

# Cuidados de enfermería en la ostomía digestiva pediátrica

M. JESÚS GUIJARRO GONZÁLEZ

Unidad Endoscopia Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.  
susipedro@wanadoo.es; mariajesus.guijarro@salud.madrid.org

## INTRODUCCIÓN

La realización de un estoma digestivo en un paciente pediátrico va a conllevar un seguimiento<sup>1</sup> y cura de dicho orificio, así como un amplio programa de información y educación a los padres. El día previo a la cirugía<sup>2</sup>, la enfermera de la consulta de ostomías se dirigirá a los papás para darles información general sobre los cuidados del estoma y mostrarles los diversos dispositivos de abordaje que va a necesitar su hijo en las distintas fases del proceso<sup>1</sup> (les entregamos también infor-

mación escrita y audiovisual). De esta manera, calmaremos su ansiedad<sup>3</sup> y podrán sentirse más capacitados para asumir los nuevos cuidados de su hijo. Tras la cirugía, la enfermera hará seguimiento diario de estos niños<sup>2</sup>; posteriormente, vendrán a la consulta de forma ambulatoria para valorar la evolución del estoma y aclarar las posibles dudas que sobre cuidados o uso de material puedan tener los padres<sup>4</sup>.

La presencia de un estoma representa una pérdida de solución de continuidad de la piel<sup>4</sup>. Nuestra tarea primordial será evitar afecciones cutáneas periestomales implantando los dispositivos más idóneos y dando los cuidados más adecuados a cada paciente<sup>3</sup>.

### Puntos clave

● La realización de un estoma en un paciente pediátrico conllevará una gran ansiedad en los padres, así como unos cuidados especializados dada la vulnerabilidad de la piel de los niños de corta edad. Esto requerirá la presencia, la atención y el seguimiento de un equipo multidisciplinario formado por cirujanos, pediatras y enfermeras especializadas.

● Un estoma puede ser una fuente de pequeños problemas, de ahí que sea importante el seguimiento por parte de la enfermera de la consulta de ostomías. Esta valorará la evolución del estoma y contrastará, junto con las compañeras del servicio donde se encuentre ingresado ese niño, la forma más adecuada de cuidarla.

● Es importante dar apoyo a los padres e implicarlos en los cuidados del estoma del niño para que puedan darlos continuidad en su domicilio.

● Tras el alta hospitalaria, se establecerá una pauta de visitas para la consulta de ostomías. En un ambiente de buena comunicación, valoraremos los cuidados practicados por los padres, el recambio del dispositivo más adecuado para cada situación, la aparición de posibles complicaciones y las formas de abordarlas.

## CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS DIGESTIVAS<sup>1</sup>

- Según la función: alimentación, drenaje o eliminación.
- Según el tiempo de permanencia: temporales o definitivas.
- Según el órgano abocado al exterior: esofagostomía si se aboca el esófago, gastrostomía si lo que se aboca es estómago, yeyunostomía si es el yeyuno, ileostomía si es el íleon, cecostomía si es el ciego, apendicostomía si es el apéndice y colostomía si es colon.

### Ostomías de alimentación

#### *Gastrostomías*

La función primordial es el aporte de nutrientes cuando se prevea que esta dure más de 3 meses<sup>1,5</sup>.

#### *Indicaciones*

##### 1. Enfermedades digestivas:

- Trastornos de la deglución (atresia de esófago, alteraciones maxilofaciales, estenosis esofágica post ingesta de cáusticos).
- Reflujo gastroesofágico (RGE) grave.
- Síndrome de intestino corto.
- Enfermedad inflamatoria crónica del intestino.
- Insuficiencia pancreática.

##### 2. Enfermedades cardiorrespiratorias:

- Cardiopatía congénita.
- Fibrosis quística.

### 3. Problemas renales:

- Insuficiencia renal.
- Síndrome nefrótico.

### 4. Enfermedades neurológicas:

- Parálisis cerebral infantil.

### 5. Alteraciones metabólicas:

- Aminoacidopatías.
- Hipoglucemia nocturna.

#### Técnicas de realización

1. Cirugía laparoscópica.
2. Cirugía abierta.
3. Gastrostomía percutánea endoscópica (PEG).
4. Percutánea radiológica.

#### Tipos de dispositivos

- Sonda de Pezzer
- Sonda de silicona implantada mediante una gastrostomía endoscópica percutánea.
- Sonda de gastrostomía con balón.
- Dispositivo de botón con fijación de «globo».
- Dispositivo de botón con fijación de «seta».

