

***CUIDADOS DE
ENFERMERÍA AL
PACIENTE
PEDIÁTRICO CON
OSTOMÍA
INTESTINAL DE
ELIMINACIÓN***

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Sara García Rodríguez
- M^a Angustias Sánchez Gómez
- Darío Arriero Joaristi



Acréditi
Editorial

Acréditi Formación s.l.
C/Diego Velázquez, nº 3
C.P. 26007 La Rioja
e-mail: editorial@acreditiformacion.com
www.acreditiformacion.com
www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o
trasmitida, total o parcialmente, por cualquier
medio, electrónico o mecánico,
ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de
información
sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro
es responsabilidad exclusiva de los autores.
La editorial declina toda responsabilidad sobre el
mismo.

ISBN: 978-84-19061-55-3

ÍNDICE.

Resumen/abstract	5
1. Introducción	10
2. Metodología	20
3. Desarrollo	27
3.1. Tipos de ostomías	27
3.2. Manejo del estoma	35
3.2.1. Higiene del estoma	35
3.2.2. Dispositivos de ostomía	39
3.3. Posibles complicaciones mecánicas del estoma	46
3.3.1. Complicaciones inmediatas	47
3.3.2. Complicaciones tardías	52
3.3.3. Lesiones cutáneo-mucosas y cuidado de la piel peri-ostomal	57
3.3.4. Prevención	61
3.4. Nutrición	63
3.5. Actividad, baño y vestimenta	66
3.6. Seguridad psicológica y emocional y respuesta al afrontamiento	67
3.7. Educación sanitaria al alta hospitalaria	69
3.7.1. Sugerencias por grupo de edad	72
4. Conclusiones	75

5. Bibliografía	80
5.1. Bibliografía citada	80
5.2. Bibliografía consultada	93
6. Anexos	97
6.1. Anexo I: Elección del tipo dispositivo para ostomía	97
6.2. Anexo II: Cambio de dispositivo en un sistema de ostomía de una pieza	98
6.3. Anexo III: Cambio de dispositivo en un sistema de ostomía de dos piezas	99
6.4. Anexo IV: Tabla de alimentos	100
7. Repercusiones	101
7.1. Repercusiones autor-colaborador 1	101
7.2. Repercusiones autor-colaborador 2	104

Resumen

Las ostomías intestinales de eliminación son comunicaciones artificiales de un asa intestinal con el exterior a través de la pared abdominal, mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción cuando éstas se interrumpen por cualquier causa clínica creando una nueva apertura denominada *estoma*. Existen diferencias reseñables de la ostomía del paciente pediátrico respecto de la del adulto, que se deben conocer para realizar los cuidados de enfermería adecuados. En la atención de enfermería al paciente pediátrico ostomizado es muy importante considerar como pieza fundamental a la unidad familiar. La función de los profesionales debe estar orientada a aportar a los padres conocimientos y entrenamiento en el cuidado del estoma y potenciar actitudes favorables que faciliten la adaptación a la nueva situación de salud y puedan llevarla a cabo de forma óptima en su hogar.

Metodología y Objetivos: Se muestra una revisión bibliográfica de documentos publicados en los últimos siete años con el fin de aunar los cuidados de enfermería del paciente pediátrico portador de ostomía intestinal de eliminación desde un abordaje integral, incluyendo descripción de técnicas quirúrgicas, indicaciones, complicaciones, el cuidado propio de la ostomía y la importancia de la participación de los padres.

Desarrollo: Tanto los problemas físicos como psicológicos van a variar según el tipo de estoma que presente el paciente, bien por su ubicación o temporalidad. Dependiendo de la porción intestinal abocada, variarán las necesidades de eliminación, la elección del dispositivo idóneo así como las necesidades de cuidados de la piel peri-ostomal, para lo cual los enfermeros deben adiestrar a los niños y a sus cuidadores.

Conclusiones: El equipo de enfermería que trate a un paciente pediátrico ostomizado debe estar especializado con el fin de adquirir los conocimientos que les permitan proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente, incluyendo las intervenciones

educativas dirigidas a los padres mediante la continuidad y supervisión de los cuidados.

Palabras clave: Ostomía intestinal, Estoma, Ostomizado, Pediatría, Cuidados, Enfermería.

Abstract

Intestinal ostomies are artificial communications of the hollow intra-abdominal organ with the abdominal wall by means of surgery intervention which aim is to make up for natural ways of excretion when these are suspended by any clinic causes creating a new opening called *stoma*. There are notable differences in a pediatric ostomy patient with respect to the adult, which must be taken into account to provide a proper nursing care. In nursing care to pediatric ostomy patient it is of fundamental importance to consider the family unit as a cornerstone. The role of a health professional must aim for providing parents with knowledge and training in the care of the

stoma as well as promoting favorable attitudes that facilitate adaptation to the new health situation and allow them to carry it out optimally in their home.

