

Cuidados de enfermería al neonato ostomizado

Lic. Claudia Kovacevic^o

Introducción

Durante el periodo neonatal determinados trastornos agudos y crónicos obligan con frecuencia a realizar intervenciones quirúrgicas acompañadas de una ostomía. Se denomina así al abocamiento de un órgano hueco al exterior. Es una alternativa terapéutica para resolver de manera transitoria o definitiva alteraciones anatómicas o funcionales de dicho órgano.

Uno de los desafíos que los enfermeros de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se enfrentan en la cotidianeidad asistencial es el cuidado individualizado y oportuno de los neonatos que presentan una ostomía. El eje central del cuidado está orientado a favorecer una evolución sin complicaciones, con inclusión precoz de la familia, para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo en el hogar.

Las **ostomías** se denominan de acuerdo al órgano donde están situadas.

Traqueostomía

Es el abocamiento de la tráquea al exterior indicado en los pacientes que presentan obstrucción de la vía aérea. Luego del procedimiento quirúrgico, se deja colocada una cánula que mantiene permeable el abocamiento. Es importante verificar la presencia de los puntos de sutura que ligan la tráquea, porque ante la eventualidad de que la cánula se movilice, esos puntos se traccionan y se facilita la recanulación minimizando el riesgo de una falsa vía. Es aconsejable que la maniobra la realice el cirujano endoscopista con un ayudante y un anestesiólogo.

Cuidados específicos

- Observar la mecánica ventilatoria, antes y después de cualquier intervención.
- Controlar la fijación de la cánula.
- Verificar la permeabilidad de la vía aérea.
- Evitar lesiones traqueales durante la aspiración midiendo la longitud de la sonda a introducir, que no debe exceder la de la cánula.
- Realizar el cambio de cánula entre dos personas.
- Evitar lesiones por decúbito en el cuello.
- Incluir a la familia en todas las etapas del cuidado.

La curación del ostoma se realiza según necesidad si se observa humedad o secreción y en todas las oportunidades que se cambie la cánula.

Los cambios se realizan semanalmente. El primero se hace con el equipo de endoscopia, y es fundamental que los profesionales de la UCIN mantengan una comunicación fluida con dicho equipo, a fin de manifestarle los cambios y consultar oportunamente frente a signos inesperados.

Cuando se presentan lesiones cutáneas, puede utilizarse el método de curación húmeda con hidrocoloide; este material puede usarse también como protector de la piel sana en la zona periestomal y donde la cánula o el filtro ejercen presión.

Materiales necesarios

- Cánula de tamaño y características adecuadas al paciente.
- Cinta hilera o cuello para fijación.
- Solución de clorhexidina al 2%.
- Gasas.
- Guantes de examen.
- Equipo de aspiración.

Los cambios sucesivos se realizan siempre en presencia de los padres, para capacitarlos en la higiene, cambios de cánula y todos los procedimientos vinculados al cuidado del ostoma y a los cuidados generales de su hijo. Es importante incluir a ambos padres y/o algún familiar mayor de edad que pueda responsabilizarse del cuidado en el hogar en ausencia de alguno de los padres.

En el hogar, la limpieza de la cánula se realiza con detergente biodegradable y enjuague con abundante agua; recordar pasar una sonda con nudos por la luz de la cánula para evitar que queden secreciones adheridas.

Para el egreso al hogar se debe chequear que la familia cuente con:

- Todos los insumos necesarios para la higiene.
- Una cánula de repuesto de iguales características a la que el paciente tiene colocada, lista y en condiciones de ser usada si fuese necesario.
- Dos tubos endotraqueales de una medida menor a la de la cánula para el caso de que presente alguna dificultad al recolocar la cánula.
- Un aspirador nebulizador y otro tipo de descartables.
- Materiales descartables complementarios.

El servicio de neonatología debe prever que al egreso al domicilio los padres hayan realizado el curso de reanimación cardiopulmonar neonatal (RCP) (Figuras 1-4).