Al cabo de 6-8 semanas<sup>1</sup> de la realización de la gastrostomía, se podrá sustituir la sonda inicial por una sonda de balón o por un botón de gastrostomía. Medir previamente el grosor de la pared abdominal para implantar el indicado.

#### Cuidados del estoma y del dispositivo

1. Cuidados básicos<sup>2,6</sup>: la piel acondicionada para anular, tolerar o minimizar las agresiones ambientales, pero no está preparada para hacer contacto con los fluidos y secreciones internas que puedan salir por un estoma<sup>7</sup>. De aquí parte la importancia de dar a esta piel unos cuidados adecuados.

2. Estoma: limpieza diaria, secar y colocar una gasa seca entre piel y dispositivo (los 3 primeros días tras realización de la gastrostomía, se pondrá antiséptico en la gasa) (tabla 1).

3. Dispositivo: introducir agua tras su uso, girar suavemente para evitar adherencias en la piel y en aquellos que tengan «globo», medir su contenido cada 2 semanas (tabla 2).

Será también una tarea importante animar a los papás a llevar una vida familiar lo más normalizada posible<sup>1</sup>: escolarización del niño, posibilidad de que haga deportes o de bañarse sin problemas en piscinas, ríos y playas, salidas familiares de ocio, etc.

#### Cuidados ante las complicaciones del estoma<sup>1,4</sup>

##### 1. Eritema de la piel periestomal (fig. 1):

- Limpieza y secado de la piel periestomal.
- Acoplar a la piel el disco de fijación externa.
- Aplicación tópica de cremas anticongestivas.
- Pomadas o polvos epitelizantes en eritemas moderados-severos.



Figura 1. Eritema de la piel periestomal.

##### 2. Dermatitis:

- Aplicación tópica de cremas corticoideas<sup>7</sup> que alivien la inflamación y el prurito.

##### 3. Ulceración del estoma:

- Revisar una excesiva presión del dispositivo sobre la piel.
- Irrigar y aclarar la lesión con suero fisiológico. Secar suavemente.
- Aplicar gel desbridante.
- Cura quirúrgica por cirujanos.

##### 4. Excesivo tejido de granulación. Granuloma:

- Aplicar nitrato de plata<sup>7</sup>.
- Resección quirúrgica por cirujanos de referencia.

##### 5. Infección del estoma:

- Aumentar la limpieza de la zona.
- Recogida de exudado y aplicación de tratamiento antimicrobiano pautado por el médico.

##### 6. Fuga del contenido gástrico:

- Valorar si tiene el dispositivo adecuado.
- En dispositivo con disco de fijación, adaptarlos bien a pared.
- En fugas severas, colocación por cirujanos de sonda Pezzer (provoca regeneración tisular que estimula el crecimiento del tejido estomal) hasta la total adaptación del estoma a dispositivo.
- Colocación de sonda transyeyunal por médico de referencia.

##### 7. Fístula gastrocutánea persistente tras la retirada definitiva del dispositivo:

- Taponamiento oclusivo-compresivo con gasas sobre la fístula, primero con una torunda impregnada de vaselina, después 4-5 gasas y esparadrappo poroso presionando todo. Repetir cura si se observa manchado de gasas.
- Si pasados 2-3 meses cerrase, los cirujanos harán cierre quirúrgico.

#### *Cuidados ante las complicaciones relacionadas con el dispositivo<sup>1,4</sup>*

##### 1. Obstrucción de la sonda o botón:

- Irrigación con agua tibia.
- Cambio de dispositivo si no se consiguiese desobstruir.

##### 2. Extracción accidental del dispositivo:

- Reimplantar lo más inmediatamente posible uno nuevo valorando la posibilidad de aumentar su calibre.

##### 3. Hundimiento del dispositivo de botón por aumento del grosor de la pared abdominal:

- Poner un botón de tallo mayor adecuado al grosor abdominal.

##### 4. Sospecha de extrusión de la parte intragástrica del dispositivo de botón en la pared abdominal:

- Suspender su uso.
- Comprobación endoscópica de la situación del dispositivo por los cirujanos.
- Extracción del dispositivo si fuese necesario implantando de forma transitoria una sonda de gastrostomía con balón que permitirá ir adaptando el disco de fijación según vaya reduciéndose la inflamación.

##### 5. Fallo valvular del dispositivo de botón:

- Retirar los conectores de extensión cuando no se requiera su uso.
- Recambiar el botón.