Methodology and Objectives: A literature review of the documents published over the last seven years in scientific databases and electronic journals, articles or books is shown in order to combine the care nurses give to the pediatric ostomy patient from a holistic approach, including the description of surgical techniques, indications, complications, ostomy self-care and the importance of parents' involvement.

Development: The physical and psychological problems will vary according to the type of stoma presented by the patient, either by location or timing. Depending on the protruding intestinal portion, disposal needs will vary, making the choice of the most appropriate device and the needs of the peri-stomal skin care, for which nurses must train children and their parents.

Conclusions: Nurses who treat pediatric patients with ostomies should be specialized in order to acquire the knowledge that will enable them to provide assistance to meet the specific needs of

each patient, including educational interventions targeted at parents through continuity and supervision care.

Keywords: Intestinal Ostomy, Stoma, Ostomized child, Pediatric, Nursing Care.

1. INTRODUCCIÓN

El motivo principal que me lleva a elaborar este trabajo relacionado con el paciente pediátrico ostomizado, es el tener un familiar cercano en edad escolar portador de una ostomía intestinal practicada a los pocos días de su nacimiento. Siendo conocedora del sentimiento y la angustia que siente una familia tras conocer que su hijo padece una enfermedad congénita en la que es necesario para su supervivencia practicarle una ostomía, es de suma importancia el apoyo directo del equipo de enfermería durante todo el proceso inicial, tras la intervención quirúrgica y posteriores cuidados. Tras varias operaciones y con muchos cuidados y coraje de sus padres, el niño tiene una calidad vital aceptable y cada vez que le veo me emociona comprobar cómo sigue adelante en su lucha por sobrevivir.

El objetivo del trabajo es aunar todos los cuidados de enfermería que requiere un paciente pediátrico con una ostomía digestiva y, consecuentemente, elaborar una revisión bibliográfica en este ámbito, fundamentalmente destinada a profesionales de enfermería.

Ostomía es el término con que se designa la

intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y el exterior con distintas finalidades: eliminación, alimentación o respiración. La nueva abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de *estoma*, que permite eliminar los productos de desecho del organismo al exterior, ya sea contenido ileal, heces u orina, y recogerlos en un dispositivo especial destinado para tal fin, así como administrar alimentos o medicación. (1-7)

Una ostomía digestiva de eliminación es una intervención quirúrgica que tiene como resultado la creación de un estoma que sirve como salida del intestino delgado o grueso a la superficie externa del cuerpo a través de la pared abdominal. Su finalidad es suplir la vía natural de excreción de la materia fecal debido a un funcionamiento anormal de los intestinos por diversas causas patológicas. El color normal del estoma sano es rojo, en ocasiones rosado que puede ser comparado al color del revestimiento interno de la boca. (7, 8, 9)

Las indicaciones para la realización de una ostomía intestinal en el paciente pediátrico pueden ser por diversos motivos, entre ellos, cuando es necesaria la descompresión del intestino y/o como tratamiento

ante enfermedades congénitas o complicaciones graves, entre ellas Enfermedad de Hirschsprung que afecta a uno de cada cinco mil nacidos vivos o Enterocolitis Necrotizante, que ocurre entre el 1% y el 8% de la población infantil. Otra de las condiciones por la que un niño puede necesitar la ostomía es para el tratamiento de enfermedades neoplásicas o traumáticas. (7-10).

La localización clásica de las ostomías intestinales en los pacientes a cualquier edad y en cualquier sexo es el abdomen. La elección del lugar del estoma debe establecerse antes de someter al paciente al tratamiento quirúrgico por una enfermera especialista en estomas, debiendo ser en un lugar visible y de fácil acceso, valorando las características y estado del paciente. El sitio más idóneo para localizar una ostomía intestinal es lo más separado posible al lugar de incisión, alejada de los pliegues, prominencias óseas y del ombligo. Esto es posible en el caso de niños mayores y adolescentes. Sin embargo, en el caso de neonatos y lactantes, esta opción está limitada debido al pequeño tamaño de la zona abdominal, por lo que en este tipo de pacientes el intestino es abocado directamente o adyacente al ombligo, ya que es el sitio más fácil para la

colocación de los dispositivos y tiene como resultado una cicatriz menor que en otras partes del abdomen.

