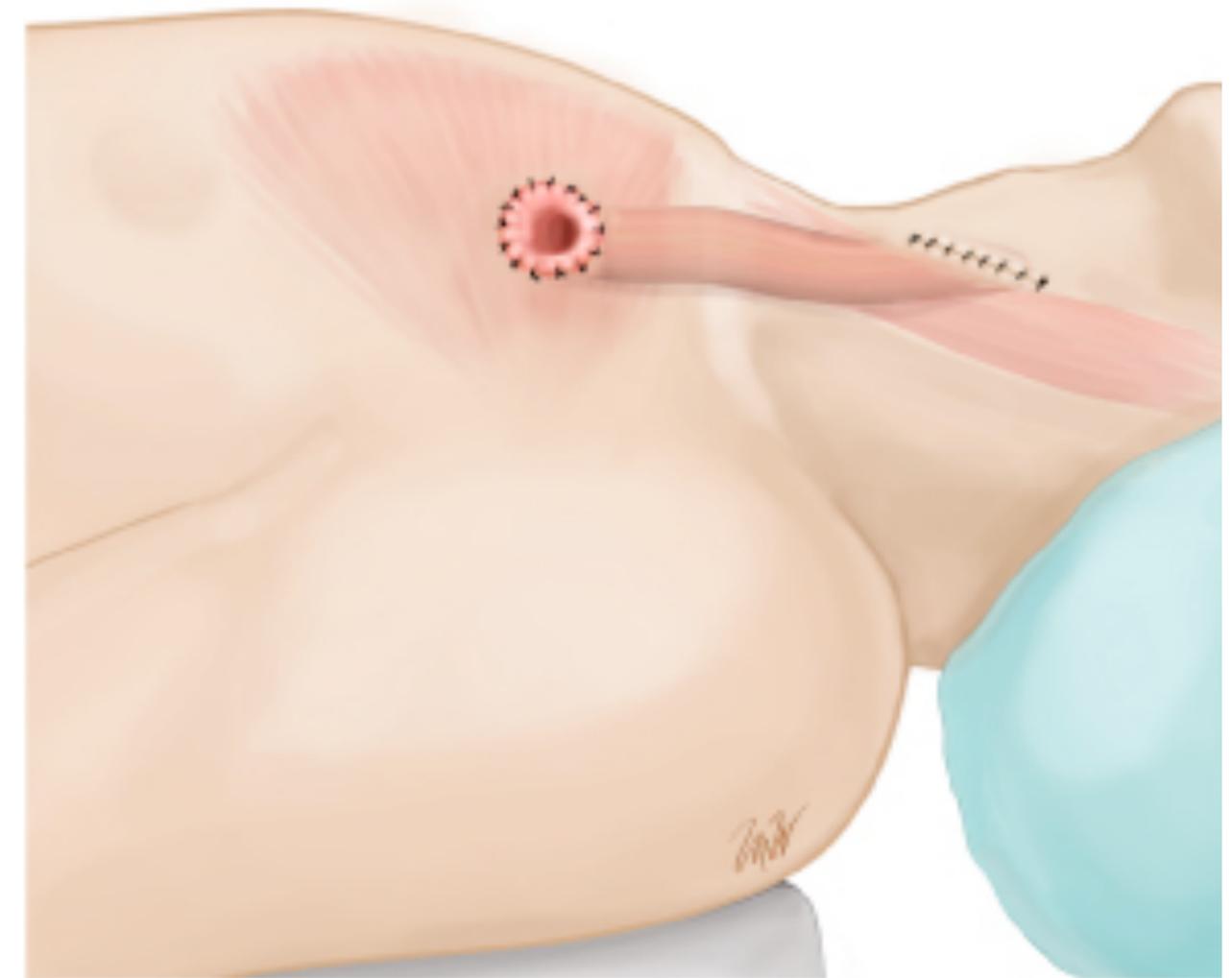


Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Esofagostomía

Una esofagostomía es un estoma esofágico.