^o Enfermera asistencial, Servicio de Neonatología, Hospital Dr. Juan P. Garrahan. Correo electrónico: kova1209@gmail.com

Esofagostomía

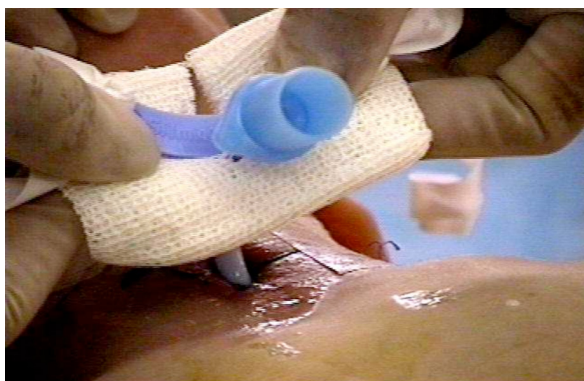
Es el abocamiento del esófago al exterior. Esta cirugía se realiza en pacientes con atresia de esófago tipo I o sin fístula, donde resulta dificultoso hacer una anastomosis primaria, debido a que los cabos se encuentran muy separados.

Debido a la discontinuidad del esófago la saliva no pasa al estómago; la esofagostomía permite su eliminación hacia

el exterior. Por lo general este ostoma no presenta grandes complicaciones y mantiene una correcta higiene y permeabilidad.

Cuidados específicos

- Mantener permeable para facilitar el pasaje de saliva.
- Higienizar y secar la zona para evitar la maceración cutánea y la proliferación de hongos (Figura 5).



Figuras 1 y 2. Fijación de la cánula de traqueostomía



Figura 3. Lesión en el cuello por cinta hilera

Gastrostomía

Es el abocamiento al exterior del estómago. En la cirugía se utiliza generalmente la técnica de Stamm, que consiste en realizar una pequeña incisión mediana supra umbilical y colocar una sonda Pezzer en el estómago, fijándola con dos jaretas concéntricas. Posteriormente se fija el estómago a la pared anterior del abdomen con dos puntos y la sonda se saca por contra abertura.

Cuidados específicos

- Correcta higiene de la zona periestomal y sus accesorios.
- Realizar el control de los puntos y del desplazamiento de la sonda.
- Mantener la sonda en 90º y evitar el decúbito.



Figura 4. Lesión de cánula por decúbito



Figura 5. Esofagostomía tipo Kimura

- Realizar cuidados de la sonda y observar cualquier deterioro del material.
- Preservar la función del botón gástrico.
- Evitar que el botón oscile entre el estómago y el exterior provocando el derrame del contenido del estómago (si fuese necesario colocar un suplemento con gasa).
- Proteger la zona con gel para gastrostomía o apósito hidrocoloide (opcional).

Complicaciones

Las complicaciones más frecuentes que en ocasiones puede producirse son:

Fuga de material gástrico: en algunos casos los puntos que sujetan la sonda Pezzer, se sueltan y la misma comienza a deslizarse hacia adentro del estómago permitiendo la salida del contenido gástrico. El peso de la sonda con el adaptador que se deja colocado, sea una llave de tres vías o un prolongador, favorece que la sonda se incline provocando lesión por decúbito o aumento de tamaño del ostoma.

Una alternativa de cuidado es tensar la sonda para que quede fija en el techo del estómago; se coloca una tetina de biberón en la base y se fija con cinta en el extremo de la tetina por donde sale la sonda. Para proteger la piel periostomal se coloca un gel para gastrostomía a base de hidrocoloide, zinc y vitamina A. En caso de no contar con el gel específico, se puede preparar una mezcla de hidrocoloide con sucralfato (Figuras 6 y 7).

Extracción accidental: la sonda Pezzer se sujeta a la piel con un punto que puede salirse al no contar con un sistema de anclaje; ante cualquier movimiento se tracciona la sonda y se desliza completamente al exterior. Si la sonda se encuentra mal fijada u ocasiona una lesión por decúbito, el ostoma aumenta de tamaño y la sonda se sale con facilidad.

Granuloma: se forma una induración en el borde del ostoma que puede producir sangrado, dolor y molestias al paciente. Se sugiere topicar el granuloma con nitrato de plata; tener la precaución de que la zona se encuentre completamente seca; de lo contrario produce quemadura de la piel.

Colocación del botón de gastrostomía

Un mes posterior a la cirugía y ya cicatrizado el ostoma, se colocará un botón de gastrostomía; el mismo cuenta con un balón que se insufla con agua, para anclarlo y mantenerlo sujeto entre la piel y el techo del estómago. El volumen a introducir depende de la capacidad del balón. En la parte externa, el botón cuenta con un aro, donde se conecta el prolongador para la administración de la medicación y la alimentación. La ventaja del botón de gastrostomía es que en el momento que no se utiliza, puede permanecer cerrado, no sobresale tanto de la piel como la sonda, se evita la tracción accidental y ofrece seguridad y comodidad.