(6, 8, 11)

Las ostomías en adultos y en niños se diferencian según dos criterios principalmente: las causas que hacen necesaria realizar una ostomía y la parte intestinal abocada. La mayoría de ostomías en adultos se realizan en el colon distal ocasionada por enfermedades inflamatorias, neoplásicas y traumáticas. Sin embargo, en los niños se pueden crear a lo largo de todo el tracto gastrointestinal como tratamiento a múltiples enfermedades congénitas y adquiridas. Además, el riesgo que conlleva dicha intervención es mayor en el paciente pediátrico, ya que las pérdidas hidro-electrolíticas y las complicaciones del estoma son más difíciles de controlar que en el adulto, por ello las complicaciones del estoma son superiores y tienen una tasa de mortalidad que oscila entre el 1-5%.(8) Asimismo, gran parte de las ostomías en niños son temporales a diferencia del adulto. Un 76% se forman en las primeras seis semanas de vida, 5% a partir de tres meses a un año de edad, el 8% de dos a siete años de vida y la el 11% restante entre los ocho a los dieciséis años de edad. (12)

La ostomía es conocida como la intervención quirúrgica más antigua del tubo digestivo, descrita por el médico griego Praxógoras de Kos en el año 350 a. C. Concretamente, en el campo pediátrico la primera colostomía exitosa fue registrada en 1798 por el cirujano francés Duret a un lactante. (12) En la actualidad, gracias a los avances registrados en las técnicas quirúrgicas, productos destinados a la higiene y cuidados del estoma, así como la formación de profesionales de enfermería especializados en el cuidado del estoma, han supuesto una evidente mejora en la atención a este tipo de paciente. La necesidad por la educación y apoyo al niño y a su familia antes y después de la cirugía, han llevado a la creación de equipos multidisciplinares que atienden conjuntamente este tipo de pacientes, formados por: cirujanos pediátricos, enfermeras expertas en el cuidado del estoma (estoma-terapeutas), dietistas y gastroenterólogos. Esto ha contribuido a disminuir la morbilidad y mejorar la rehabilitación y readaptación del enfermo, por lo que hoy día no sólo se debe brindar una cirugía resolutive de su enfermedad sino que es primordial unos cuidados especializados e integrales tras la misma. (13)

Los estomas constituyen una alternativa quirúrgica en la fase aguda de numerosas patologías asociadas a la edad pediátrica que pueden ser considerados como un tratamiento definitivo si la causa que lo provoca así lo requiere. A pesar de ser un tratamiento potencialmente eficaz y en ocasiones, vital para el paciente, y sin tener en cuenta su permanencia (temporal o definitiva), el estoma representa una alteración en procesos fisiológicos como alimentación y en lo más importante, la eliminación. (7, 8, 14, 15, 16) “El resultado limitante y transformador de la imagen externa del cuerpo y su funcionamiento, generado por el estoma, adquiere proporciones mayores cuando se realiza en un niño, debido a la dependencia por sus condiciones de desarrollo.” (17) Por lo anterior, en el caso de los pacientes pediátricos, el profesional de enfermería ofrece un cuidado enfocado en la figura principal de los padres. El impacto emocional que surge a raíz de la intervención, puede condicionar su actitud y afrontamiento a la situación y, en consecuencia, la eficacia de los cuidados que tienen que proporcionar diariamente al niño. Esto requiere un esfuerzo adicional y una preparación específica del equipo de enfermería para valorar la situación y las

características de cada familia, para conocer sus necesidades de forma individualizada y para programar las intervenciones enfermeras dirigidas a conseguir su integración en la vida cotidiana lo antes posible. (6)

En la actualidad, el número de familias que asumen el cuidado de los niños en el ámbito domiciliario se ha incrementado notablemente participando de manera activa en el proceso de adaptación a la condición crónica de salud de su hijo, en gran parte debido a la formación especializada y al apoyo directo y continuo del equipo de enfermería. Este proceso de adaptación se compone de diferentes fases: en un principio, se enfrentan al impacto físico y emocional del diagnóstico de la enfermedad y la necesidad de una intervención quirúrgica, siendo el estoma para ellos la solución de un problema. Tras la intervención, la familia percibe el estoma como la causa de múltiples trastornos en la vida cotidiana del niño, ya que asumen un proceso de adaptación a nuevos roles y demandas debido a la necesidad de emplear cuidados de forma diaria, tanto en su estancia hospitalaria como en el hogar. (17)

La labor de los profesionales de enfermería es fundamental, ya que deben brindar una atención

integral e individualizada a cada paciente y su familia en cada una de las etapas anteriormente mencionadas: ayudar al paciente-familia a entender su diagnóstico y pronóstico, en la adaptación a la vida con un estoma, en la enseñanza de habilidades en el cuidado e higiene del estoma, y en el abordaje de las cuestiones referidas a las redes familiares y de apoyo, la aceptación de la nueva imagen corporal y resolución de sus miedos y dudas. (15, 17)

