I CURSO DE ATRESIA DE ESOFAGO PARA FAMILIARES

CAPITULO 2

OSTOMÍAS

Manejo de las Ostomías pediátricas

Licenciada María Romoli
Enfermera
Ostomaterapeuta
Diplomada en heridas

Lucia Gutierrez Gammino
Cirujana Pediátrica
Equipo AeroGastro Ludovica
Hospital Sor María Ludovica
La Plata – 2020

CAPITULO 2

MANEJO DE LAS OSTOMÍAS PEDIATRICAS

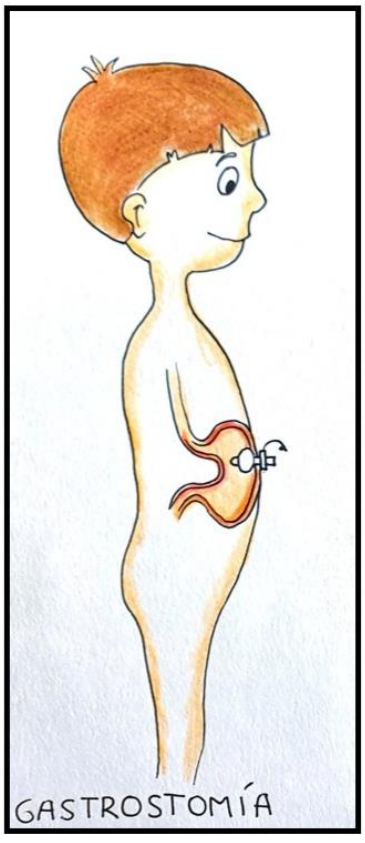
¿Qué es una Ostomía?

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.
Se pueden clasificar de la siguiente manera:

Clasificación anatómica

Según el órgano que se "aboque" al exterior.

- Esofagostomía: esófago
- Gastrostomía: estomago
- Duodenostomía: duodeno (parte del intestino delgado)
- Yeyunostomía: yeyuno (parte del intestino delgado)
- Ileostomía: íleon (parte del intestino delgado)
- Colostomía: cólon (intestino grueso)



Clasificación por función

Según el motivo por el que se realizó.

Gastrostomía

- Vía de descompresión del contenido gástrico: por obstrucción o mal

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

Yeyunostomía

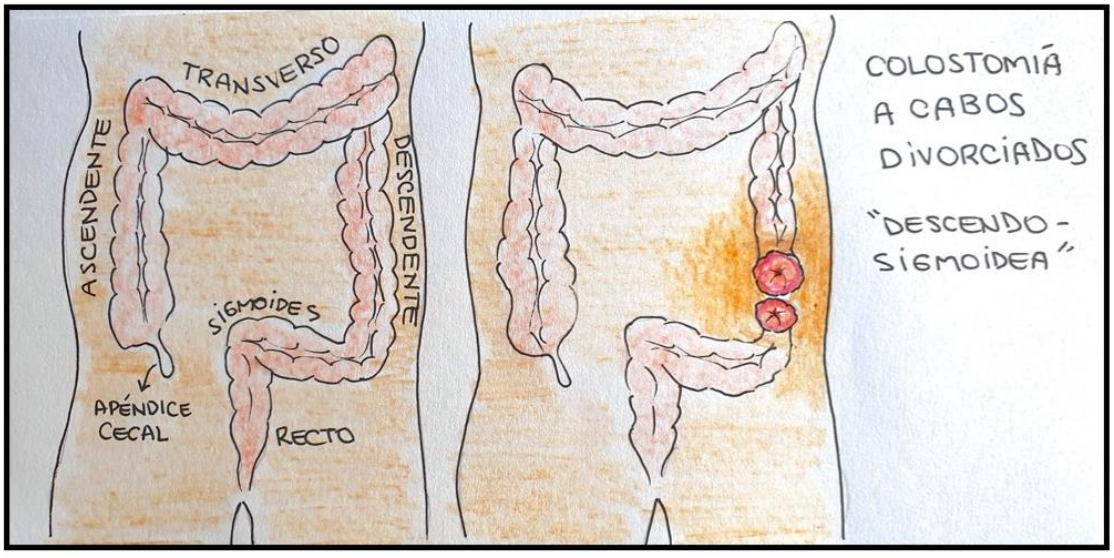
- Vía de evacuación de contenido intestinal: por obstrucción o mal funcionamiento de otra parte del intestino.
- Vía de alimentación: en pacientes desnutridos en los que no se puede realizar gastrostomía, se coloca una *sonda* dirigida al yeyuno directamente.