El botón requiere el recambio con aumento progresivo del tamaño a medida que crece el niño o anualmente por el deterioro habitual del material del mismo.

Ostomías intestinales

Son ostomías de eliminación y todas implican un abocamiento artificial del intestino al exterior. Probablemente las ostomías intestinales sean las intervenciones quirúrgicas más antiguas realizadas sobre el intestino; existen pruebas de que Proxógoras (350 años A.C.) realizaba ostomas en casos de traumatismos intestinales.

Las ostomías intestinales se mencionan de acuerdo al segmento del intestino donde se ubican: colon-colostomía, yeyuno-yeyunostomía, ileon-íleostomía.

La ubicación es determinante de las características de las heces que drenarán a través de la ostomía: cuando el ostoma se encuentre más cercano al recto la consistencia será sólida



Figura 6. Gastrostomía reciente con sonda



Figura 7. Sonda Pezzer con una tetina y gel de gastrostomía

y cuando el ostoma se encuentre en el íleon la consistencia será líquida. Teniendo en cuenta entonces la función de cada porción del intestino, se puede prever las características del débito y seleccionar el sistema de recolección o bolsa de ostomía adecuado en cada caso, para colectar las heces (Cuadro 1).

Tipos de ostomías

Ostomía de cabos divorciados: son dos ostomías separadas por un puente de piel, de 3 cm entre ambos ostomas. En los neonatos es difícil lograr esa distancia, en virtud de la superficie corporal y en muchas ocasiones no se puede alcanzar una distancia mayor a 3 o 5 mm. Este tipo de ostomía es utilizada en pacientes con malformación ano-rectal que presentan una fístula en la vía urinaria.

El sistema de recolección se coloca solamente en el ostoma que presenta tránsito; no se deben colocar ambos ostomas en la misma bolsa para evitar la contaminación y la infección de las vías urinarias con las heces. Previa anoplastia y cierre de la fístula, se realiza la cirugía de reconexión de los cabos intestinales que se denomina anastomosis término terminal.

Cuando se aproxima la fecha del cierre de las ostomías, es oportuno entrenar a los padres para que realicen lavados por el cabo distal (Figura 8).

Ostomía en espolón o asa: se exterioriza una sola boca, quedando un ostoma único (Figura 9).

Ostomía tipo Santulli: es el abocamiento del intestino delgado; se realiza una anastomosis término lateral en forma de chimenea para desfuncionalizar el intestino afectado.

Luego de un tiempo prudencial, se restablece el tránsito ocluyendo el ostoma en principio durante horas y luego se extiende progresivamente el tiempo según la tolerancia del paciente. Para realizar el procedimiento de oclusión se debe higienizar la zona periestomal y ocluir con gasa la boca del ostoma para evitar que se vierta el contenido. Colocar una placa para evitar que se pierda el contenido. Ocluir utilizando una tapa que adapte en la placa y un globo fabricado con un dedo de guante insuflado con agua, sin llegar a ingurgitarlo completamente. Anclar el globo para que no migre.

Ileostomía: es quizá la ostomía más difícil de cuidar, debido a que las heces por sus características generan un débito incoercible y hacen que el sistema de recolección pueda despegarse con mayor facilidad. La colocación de forma incorrecta y el desplazamiento del sistema de recolección favorecen la lesión de la piel circundante, que puede extenderse rápidamente y constituye una fuente de dolor permanente para el neonato y una puerta de entrada para las infecciones (Figuras 10 y 11).

Es importante resaltar que en situaciones en que la piel se encuentra lesionada, no se recomienda dejar de colocar un sistema de recolección para evitar que la lesión persista y se agrave. El daño de la piel complica la evolución y el tratamiento del neonato, aumentando las pérdidas de electrolitos, el riesgo de infección al perder la integridad de la barrera de la piel, dificulta la nutrición y en casos graves se puede prolapsar el intestino incrementando el déficit de absorción. Todas las complicaciones requieren de mayores intervenciones que las inicialmente planificadas para ser resueltas; esto va en detrimento de la salud del neonato.

| Ubicación de la ostomía | Características de las heces |
|-------------------------|------------------------------|
| Íleon | Líquidas |
| Colon ascendente | Semilíquidas |
| Colon trasverso | Semisólidas |
| Colon sigmoideo | Sólidas |
| Ciego | Sólidas |

Cuadro 1. Características de las heces de acuerdo a la ubicación de la ostomía



Figura 8. Ostomía de cabos divorciados separados por un puente de piel, próximos a la herida quirúrgica. Nótese que la separación entre los ostomas es ínfima



Figura 9. Ostomía en espolón o asa

Una alternativa posible es colocar polvo de hidrocoloide en donde exuda la piel y luego colocar pasta del mismo material, en el sitio de interfase entre la piel y el sistema de recolección, para lograr un sellado perfecto que evite el filtrado del contenido intestinal.