Es importante un seguimiento de los pacientes por el equipo multidisciplinar en las distintas etapas del crecimiento, incluyendo en éste a los padres. Si bien con el tiempo la actividad intestinal mejora, existe un grupo de pacientes en edad escolar y adolescentes que mantienen trastornos funcionales intestinales a largo plazo, ya que en más de la mitad de los casos aparecen complicaciones que hacen que el pronóstico no sea tan favorable e incluso son portadores de un estoma permanente. Algunas de estas complicaciones, inmediatas o tardías, son la enterocolitis, incontinencia fecal o estreñimiento así como las propias del estoma y de la piel que lo rodea. El equipo de salud y su familia debe ser capaz de identificar estos problemas, así como mejorar la elección y desarrollo de estrategias de

enfrentamiento tendientes a mejorar la calidad de vida. (9)

En este trabajo se revisan los cuidados específicos que realiza el equipo de enfermería, dirigidos al paciente pediátrico que ha sido sometido a un tratamiento quirúrgico con ostomía digestiva de eliminación y a su familia para mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta las necesidades de los mismos en las distintas fases del proceso de enfermedad así como los aspectos que deben considerarse para el cuidado del propio estoma y de la piel peri-ostomal, la prevención de posibles complicaciones, las recomendaciones nutricionales y la función educativa a la familia.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar los cuidados de enfermería recibidos por los pacientes pediátricos con estomas digestivos de eliminación y su familia desde una visión integral.

- Adquirir habilidades especializadas en el cuidado a los pacientes pediátricos con estomas digestivos de eliminación.

Objetivos Específicos:

- Identificar los materiales necesarios en el cuidados del estoma de eliminación, conociendo los diversos aspectos de interés sobre su uso.
- Conocer las actividades y procedimientos enfermeros, técnicas y dispositivos para la correcta aplicación de los cuidados al paciente ostomizado pediátrico y su familia.
- Citar los cuidados de enfermería necesarios para prevenir y/o detectar las posibles complicaciones que pueden surgir en un paciente ostomizado pediátrico.
- Referir los aspectos nutricionales más relevantes para el niño portador de estoma digestivo de eliminación.
- Interpretar el estoma como un problema de tipo holístico, donde además de las habitualmente reconocibles

manifestaciones físicas; lo psíquico, social y emocional juega un importante papel, enfocado principalmente al cuidador principal.

2. METODOLOGÍA

Mediante la presente búsqueda bibliográfica se ha tratado de obtener datos e información sobre el cuidado de enfermería de las ostomías intestinales en el paciente pediátrico para poder llevar a cabo un proceso de síntesis y análisis de los documentos encontrados. Las herramientas utilizadas para la revisión bibliográfica han sido, entre otras, las bases de datos: Cuiden, PubMed, MEDES, Dialnet, Lilacs y la biblioteca virtual Scielo.

Para disponer de una información actualizada, se han seleccionado solamente los artículos publicados a partir del año 2007. Los criterios de exclusión de los documentos, además de la fecha de publicación mayor a 7 años, fueron aquellos en los que no se ha podido acceder al texto completo por coste económico o por necesidad de registro como profesional sanitario. Por último, se obviaron aquellos

artículos en otros idiomas que no fueran español o inglés. Los criterios de selección fueron determinados con respecto al idioma, años de publicación, tipo de publicación y fuente. Sobre el idioma se aceptaron publicaciones en Español e Inglés que cubrieran los últimos 7 años, para obtener lo más actualizado en este campo, es decir desde 2007 a 2014.

En las distintas bases de datos consultadas se han utilizado las siguientes estrategias de búsqueda bibliográfica:

- En *Cuiden*, tras introducir los términos “Ostomía” AND “Infantil”, se hallaron quince documentos, de los cuales se han seleccionado dos. Seguidamente, se introdujeron “Ostomy” AND “Care” y se referenciaron 92 documentos, escogiéndose cuatro de ellos.
- A través de *PubMed* y de los términos introducidos en inglés “Ostomy” AND “Intestinal” AND “Pediatric” se encontraron 120 artículos, filtrados por Full text y la fecha de publicación menor a cinco años. Se seleccionaron seis de

ellos. Se realiza una nueva búsqueda con los términos “Hirschsprung” AND “Disease”, añadiendo a los filtros de búsqueda anteriormente citados, el tipo de artículo, eligiendo en este caso sólo revisiones bibliográficas. Aparecen un total de 85 documentos de búsqueda, seleccionando dos de ellos.