Es cuando a través de una cirugía, se “aboca” una parte del esófago en el cuello, ya sea del lado derecho o izquierdo. Entonces, la saliva o alimentos que provienen de la boca, salen por esa apertura, al exterior.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

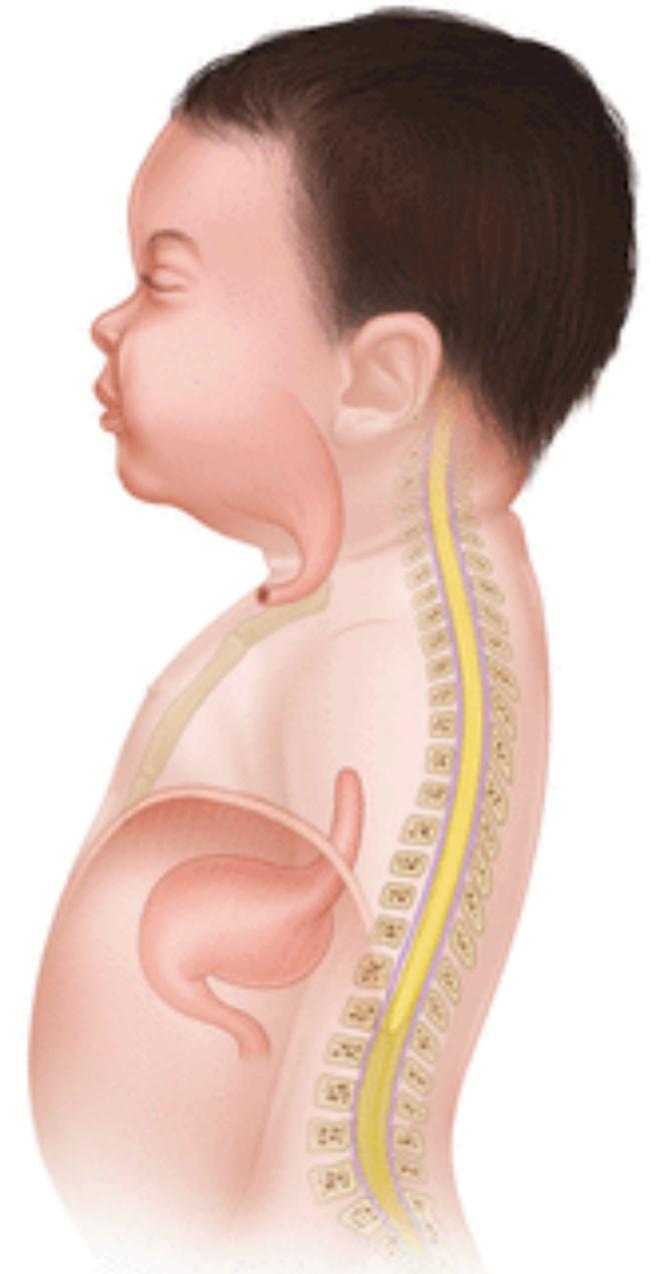
Esofagostomía

¿Para qué se hace una esofagostomía?

Hay diferentes motivos por los que puede ser necesario realizar una esofagostomía. En niños con atresia de esófago, los motivos más frecuentes son estos:

1. En casos de perforación esofágica, por haber ingerido algún cuerpo extraño, posterior a una cirugía o a una dilatación endoscópica, por ejemplo.
2. Por dehiscencia de una anastomosis esofágica (cuando dos cabos o mitades están suturados y esta unión o sutura se suelta parcial o totalmente).
3. En casos de fístula tráqueo-esofágica o esofago-pleural de difícil manejo. Lo que se intenta con la esofagostomía es que la saliva del niño no fugue a través de la perforación, la dehiscencia o la fístula, y así evitar la contaminación de mediastino y los pulmones.
4. Cuando las dos mitades o cabos del esófago están muy lejos entre sí, y es imposible unirlos en una sola cirugía (atresia de esófago long gap), se puede hacer una esofagostomía temporal hasta poder realizar la siguiente cirugía.

atresia de esófago long gap



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Esofagostomía

La esofagostomía en niños con atresia de esófago suele ser temporal e ir acompañado de una gastrostomía o de alimentación. El esófago proximal, se sitúa como un estoma a través del cual sale saliva y alimentos, y aunque su flujo no es corrosivo, es frecuente y sucio.