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.



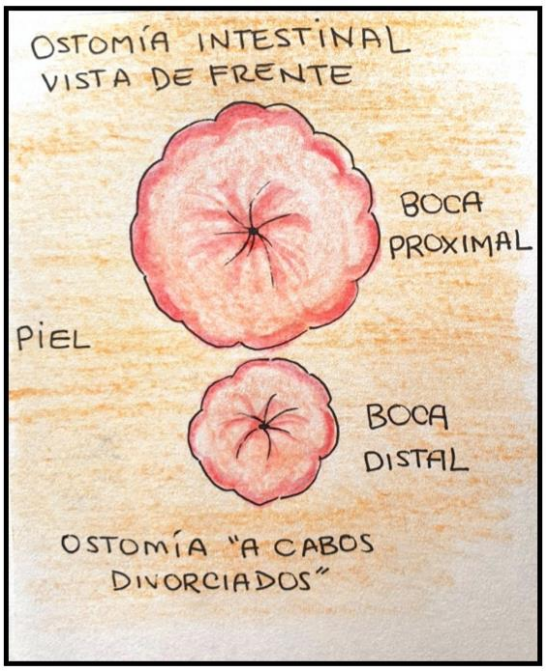
Urostomía

- Vía de evacuación de orina: Procedimiento quirúrgico por medio de cual, se deriva la orina hacia la pared abdominal a través de algún segmento de la vía urinaria.

Ostomías intestinales

Cuidados esenciales de la piel periostomal

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



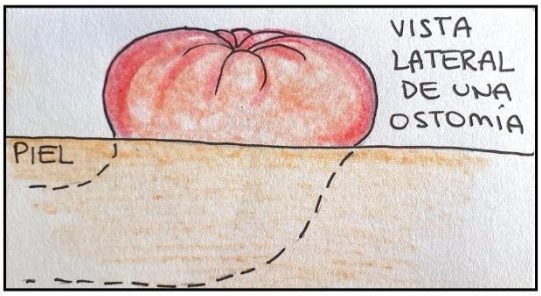
Valoración diaria

Valorar Estoma:

- Tamaño, protrusión, forma, color, apariencia y funcionabilidad.

Valorar la piel periostomal:

- Integridad de la piel (indemne, con eritema, macerada, con pérdida de continuidad de la piel).



Características del efluente (lo que sale por la ostomía):

- Débito (cantidad por día), color, consistencia, composición.

¿Cómo cambiamos el dispositivo?

Lavar, secar el estoma y la piel periostomal, secar suavemente.

- Con suero fisiológico (intrahospitalario) o agua tibia y jabón neutro (domicilio) y algodón.
- Movimientos circulares desde el interior hacia el exterior, sin friccionar y no utilizar sustancias irritantes (evitar toallitas húmedas).
- Realizando toques con una toalla de papel o papel higiénico. Nunca frotar.

Medir tamaño del estoma, recortar barrera de dispositivo.

- Instalar el sistema colector de acuerdo a valoración que se ha realizado.

Rutina de cambios

- Colostomía hasta 7 días.
- Ileostomía y Urostomía hasta 3 a 4 días.

¿Cómo son los dispositivos que existen?