La pasta de hidrocoloide contiene alcohol como excipiente, por eso es importante colocar primero el polvo; si la lesión es leve se pueden colocar las bandas de hidrocoloide que carecen de alcohol.

Cuidados para prevenir lesiones de piel en la zona periestomal

- Higienizar la zona periestomal con jabón neutro y secar con una gasa por absorción sin friccionar la piel.
- No utilizar jabones detergentes o antisépticos jabonosos que contengan clorhexidina o iodopovidona, ya que dejan una película oleosa y provocan que la placa del sistema de recolección se despegue.



Figuras 10 y 11. Lesión extensa producida por el filtrado del líquido intestinal

- Tomar la medida exacta del diámetro del ostoma, para que al colocar la base de fijación del dispositivo de recolección, no quede piel expuesta a las heces.
- Recortar el sistema de recolección, de acuerdo a la medida obtenida.
- Colocar el dispositivo recolector, previa fricción del hidrocoloide para dilatar el material facilitando su adhesión.
- Asegurarse el cierre hermético del sistema para evitar el derrame del contenido intestinal.

Ostomías urinarias

La **ureterostomía** consiste en el abocamiento al exterior de los uréteres. Por lo general no se coloca ningún dispositivo de recolección. Se utiliza pañal y se protege la piel con cremas de barrera (Figura 12).

La **vesicostomía** es un método de drenaje vesical, empleada actualmente como una forma de derivación transitoria en neonatos con hidronefrosis, vejiga neurogénica o trastornos en vaciado vesical de distintas etiologías.

La pérdida de orina es constante. En general no se utilizan sistemas de recolección y se protege la piel circundante con cremas que contengan zinc y vitamina A.

Cuidados

- Lavado de manos.
- Proteger la piel periestomal.
- Colocar un sistema de recolección.

Complicaciones

- Maceración de la zona periestomal.
- Enrojecimiento.
- Infección (Figura 13).



Figuras 12. Ureterostomía bilateral



Figuras 13. Vesicostomía con extrofia de cloaca

La **técnica de Mitrofaoff** es una técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de aquellas patologías vesicouretrales que necesitan de sondaje intermitente limpio para vaciar completamente la vejiga. Consta de un tubo que conecta la vejiga con el exterior del abdomen. Comúnmente se construye utilizando el apéndice del paciente y la abertura del conducto, llamada ostoma, se ubica en los pliegues del ombligo. Este canal permite que el RN vacíe la vejiga. Esta técnica mejora la calidad de vida del paciente, evita que esté permanentemente mojado y el uso obligatorio de pañal.

Es importante la educación de los padres con respecto al manejo de la asepsia, intermitencia del sondaje y duración del cateterismo para que este resulte efectivo.

Cuidados

- Lavado de manos.
- Cateterismo cada 3 horas, recomendando 8 cateterismos diarios.
- Realizar higiene de la sonda.
- Educar a los padres para realizar el procedimiento.
- Característica: Derivación continente.

Complicaciones

- Obstrucción
- Infección urinaria

Conclusión

La cirugía neonatal ha experimentado en los últimos años importantes adelantos. Se han incorporado nuevas técnicas quirúrgicas para la corrección de muchas anomalías congénitas y se produjo una sustancial mejora en la calidad de vida de los RN. Para los profesionales de enfermería es un gran desafío la actualización permanente para brindar cuidado especializado y basado en conocimiento científico.

Bibliografía

- Martínez Ferro M, Cannizzaro C, Rodríguez S, Rabasa C. Neonatología Quirúrgica. 1ª edición. Editorial Guía S.A. Buenos Aires, 2004.
- Fraire CP, Bailez MM. Repertorio Quirúrgico infantil. Tomo 5. Editado por Fundación Hospital Juan P. Garrahan. Buenos Aires, 2010.