Aunque podría no colocarse bolsa colectora, lo ideal es colocarla ya que así evitamos que el cuello este constantemente mojado con saliva y/o alimentos.

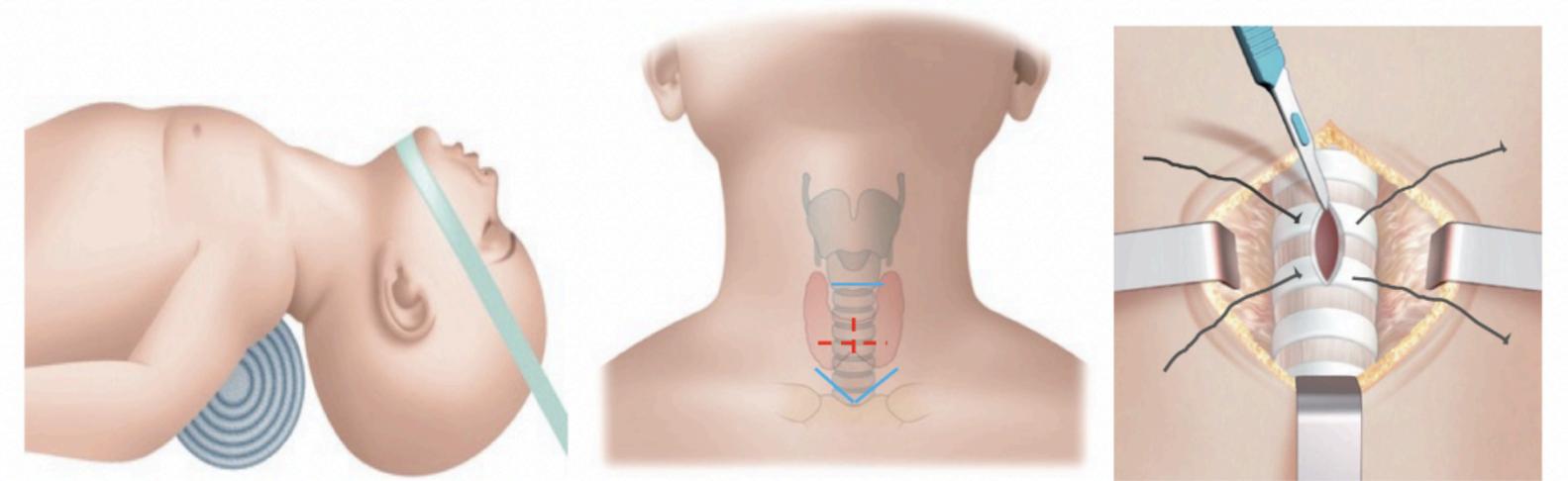
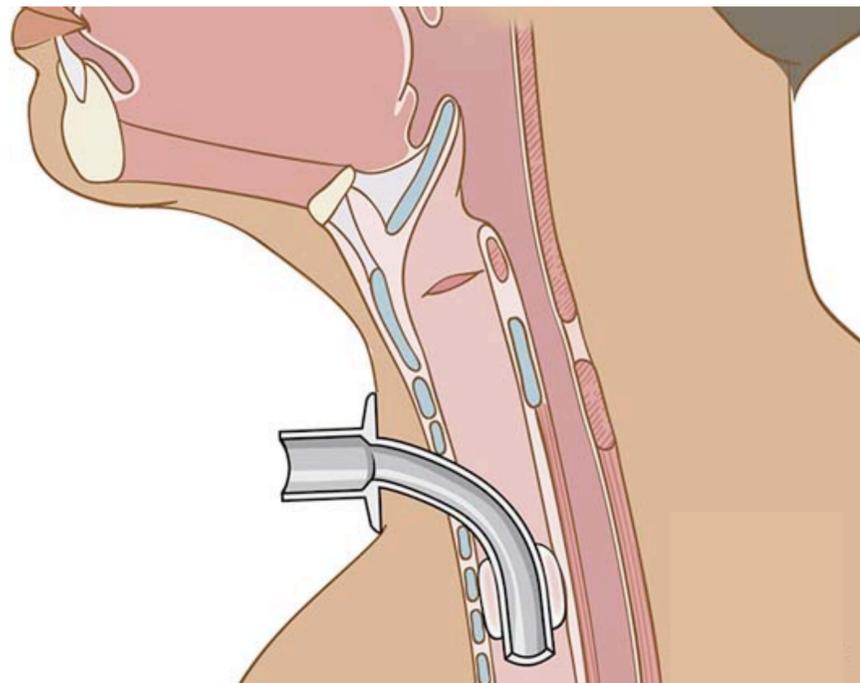
El principal problema al que se enfrenta el estomatoterapeuta es lograr colocar la bolsa colectora en la región del cuello. Hay que realizar una buena limpieza de la piel, sobre la cual se colocara un protector y una pasta para luego colocar una bolsa abierta. La particularidad del estoma cervical, plano y difícil de movilizar, obliga en muchas ocasiones a añadir accesorios para mantener el dispositivo en su lugar