Sistema colector de una pieza:

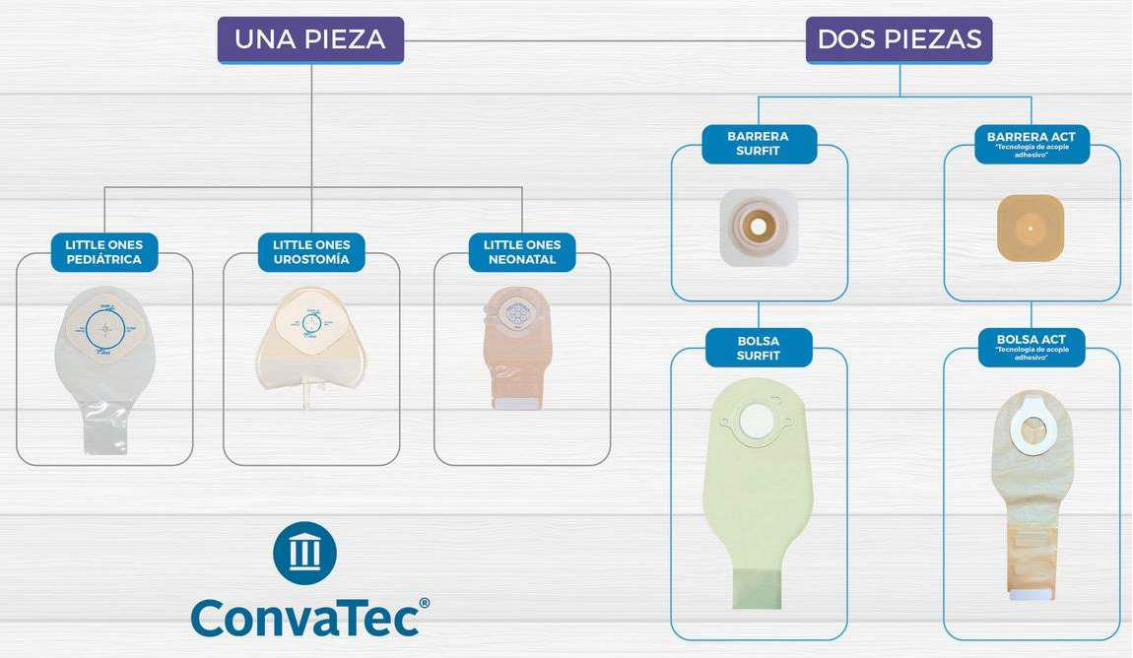
• La bolsa y la barrera se combinan en una sola unidad.
• Barrera hidrocoloide.

Sistema colector de dos piezas

• La bolsa y la barrera son dos piezas separadas que se unen o ensamblan para formar una unidad.

Complementos

• Utilizados para brindar protección de piel. Previene y trata lesiones periostomales.



Gastrostomía

Cuidados esenciales de la piel periostomal

Al igual que con las ostomías intestinales y todas las demás, la piel periostomal debe estar intacta (sana) sin evidencia de enrojecimiento, pérdida de epidermis o sensaciones como picazón, calor o dolor.

Valoración diaria

Valorar Estoma:

- Tamaño, protrusión, forma, color, apariencia y funcionabilidad.
- Secreciones o “pérdidas” de líquido alrededor de la sonda o botón.
- Posibles *granulomas*. ¿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, *topicándolo* (aplicando) con 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. Es importante seguir la recomendación del médico y aprender bien a usarlo, ya que el efecto que genera sobre el granuloma es como si lo fuera "quemando" de a poco, para ir reduciéndolo. Pero si por error pasamos el nitrato de plata por la piel sana, podemos también quemarla y eso no estaría bien.

Una forma de evitar lesiones es imaginarse que la barra de nitrato es como un "carbón caliente" que lo único que quiere quemar es el granuloma (sobre el granuloma no duele). Entonces tengo que proteger tanto mis dedos al agarrarlo (si es que no viene con el plástico aplicador, usar un guante) como la piel sana de mi niño. Únicamente topicar o pasar la barra por el granuloma. Van a notar que a medida que lo van apoyando en el granuloma, cada lugar que tocan pasa de ser rosa a blanco o gris claro. Eso indica que lo estamos aplicando bien. Puede suceder que luego de aplicarlo, el granuloma largue un líquido negruzco o gris, que mancha un poco la piel alrededor pero no la lastima. Pueden en este caso poner una gasita alrededor. El nitrato de plata se aplica habitualmente 1 a 2 veces por día, durante 4 o 5 días, o hasta que el granuloma se reduzca al mínimo.