- A través de *MEDES* y de los términos de búsqueda “Ostomía” AND “Complicaciones”, se seleccionaron dos artículos tras encontrar treinta y dos.
- En *Dialnet*, se introdujeron los términos “Estoma” AND “Cuidados” y se encontraron cuarenta y cinco documentos, activando el filtro de artículo de revista, artículo de libro o libro. De todos los documentos encontrados de los cuales se seleccionaron seis, tres de ellos artículos de libro, uno que referenciaba un libro pero que no disponía de un ejemplar en línea, por lo que se tuvo que adquirir mediante la compra del mismo y por último, dos artículos de revista que disponían de

texto completo. Se realizó una segunda búsqueda, modificando los términos claves anteriormente introducidos, siendo en este caso “Estoma” AND “Enfermería”. Se localizaron un total de treinta artículos, con los mismos filtros de tipo de documento anteriormente citados, de los cuales se seleccionaron dos, ambos artículos de revista.

- En la biblioteca Virtual *Red Scielo*, se insertó el término de búsqueda “Ostomía” reportándose un total de 60 documentos. De todos ellos, se seleccionaron cinco que disponían de texto completo y cumplían nuestras expectativas de búsqueda.
- En *Enfispo*, se recopilaron 86 documentos tras incluir los términos “Ostomía”, “Complicaciones”, “Cuidados” y “Recién Nacido”. Se escogió uno de ellos, debido a que algunos no cumplían los requisitos de búsqueda y el resto se habían encontrado en otras bases de datos ya visitadas.

- Mediante *Lilacs*, se introdujeron los términos de búsqueda “Ostomy” AND “Children” con un resultado de siete documentos, de los cuáles se seleccionaron tres.
- Se efectuaron búsquedas bibliográficas en otras bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud, tales como *IME*, *Documed* e *IBECs*, en las cuales no se halló ningún documento útil para el objetivo de esta revisión bibliográfica o que ya se habían consultado en otras bases de datos.

De todos los artículos encontrados en las bases de datos citadas, se han ido seleccionando los que por el título podrían resultar útiles para la elaboración del trabajo así como los que cumplieren los criterios de selección. De todos los escogidos, por medio del resumen se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre las ostomías pediátricas intestinales en relación con sus principales causas, tipos, localizaciones y complicaciones así como los que hiciesen referencia a los cuidados de enfermería y a la educación

sanitaria.

Por otra parte, se han revisado varios artículos de revistas en Internet así como de revistas electrónicas, encontrados en las bases de datos anteriormente citadas pero que no disponían de texto completo. Por lo que, mediante una búsqueda avanzada en “Google Académico”, se introdujeron datos de los artículos tales como título y/o autor/es para localizarlos. Se encontraron documentos en las siguientes revistas científicas en Internet:

- Actualidad Médica.
- Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.
- Revista de Cirugía Pediátrica.
- Revista Médica Costa Rica y Centroamérica.
- Revista de Pediatría Electrónica.

Además, se han considerado otros documentos como manuales, libros especializados, protocolos de organismos oficiales y guías de práctica clínica. Todo ello ha sido obtenido de Bibliotecas Universitarias como de Salamanca, Toledo o Granada, de la Biblioteca del Hospital Virgen de la Salud (HVS) de Toledo así como de la Biblioteca Nacional de

España.

Algunos documentos han sido facilitados por profesionales de cuidados intensivos pediátricos y de estoma-terapeutas del HVS de Toledo. Por último, se han citado documentos encontrados a través de páginas web de organismos oficiales como la Asociación Española de Pediatría (AEP) y otras de productos médicos expertos en ostomías como Hollister o Coloplast.

Para completar esta búsqueda bibliográfica, se ha recurrido a la búsqueda de libros on-line a través de un buscador proporcionado por la biblioteca virtual de la UCLM, denominado *Ebrary*, introduciendo “Ostomía”, “Cuidados” y “Pediatría” como palabras claves en una búsqueda simple. Se han consultado seis y citado tres de ellos.

De igual importancia, se ha incorporado información manifestada textualmente por parte de un familiar cercano cuidador de un paciente enfermo de Hirschsprung, principalmente en lo que se relaciona con la parte dedicada a los cuidados de enfermería y a la educación sanitaria.

De esta manera, se han utilizado un total de:

- 21 libros y otras monografías, de los cuales 12 han sido en Internet.
- 16 artículos de revistas en Internet, 7 de ellos en Inglés.
- 2 páginas WEBS.

3. DESARROLLO

3.1. TIPOS DE OSTOMÍAS

Las ostomías intestinales de eliminación se pueden clasificar atendiendo a distintos criterios. (6, 8, 9, 13, 18) Éstos son los siguientes:

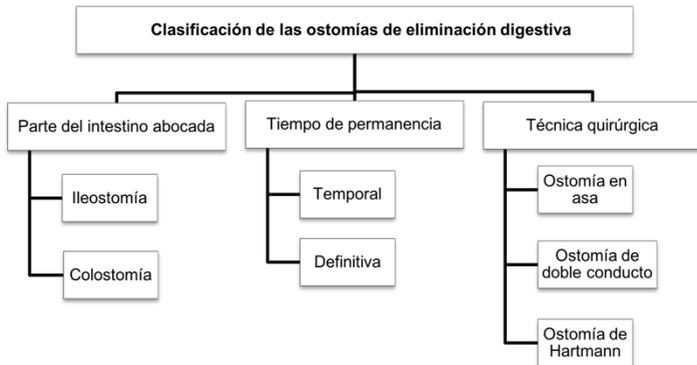


Tabla 3.1: Clasificación de las ostomías de eliminación digestiva.