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Traqueotomía

La traqueotomía es un orificio u estoma realizado quirúrgicamente en la tráquea, sobre la parte anterior del cuello. En este orificio se coloca un tubo llamado cánula que permite el paso del aire directamente a la tráquea, y mantiene el orificio abierto.



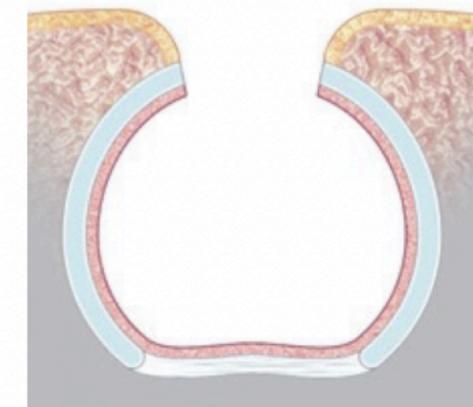
A. Colocación del Paciente

B. Referencias: cricoides en la parte alta, horquilla esternal

C. Abertura de la tráquea



E. Visión en sección



D. Variante: sutura de la tráquea a la piel.

Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

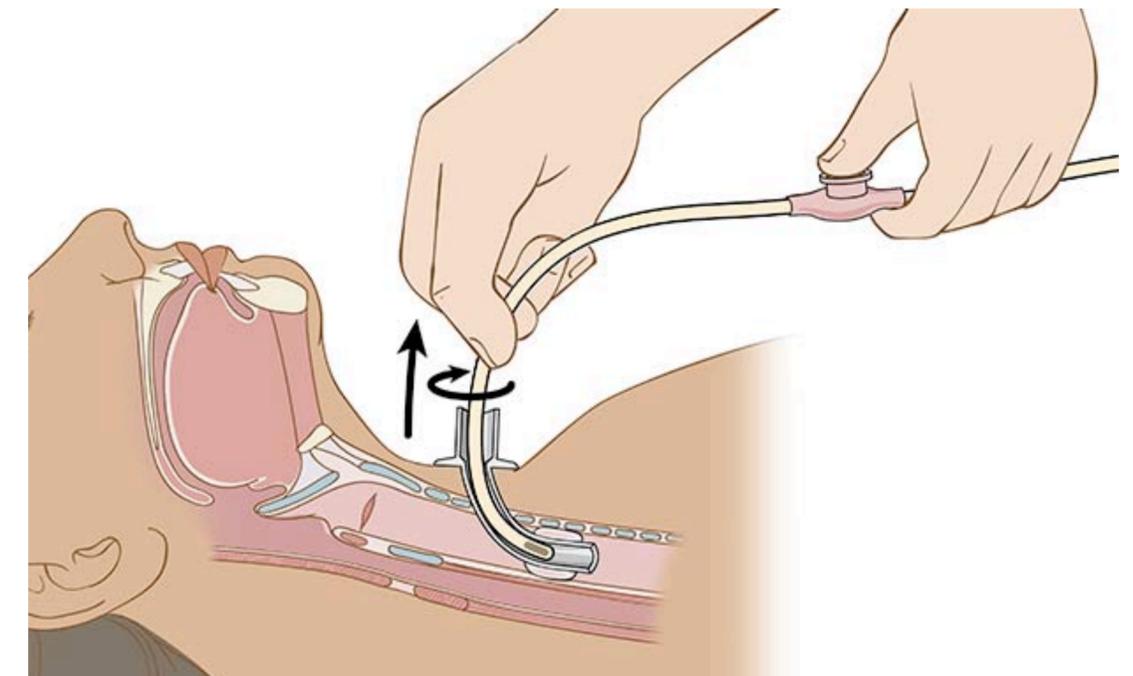
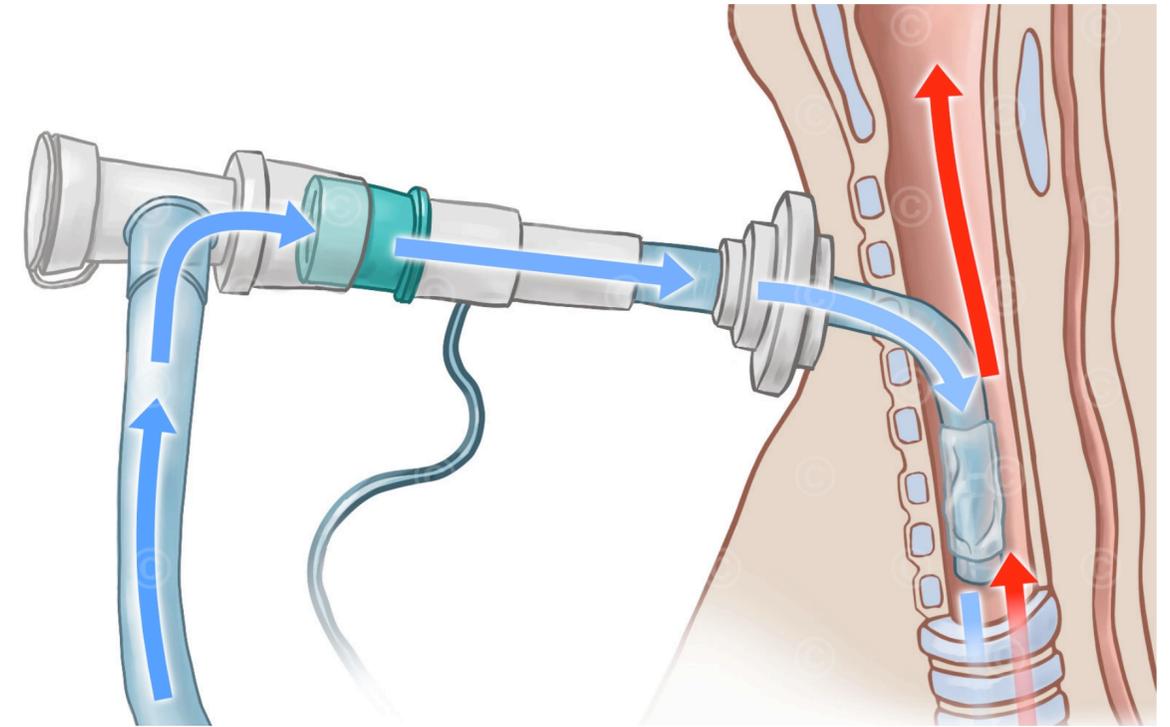
Traqueotomía

¿Para qué se hace una traqueotomía?

Cuando por algún motivo la tráquea esta obstruida parcial o totalmente, o colapsada (aplastada), el aire no puede pasar de la nariz a los pulmones.

Básicamente se realiza para asegurar o facilitar el pasaje del aire a los pulmones. También sirve para aspirar secreciones de la vía respiratoria.