Recuerden:

- SIEMPRE CONSULTAR PRIMERO AL MEDICO DEL NIÑO.
- NO TOCAR LA PIEL SANA CON LA PUNTA DEL LAPIZ O BARRA.
- No se debe aplicar sobre piel herida, infectada, irritada o enrojecida, lunares, manchas de nacimiento u otras manchas de la piel.
- No colocar junto a otro medicamento, producto o crema.
- No usar si genera alergia o hipersensibilidad en el niño.
- La barra o lápiz debe quedar protegida de la luz del sol, de lo contrario pierde su eficacia. Guardarlo en una caja o frasco oscuro, luego de cada uso.

Cuidado de la piel periostomal:

- ¿Tengo que ponerle algo alrededor de la sonda o botón?

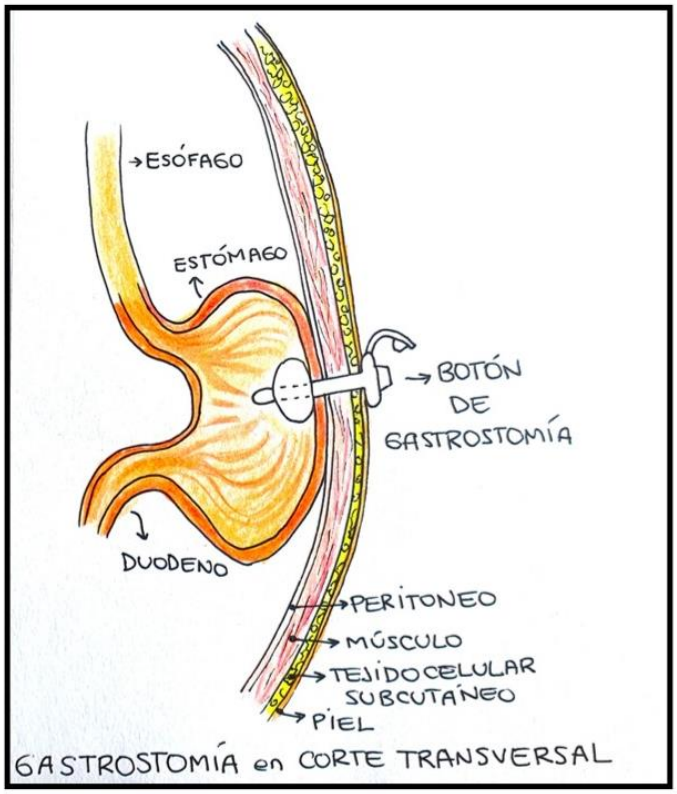
Es fundamental que la piel alrededor de la gastrostomía este siempre sana, limpia y seca, y con la menor cantidad de *apósitos* agregados si estos no son necesarios.
La piel periostomal debe ser del mismo color que el resto de la piel, no estar enrojecida ni ser dolorosa. Si la piel está sana y no hay 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.

- ¿Qué hago si pierde líquido alrededor de la sonda o botón?

En caso de haber perdidas 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 la panza (juego, risa, llanto) o cuando el estómago está lleno. Es tentador cambiar la sonda por una más grande, pero esto solo empeoraría la situación, ya que haría que el orificio se haga aún más grande. De hecho, parte del tratamiento consiste en reducir el tamaño de la sonda.
El médico del niño probablemente intentará cerrar un poco el orificio usando unas cintas cruzadas, ajustando la piel, cambiándola por una de menor tamaño, o quizá retirando la sonda o botón un par de horas y luego recolocándola. 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.

¿Qué hago si se sale la sonda o botón?

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 tironee, 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 urgencia quirúrgica ya que podría causar peritonitis.

Entonces, si estamos en casa y a nuestro niño se le sale la sonda o botón, primero pensar: ¿HACE CUANTO SE REALIZO LA GASTROSTOMIA?

- ✓ 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 de salud 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 <u>más de un mes</u>: 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.