En casos muy específicos, la gastrostomía puede llevar asociada una esofagostomía. Tiene carácter temporal, y su función es la derivación de saliva en los niños que presentan atresia de esófago tipo 1 (atresia de esófago sin fistula traqueoesofágica en la que el bolsón superior acumula saliva, con el consiguiente riesgo de aspiración traqueal). Al ser escaso el drenado<sup>3</sup>, este puede ser recogido con gasas superpuestas sobre la fistula. En caso de eritema periestomal, bastará con poner una fina capa de pasta barrera (Karaya) sobre la piel circundante para a continuación poner gasas que recojan el contenido.

#### *Yeyunostomías*

Se realiza en casos de RGE severo o enfermedades que afectan a la motilidad gástrica<sup>1</sup>.

El catéter puede salir a pared abdominal por un trayecto submucoso o por el orificio de la gastrostomía<sup>4</sup>. En el primer caso, el cuidado principal será vigilar la correcta fijación del catéter a la piel (apósito transparente), manteniendo la piel periestomal limpia y seca. En el segundo caso, los cuidados serán similares a los de la gastrostomía.

#### **Ostomías de eliminación**

La cirugía puede ser abierta, laparoscópica o percutánea. Según la morfología del estoma, serán de «cabos separados», técnica Devine (orificio proximal por donde sale el contenido intestinal y otro distal que se comunica con el ano) o salida de 2 «bocas» por un mismo orificio (en «cañón de escopeta» o en asa)<sup>3</sup>.



**Figura 2.** Protección de piel con pasta barrera.

#### *Ileostomías*

Características del efluente: frecuentes, líquidas y de gran acidez. Pueden irritar fácilmente la piel periestomal.

Las indicaciones son, fundamentalmente, enterocolitis necrotizantes y obstrucciones intestinales.

#### *Cecostomía y apendicostomía*

Se les puede implantar sonda o botón de gastrostomía, no interrumpen el tránsito y sirven para aplicar enemas. Haciendo una mínima higiene diaria la piel no da problemas.

#### *Colostomía*

Las más frecuentes son las de colon izquierdo y las rectosigmoidectomías.

Características del efluente: menos frecuentes que las ileostomías, mayor consistencia (más evidente cuanto más distal se encuentre el estoma) y, por tanto, menos irritante para la piel periestomal.

Las indicaciones más frecuentes son: malformaciones congénitas, como atresias intestinales, malformaciones anorrectales y enfermedad de Hirschsprung; infecciones, como la enterocolitis necrotizante, y traumatismos anorrectales.

#### *Cuidados de las ostomías de eliminación*

Cuidados básicos: lo más importante de la piel periestomal será mantenerla limpia y protegida de los efluentes<sup>8</sup>. Para ello se verá si es la recogida de heces<sup>3</sup> se puede hacer mediante bolsa colectora (la forma más idónea) o si las características del niño no lo permita (falta de superficie mínima para pegar un disco, heridas adyacentes, etc.), protegerla con pasta barrera (Karaya) (fig. 2), recogiendo los efluentes mediante gasas.

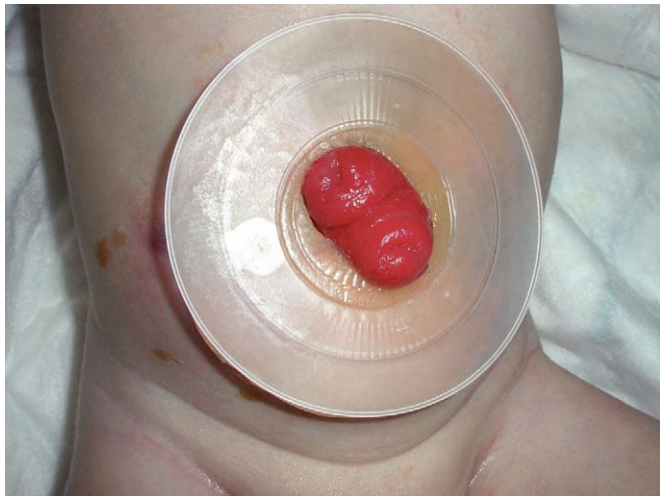
#### *Cuidados en las complicaciones de ileostomías y colostomías<sup>1</sup>*

1. Sangrado de la mucosa expuesta: presionar suavemente con gasas impregnadas en suero fisiológico frío.

Aplicar pequeños toques con nitrato de plata<sup>7</sup>.