Un motivo frecuente de realización de traqueostomía, es cuando el niño requiere asistencia ventilatoria mecánica (respirador) por un tiempo prolongado. En este caso se realiza para evitar el daño de la tráquea producido por la intubación prolongada asociada al respirador



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Traqueotomía

Partes de una cánula

1. Cánula o vástago
2. Pabellón, en donde está la información importante: el nombre de la cánula y su tamaño.
3. Orejuelas que permiten fijarla en el cuello con venda o velcro.
4. Adaptador universal para la fuente de oxígeno o válvula fonatoria o filtros



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Traqueotomía

Cuidados de la traqueostomía

Es muy importante tomar medidas para fluidificar las secreciones (hacer que el moco sea menos espeso):

Aporte adecuado de líquidos por vía oral o gastrostomía.

Uso de humidificadores ambientales.

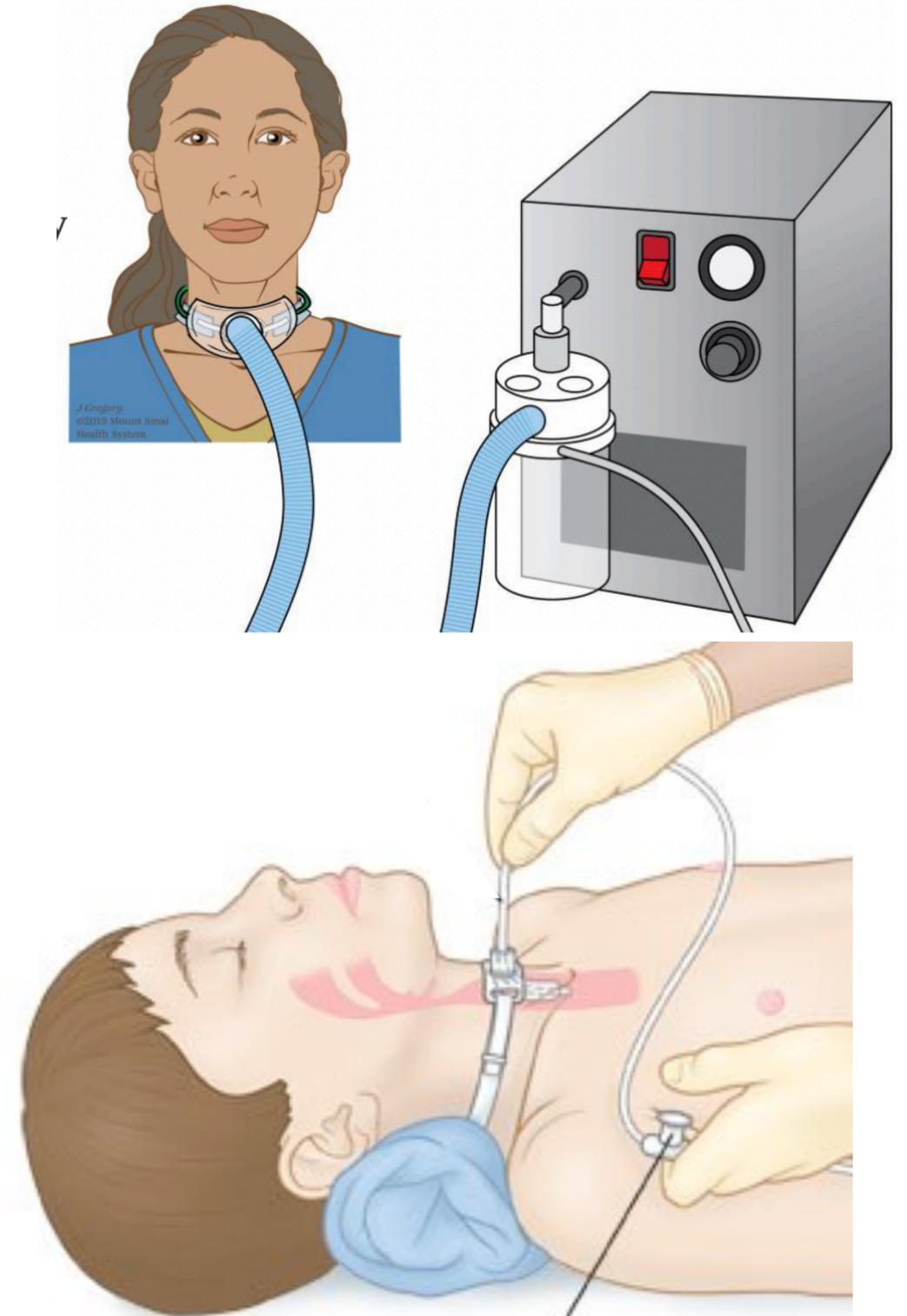
Empleo de aerosoles de suero fisiológico y si es preciso con fármacos mucolíticos.