  En el caso de que aún no sepan cómo cambiarla, mantener la calma y consultar inmediatamente con el médico del niño, o a la guardia de donde se atiende habitualmente, para que el personal de salud la recoloque antes que se cierre el orificio. Llevar siempre la sonda o botón que se salió, en una bolsita limpia.

El orificio de la gastrostomía suele cerrarse muy rápidamente si se pierde la sonda o botón que lo mantiene abierto. Es por esto que remarcamos la importancia de no demorar en consultar, porque si pasan demasiadas horas, la gastrostomía puede cerrarse y el niño requerir otro procedimiento quirúrgico para rehacerla.

También creemos que es fundamental que los papas o cuidadores del niño se entrenen en el recambio de sonda o botón, ya que con práctica es un procedimiento no muy complejo, y evita tener que salir inmediatamente a una guardia ante la pérdida de la sonda. Además, los niños suelen tolerar mejor el recambio hecho por sus padres o cuidadores, que son quienes más los conocen.

Siempre tener anotado el tamaño de sonda o botón que el niño usa, en caso de ser necesario reponerlo, y en la medida de lo posible, siempre tener en casa una sonda o botón de repuesto.

¿Cómo cambiamos 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:

<u>Para el niño</u>: 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.

Adjuntaremos material respecto a este tema, pero es importante que sea su médico quien les enseñe el procedimiento, y que los primeros cambios los realicen juntos.

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.

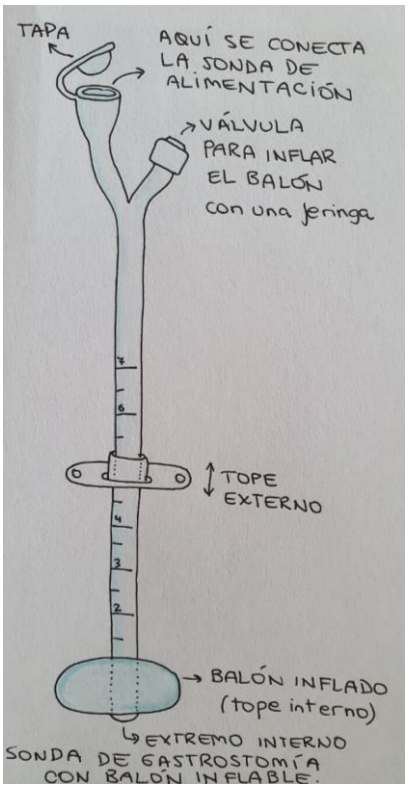
- Ante el envejecimiento temprano del material de la sonda o botón o por obstrucción. Por ejemplo, la sonda cambia de color, tiene restos de alimento o medicación pegado en el interior, no logro pasar alimento o medicamento por la sonda, etc.

  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.

¿Cómo son los dispositivos que existen?

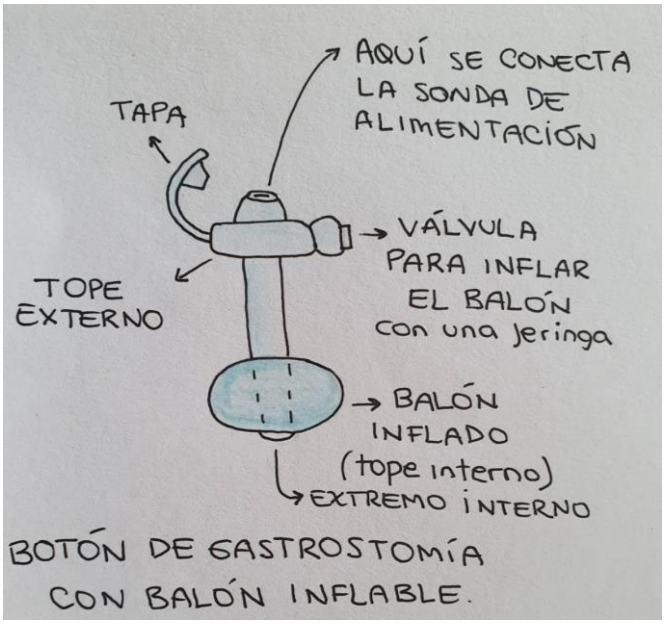
Existen distintos tipos de dispositivos para gastrostomías:

- ✓ **Sonda de gastrostomía**: es una manguera diseñada 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 puntas o picos, una para el inflado del balón y otra 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. Vienen de diferente grosor, medidos en "French".
  Por ejemplo: sonda de gastrostomía 16 French.