2. Prolapso de las asas intestinales: reducción manual masajando suavemente en forma circular con guantes impregnados en vaselina, poner disco ajustado y bolsa.

En neonatos, se pondrá pasta barrera en toda la piel periestomal, envolveremos las asas con gasas húmedas, después cogemos todo ello con compresas y sujetaremos con el pañal.



**Figura 3.** Recorte ajustado del disco adhesivo.

3. Dermatitis de contacto irritativa: en casos leves, se puede aumentar la fijación del disco con accesorios propios de las bolsas como cremas, placas autoadhesivas o toallitas y esprays. En casos severos, la recogida de las heces se hará mediante gasas; aplicar en la piel productos epitelizantes.

4. Granuloma: ajustar el recorte del disco (tapar con el disco parte de la mucosa favorece la proliferación de tejido granulomatoso). Si el granuloma fuese sangrante o incómodo para el paciente se podrá aplicar nitrato de plata<sup>7</sup>.

5. Retracción del estoma: vigilar el posible filtrado de heces bajo el disco.

Utilizar discos cóncavos y accesorios que ayuden al sellado como resinas moldeables.

6. Hernias periestomales: en niños lactantes, usar protocolo de recogida con gasas y en los mayores discos cóncavos con accesorios que aumenten fijación y cinto.

7. Irregularidades de la piel periestomal: rellenar la zona irregular con resinas moldeables y después usar accesorios que aumenten la fijación del disco.

## PÁGINAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

### Cuidados de las gastrostomías pediátricas

Gastrostomía: comunicación quirúrgica del estómago con la pared abdominal externa y en cuyo interior se coloca un dispositivo flexible (sonda o botón), fig. 4.

Ante cualquier duda o alteración que observen en la gastrostomía, se pueden poner en contacto telefónico con la consulta de ostomías y/o acudir directamente.

### Cuidados de los niños con colostomías e ileostomías pediátricas

Colostomías: porción de colon derivado al abdomen externo mediante un procedimiento quirúrgico. Heces de consistencia pastosa.

Ileostomías: comunicación artificial de un segmento del íleon con la pared abdominal externa. Heces líquidas (irritación de piel periestomal).



**Figura 4.** Sonda de Pezzer, sonda de silicona implantada con endoscopio (PEG), sondas de gastrostomía con balón, botones de seta y de globo.

**Tabla 1.** Cuidados del estoma

Limpiar el estoma con agua y jabón de dentro hacia fuera, en dispositivos con anclaje externo, este se levantará para limpiar debajo y posteriormente se volverá a fijar bien a piel (se evitan fugas que alteran la integridad de esta piel). Pasada una semana de la realización, los niños pequeños se podrán bañar y los mayores ducharse

Los 3 primeros días, se dejará tras la limpieza del estoma una gasa impregnada de solución antiséptica entre el disco de fijación externa del dispositivo y la piel; después se pondrá una gasita seca

Girar el dispositivo sobre el estoma varias veces al día para evitar adherencias y minimizar el roce con la piel

Vigilar el posible enrojecimiento de la piel periestomal; aplicación de anticongestivos

**Tabla 2.** Cuidados del dispositivo

Respetar la salida natural de la sonda (ángulo de 90° con la piel); no traccionarla. Esto evitará la ampliación del estoma

Abrir y cerrar con suavidad los tapones de las sondas

Tras la administración de alimentos o medicación por el dispositivo, introducir agua tibia para evitar la obstrucción del mismo

No usar pinzas de pinzamiento directamente sobre el tallo de la sonda; poner unas gasas entre medias

En los dispositivos de botón, retirar los latiguillos una vez que se le haya pasado la alimentación, lavarlos con agua tibia y guardarlos hasta su siguiente uso

Observar si hay una excesiva presión del dispositivo sobre la piel; nos puede ulcerar el estoma. Cuando haya indicación médica, se abrirán los tapones del dispositivo pasados 60-90 min de la comida con el fin de eliminar gases

En caso de tener dispositivo de balón (sonda o botón), se comprobará cada 10-15 días el volumen del mismo con el fin de evitar extracciones accidentales. En este caso, los padres tapanán el estoma y se dirigirán al hospital para reimplantárselo

### Recogida de heces

1. Mediante gasas: la recogida de heces mediante gasas se hará cuando las características del niño no nos permitan poner bolsas (niños de muy bajo peso, heridas periestomales...).