Instilación en el traqueostoma de pequeñas cantidades de suero fisiológico.

Aspirar secreciones cuando sea necesario de la forma más aséptica(limpia) posible.

La cura se hace de forma aséptica, limpiando el estoma con suero fisiológico, retirando las secreciones existentes; después se utiliza clorhexidina y se termina colocando un apósito si existe herida quirúrgica.

La limpieza de la cánula interna se realizará las veces que seanecesario



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

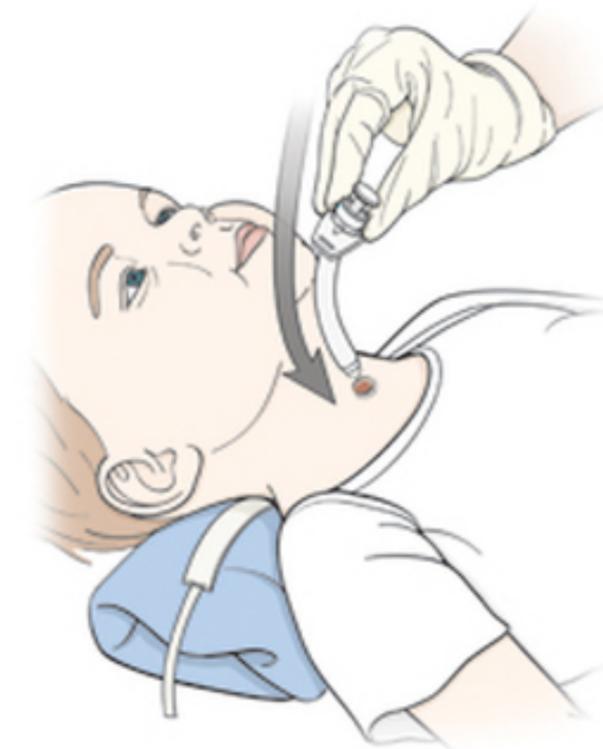
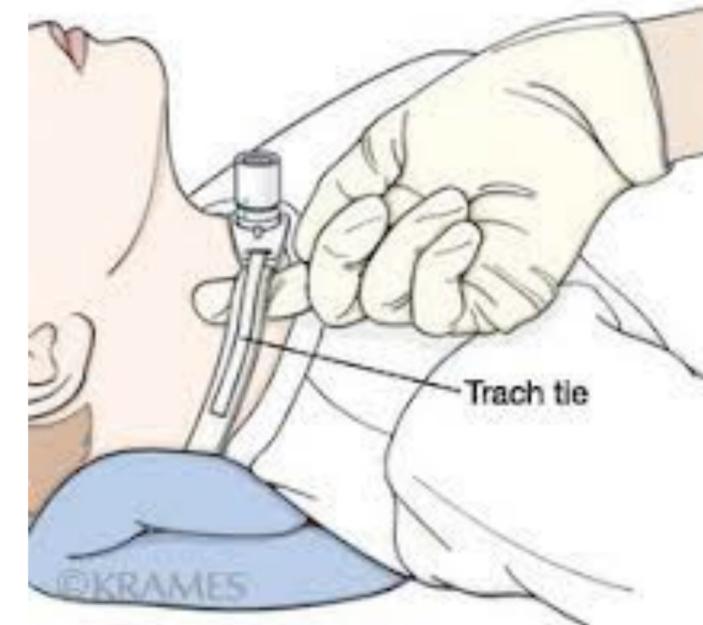
Traqueotomía

Cambio de la cánula

Antes del alta hospitalaria, en general se entrena a los padres o cuidadores del niño para que estén preparados a cambiar la cánula de traqueostomía siempre que sea necesario.