Fuente: Elaboración propia.

Según la porción de intestino abocada

Las ostomías intestinales de eliminación más frecuentes son la ileostomía y colostomía, siendo esta última la más común en el paciente pediátrico. Dependiendo de la parte del intestino abocada, recibe el nombre de ileostomía, cuando se exterioriza una parte de intestino delgado, o colostomía cuando se trata del intestino grueso. (6, 11, 16)

La diferencia más relevante entre una y otra ostomía radica en la extensión del intestino normofuncionante. En las ileostomías el tramo intestinal es más corto que en las colostomías, razón por la que

las heces sean de tipo líquido o semilíquido y con un alto contenido en enzimas digestivas, por lo que resultan altamente irritantes para la piel peri-estomal, mientras que en algunos tipos de colostomías, cuanto más proximal al ano se encuentre, son más compactas y menos corrosivas. Otra de las diferencias consiste en que mientras que en la colostomía, la emisión de heces es menos continua, en la ileostomía la deposición es más continuada. De esta forma, las colostomías resultan más sencillas de manejar que las ileostomías, ya que ésta, al eliminar heces más líquidas son más corrosivas para la piel que las de la colostomías por ello, presenta una mayor incidencia de complicaciones del estoma y de la piel que lo rodea siendo mayor la permanencia de los dispositivos de recolección en las colostomías que en las ileostomías. (4, 6, 9, 12, 13, 20)

Habitualmente, la ileostomía se localiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen, mientras que la colostomía dependerá del segmento exteriorizado aunque la ubicación más frecuente es en el cuadrante inferior izquierdo, todo ello dependiendo de la edad y características del paciente, pudiéndose exteriorizar ambos tipos de ostomías por el ombligo, tórax, cuello o sitio de

incisión. (8, 11, 12)

Así, las indicaciones varían según el tipo de ostomía. En general, las ileostomías se realizan en los casos de perforación o isquemia mientras que la colostomía suele requerirse en aquellos niños con ano imperforado, enfermo de Hirschsprung o a casusa de quemaduras o trauma perineal severo. (8)

La clasificación de las colostomías según su localización anatómica es (6):

- **Colostomía ascendente**, exteriorizada en la parte derecha del abdomen. El tipo de fluido es similar al de las ileostomías, es decir, heces líquidas o semi-líquidas y están indicadas cuando es necesaria una descompresión intestinal o en casos de pacientes paliativos.
- **Colostomía transversal**, situada en la zona superior derecha o izquierda del abdomen. En este caso, la materia fecal tiene consistencia blanda y son poco irritantes. Se realizan con frecuencia en cirugía de urgencia para descomprimir el colon.
- **Colostomía sigmoidea**, localizada en la parte izquierda del abdomen. La materia

fecal está formada y presenta un aspecto sólido.

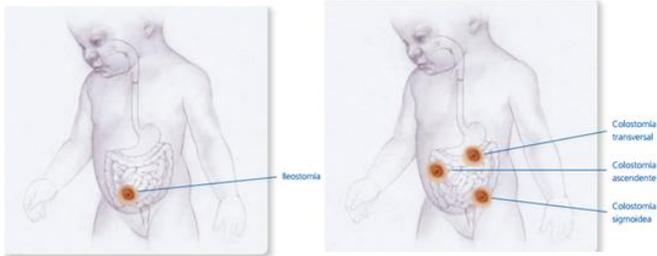


Figura 3.2: Localización de una ileostomía y los diferentes tipos de colostomías según su localización anatómica. Fuente: Intermountainhealthcare.org

Según su permanencia

- **Temporal:** Hablamos de una ostomía temporal cuando existe la posibilidad de volver a restaurar el tránsito intestinal. (6, 8, 13). La mayoría de las ostomías en pediatría suelen ser temporales, el estoma se suele realizar entre los seis meses y el primer año de vida y el cierre definitivo del estoma entre los dos y los tres años de edad. (6, 11, 12)
- **Definitiva:** Por otro lado, la ostomía será definitiva cuando no es posible la reconstrucción y el estoma será la vía

permanente de excreción. La causa más frecuente de este tipo de ostomías es la amputación del recto y del esfínter anal, que obligará a que el niño sea portador del estoma durante toda su vida. En consecuencia, los requerimientos de cuidado de estos niños y su familia serán mayores. (6, 8, 13)