- ✓ **Sondas que se usan para gastrostomías, pero no son específicas**. Es el caso de las sondas tipo "Foley", que se usan para la vía urinaria habitualmente. Pueden ser de látex (goma amarilla o naranja) o de silicona (transparentes). El balón no está exactamente en la punta de la sonda, y no traen incorporado el tope externo por lo que debemos hacerlo nosotros mismos con algún material. También tiene dos picos en el extremo externo, uno para inflado del balón y otro para el alimento. Vienen de diferente grosor, medidos en "French".
  Por ejemplo: sonda Foley 16 French.
  Cada número de sonda suele tener un color característico en la punta externa, pero eso puede variar según las marcas. Si no recordás el número de sonda que usa tu niño, pregúntale a su médico y anótalo en su libreta sanitaria.

- ✓ **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. Vienen de diferente grosor, medidos en "French" y de 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.

Importante: los balones se inflan con <u>agua potable</u>, o <u>agua destilada</u>. NUNCA con solución fisiológica.

¿Por qué? Porque con el paso del tiempo, la solución fisiológica puede cristalizarse y el balón transformarse en una piedra de sal que no se puede desinflar.

Glosario:

Apósito: gasa, algodón u otro material que se aplica sobre una herida.

Balón: globo que poseen las sondas o botones en su parte interna, que al inflarlos funcionan como tope interno, para evitar que la misma se salga del cuerpo.

Botón: es un dispositivo que se utiliza para gastrostomías.

Cuerpo extraño: cualquier objeto que se encuentra en el cuerpo, que naturalmente no debería estar allí, por lo que el cuerpo intenta rechazarlo.

Débito: es lo que sale de una ostomía. Puede ser más liquido o más sólido.

Epidermis: es la capa más superficial de la piel.

Estoma: sinónimo de ostoma u ostomía.

Granuloma: es una lesión que se produce como reacción a un cuerpo extraño. Se ve como un crecimiento de tejido con forma de bolita rosa o nacarado, que a veces genera líquido, sangra, molesta y duele.

Nitrato de plata: Sustancia caustica que se utiliza para eliminar granulomas o verrugas.

Ostoma: boca o apertura realizada a través de una cirugía, en la cual se comunica un órgano interno con el exterior del cuerpo, para permitir el ingreso o salida de su contenido.

Periostomal: es la piel alrededor de un ostoma.

Retén: tope externo de una sonda, para evitar que la misma se introduzca en el cuerpo.

Sonda: manguera o tubo que se coloca a través de un orificio natural del cuerpo o uno realizado quirúrgicamente, ya sea para sacar contenido de un órgano o para introducir alguna sustancia a un órgano.

Topicar: aplicar un medicamento sobre una lesión.

Bibliografía:

Cassella R. N., **Gastrostomías, técnicas quirúrgicas, manejo pre y post operatorio**. Pronacip 2010, Modulo 1, Unidad didáctica 4. ACACIP.

Corrales J. C., Otero h., Cohen A, Arrea C. **Ostomías en niños Indicaciones y complicaciones**. Rev. Méd. Hosp. Nal. Nifios Costa Rica 18 (2): 153-170,1983.

Guzmán R. M. **Guía de Práctica Clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación**. 2011.

http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmhnn/v18n21983/art4.pdf

http://www.Pediatricacolorectosurgery.com/cirugiacolorectal/colostomia.htm

Levy, M.; McCord, S.S. **Practical Guide to Pediatric Wound Care.** Semin Plast Surg. 2006 August; 20(3): 192–199.

Ortiz J., Rague M., Foulkes B. Indicaciones y cuidados de las ostomías. Editorial JIMS, Barcelona 1994.