El recambio debe ser realizado con el niño boca arriba y con un realce (una almohada o una toalla enrollada) por debajo de los hombros para exponer el cuello y permitir una mejor visualización y cuidado de la traqueostomía.

El recambio de cánulas de traqueostomía se debe realizar una vez a la semana a modo de mantenimiento, o cuando el paciente lo requiera por molestias. Se realiza lejos de las comidas (media hora antes ó 1 hora y media después de comer) porque puede provocar vómitos.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Traqueotomía

Limpieza de la cánula

Introducir la cánula en un recipiente con agua caliente y jabón neutro.

No usar lavandina ni productos corrosivos.

Pasados unos minutos limpiar con el cepillo por dentro y por fuera. Enjuagar la cánula y secarla

Consejos

Emplear humidificadores en casa.

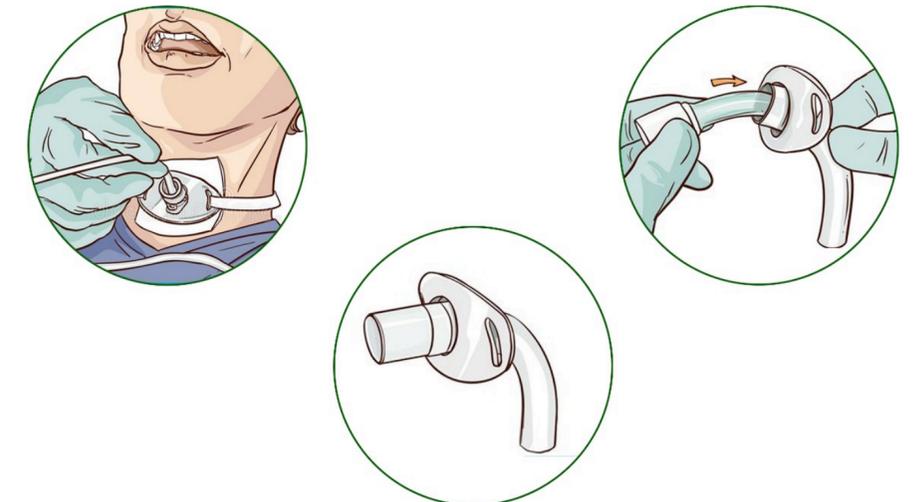
Si las secreciones son densas y secas instilar unas gotas de suero fisiológico o agua hervida fría las veces que sea necesario.

Realizar la higiene bucal habitual.

Se aconseja la ducha, no el baño, para evitar que entre agua en la cánula. Proteger el estoma, aunque si entran solo unas gotas no pasa nada.

No usar colonia, ni jabones, para evitar irritaciones del estoma y ataques de tos.

No emplear pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse e introducirse en el estoma.



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Consulta de enfermería de estomas

Objetivos

- Crear relación de confianza mediante buena comunicación
- Capacitar a los cuidadores
- Mejorar la calidad de vida en el paciente y su familia
- Abordar miedos, dudas, angustias, ansiedades,...escuchar ¡¡¡-



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Consulta de enfermería de estomas

Objetivos

- Formación en cuidados. Manejo de dispositivos
- Informar y adiestrar para que adquieran autonomía
- Implicar al niño según la edad
- Valoración al alta
- Seguimiento ambulatorio



Tema 6. Manejo de estomas pediátricos

Consulta de enfermería de estomas

Conclusiones

Buena práctica de cuidados

Aumento del bienestar, mayor grado de autonomía

Menor frecuencia visitas hospitalarias

Satisfacción personal de todo el equipo