Según la técnica quirúrgica

- **Ostomía en asa:** Es la exteriorización del colon manteniendo la continuidad del colon en el interior de la cavidad abdominal. (13) En el abdomen se pueden observar dos bocas en un único estoma, que están unidas porque proceden de la misma porción del intestino. En su construcción, se extrae un asa intestinal fuera de la cavidad abdominal con una varilla de plástico por encima de la piel para evitar que se deslice al interior. A continuación, se realizan dos aberturas: proximal, por donde se expulsarán las heces, y distal, por donde saldrán sólo mucosidades

(denominada también fístula mucosa). (6, 18)

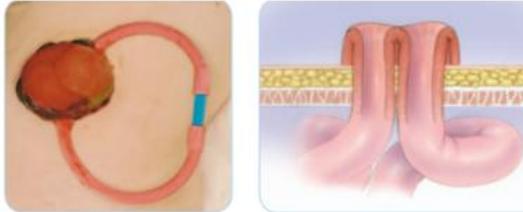


Figura 3.3: Ostomía en asa.

Fuente: Intermountainhealthcare.org

- **Ostomía de doble conducto:** Los extremos proximal y distal de la ostomía en asa se separan y se fijan por separado, implicando de esta forma, a diferencia de la ostomía en asa, dos estomas: uno proximal que funcionará como orificio de eliminación de las heces y el distal de emisión de mucosidades. (6, 18)

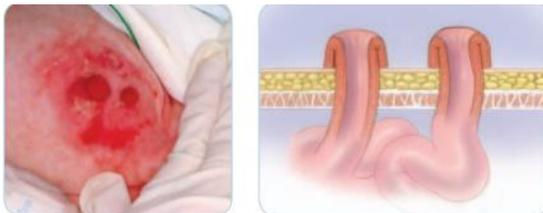


Figura 3.4: Ostomía de doble conducto.

Fuente: Intermountainhealthcare.org

- **De Hartmann:** La parte proximal del colon se exterioriza y el muñón rectal se sutura en el interior de la cavidad abdominal, de manera que este tipo de ostomías constan de un solo estoma. Se realizan cuando es necesario reseca una parte del intestino grueso y dejar para una segunda intervención la anastomosis de los dos extremos del asa. Aunque la ostomía puede ser temporal y dejar la posibilidad de reanudar el tránsito intestinal, la mayoría de las veces suele ser definitiva. (6, 18)

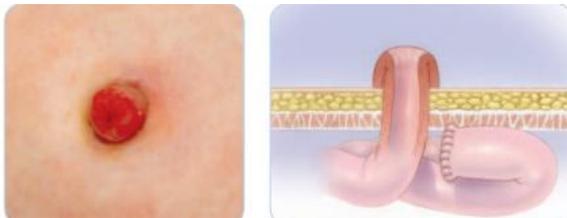


Figura 3.5: Ostomía de Hartmann. Fuente: Intermountainhealthcare.org

3.2. MANEJO DEL ESTOMA

El manejo de una ostomía requiere una técnica de recogida cómoda y eficaz de las heces con los dispositivos adecuados y la prevención del daño cutáneo periestomal. La valoración del estoma debe ser diaria, en la cual se deben prestar especial atención a la consistencia, color, olor, cantidad y frecuencia de heces para controlar la normofuncionalidad del mismo. Además de la valoración del estoma, se debe realizar una valoración física del paciente, de las posibles complicaciones inmediatas e intentar comenzar cuanto antes la educación sobre los cuidados. (6, 8, 21)

3.2.1. Higiene del estoma

La enseñanza del cuidado del estoma es competencia de las enfermeras quienes desempeñan un papel primordial de apoyo y referencia para los padres del niño ostomizado en el proceso de la enfermedad de cara al alta hospitalaria y de seguimiento de los cuidados en el domicilio. (12, 17)

El estoma y la piel peri-ostomal requerirán unos cuidados especiales diarios que deberán manejar los padres del niño para evitar futuras complicaciones.

La higiene deberá realizarse siempre que se proceda al cambio de dispositivo, estando alerta ante la posible fuga de heces que irriten la piel del niño provocando que éste se encuentre incómodo o molesto. (12, 15) Tanto para la higiene como para el cambio de dispositivo, se debe enseñar a la familia y al niño (si procede) la importancia del lavado de manos antes y después del procedimiento y la colocación de guantes de la persona que vaya a realizar los cuidados ya que no se trata de una técnica estéril pero si higiénica. Así como colocar al niño en una posición cómoda y segura y preparar todo el material necesario para la misma. (Ver figura 3.2.1.1)

Desde un primer momento se le enseñará a los padres del ostomizado a realizar la higiene del estoma y el cambio del dispositivo. El equipo de enfermería responsable debe ser consciente del gran impacto físico y emocional que al principio supone para el

cuidador la realización de una tarea que con el tiempo se convertirá en cotidiana: el aseo diario del estoma de su hijo. (6)



Figura 3.6: Material necesario para la higiene del estoma y cambio del dispositivo.