Extremar los cuidados de la piel.

Procedimiento:

- Aplicar pasta barrera con Karaya sobre la piel periestomal.
- Poner vaselina sobre la mucosa del estoma.
- Cubrir la zona con gasas no estériles impregnadas con aceite medicinal o vaselina.
- Hacer cambios frecuentes de las gasas según el manchado de estas. Para facilitar la retirada, se podrá aplicar sobre ellas aceite o suero fisiológico.
- Se repondrá la pasta en las zonas donde se hubiese desprendido.

2. Mediante bolsas colectoras<sup>8</sup>: es la forma más idónea de recogida de heces<sup>3</sup>, ya que nos permitirá mantener la integridad de la piel periestomal.

Se pondrá bolsa colectora de forma inmediata si las características del niño lo permitiesen: mínima superficie abdominal de pegado, ausencia de heridas periestomales...

Es aconsejable poner bolsas cerradas de 2 piezas (disco adhesivo y bolsa) en las colostomías. En las ileostomías la bolsa será abierta en su extremo inferior para facilitar su evacuación sin manipular al niño.

Las bolsas neonatales son las más adecuadas para niños de bajo peso o lactantes.

Colocación de bolsa colectora:

- Limpiar toda la piel periestomal con agua y jabón.
- Secar con gasas no estériles dando suaves toquitos. No poner aceites ni cremas en la zona.
- Recortar la placa adhesiva lo más ajustada posible al estoma y no contacten las heces con la piel (fig. 3).
- Calentar con las manos el disco adhesivo o placa para aumentar su fijación.
- Retirar el filme transparente y colocarla sobre el estoma de forma que este quede sellado; para ello, podemos presionar suavemente el disco con los dedos durante unos minutos.

- Acoplar la bolsa.

- Vaciarla cuando se vea necesario en caso de ser abierta y retirarla cuando sea cerrada. Aprovechar el recambio de la bolsa para limpiar el estoma.

- En caso de observar fugas de efluente, se retirará cuidadosamente el disco adhesivo de arriba abajo y se procederá a poner otro nuevo.

La higiene general de los niños se hará mediante baño si son pequeños y con ducha los mayores, teniendo cuidado en mojar lo menos posible el disco adhesivo. La bolsa se dejará puesta para evitar que las heces caigan al agua. En los baños sin bolsa, no hay ningún problema ante la posible entrada de agua por el estoma.

Ante cualquier duda, pueden llamar a la consulta de ostomías y/o acudir a ella.

## BIBLIOGRAFÍA



● Importante   ●● Muy importante

1. ● Delgado Muñoz MD, Cano Novillo I, Martín Díaz E, Guijarro González MJ, Izquierdo Villanueva P, Gómez Isabel AI. Control pediátrico ambulatorio del niño con gastrostomía y ostomías intestinales. *Rev Pediatr Integral*. 2002;6:911-8.
2. ●● Breckman B: El papel de la enfermera en el cuidado del estoma pediátrico cap 17. En: *Enfermería del estoma*. Madrid: Emalsa; 1987. p. 213-8.
3. ●● Breckman B. El cuidado del estoma pediátrico. En: *Enfermería del estoma*. Madrid: Emalsa; 1987. p. 121-31.
4. Guijarro González MJ. Gastostomía y nutrición. *Cuidados de enfermería*. *Rev Rol Enf*. 2003;26:618-20.
5. Gil-Vernet JM, Marhuen Irastorza C, Asensio Llorente M. Estomas en la infancia. En: Martín Raqué J, Tejido Valenti M, editores. *Estomas; valoración, tratamiento y seguimiento*. Barcelona: Ed. Doyma; 1999.
6. Folleto explicativo del manejo de la gastrostomía. Consulta de ostomías pediátricas. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil 12 de Octubre. Madrid.
7. Bordas Orpirel X, Fortuño Ruiz Y, Gallego Abad I. Estructura y función de la piel. Problemas cutáneos más frecuentes en el paciente ostomizado. En: Martín Raqué J, Tejido Valenti M, editores. *Estomas; valoración, tratamiento y seguimiento*. Barcelona: Ed. Doyma; 1999.
8. ● Guijarro González MJ, Cayuela Salamanca C, Royo Ruiz A, Rivera García S, Durán Ventura MC, Vázquez Estévez J, et al. Una ayuda para los padres de niños ostomizados. *Manual práctico*. Programa de ayuda en el cuidado del estoma (PA-CE). Madrid: Coloplast.