Fuente: Elaboración propia

¿Qué se necesita para realizar la higiene?

- Agua.
- Jabón pH neutro.
- Esponja suave.
- Toalla o pañuelos de celulosa.

La higiene del estoma y la piel de alrededor debe realizarse utilizando una esponja suave con agua templada y jabón neutro, con movimientos

circulares desde el interior hacia el exterior del estoma, sin friccionar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa. La piel debe secarse mediante toques consecutivos con una toalla o pañuelos de celulosa para asegurar una correcta adherencia del dispositivo re-colector. Una vez realizada la limpieza del estoma, se recomienda no aplicar lociones, cremas ni toallitas infantiles, ya que pueden dificultar la adherencia del dispositivo de recogida y debe evitarse la humedad sobre la piel. (2, 7)

El estoma carece de terminaciones nerviosas, por lo que al tocarlo no puede causar dolor y que el aspecto rojizo, blando y húmedo entra dentro de la normalidad, debido a la gran vascularización de la mucosa del intestino, por lo que no debe ser motivo de alerta si se observa un pequeño sangrado mientras realiza la higiene. (11, 13)

No se debe olvidar que así como la mucosa intestinal está preparada para estar en contacto con las heces, la piel peri-estomal es muy sensible a ellas ya que resultan altamente irritantes. Por ello, se debe proteger lo mejor posible toda la zona de piel que rodea al estoma del contacto con las heces procurando recortar el dispositivo de colocación de la bolsa colectora con el diámetro y forma más

aproximada posible del estoma. (6, 11, 13)

3.2.2. Dispositivos de ostomía

Los dispositivos de ostomía deben proporcionar seguridad y protección cutánea. Su función no sólo implica la recogida del material fecal, que también, sino que actúan como barrera e impidiendo el contacto directo de las heces con la piel. La elección de un sistema concreto dependerá, entre otros, del tipo de ostomía (ileostomía o colostomía), el tipo y frecuencia de emisión de heces que realice al día y del estado de la piel peri-estomal, por lo que la elección del dispositivo será individual para cada caso (*Ver anexo I*). (7) Básicamente, las bolsas de ostomía de eliminación están compuestas por los siguientes elementos:

Lámina adhesiva o placa del dispositivo: Es la parte más importante del sistema ya que es el que permite que se una correctamente a la piel y se evite la filtración de las heces. Por lo tanto, debe tener un poder de adhesión que garantice la movilidad del niño a la vez que previene la irritación de la piel peri-estomal. Es sumamente importante que el adhesivo se ajuste perfectamente al estoma de manera que esté toda la piel protegida. También es importante

estar atentos al tamaño del estoma, ya que tras la intervención, sufrirá variaciones de tamaño, por lo que es necesario aumentar o reducir el recorte del adhesivo, para que este siga perfectamente



ajustado.

Figura 3.7: Lámina adhesiva o placa de dispositivo. Fuente: Elaboración propia

El dispositivo recolector o bolsa: Tiene que ser de un material que no haga ruido, resistente e impermeable al olor, de manejo fácil para ponerla o retirarla y eficaz para recoger los residuos y eliminar los gases, gracias a un filtro de carbón activado que permite el paso del aire pero retiene el mal olor. (7, 11) Existen bolsas destinadas especialmente para el paciente pediátrico que se caracterizan por tener una menor capacidad y el tamaño de la lámina que se adhiere a la piel también es menor, de forma que se ajusta mejor a la talla del paciente. (11)



*Figura 3.8: Dispositivo recolector o bolsa.
Fuente: Elaboración propia*

Tipos de dispositivos

Según el tipo de vaciado los sistemas pueden ser:

- Dispositivos cerrados: son bolsas que tienen su extremo inferior (salida) cerrado, de manera que no se podrán vaciar y son de un solo uso. Están indicados para heces formadas (colostomías). (6, 11)

- Dispositivos abiertos: son bolsas con el extremo inferior abierto, el cual permite el vaciado de la bolsa. Están indicados para heces líquidas o semi-líquidas (ileostomía). (6, 11)

Según el sistema de sujeción los sistemas son:

- Sistemas de una pieza o únicos: aquellos en los que el adhesivo está unido a la bolsa formando un solo elemento que se coloca encima de la piel, retirándose todo el conjunto en cada cambio de dispositivo. Además, permiten una gran discreción ya que son flexibles y poco aparatosas. Los dispositivos de una pieza pediátricos cuentan con adhesivos protectores y con tejidos suaves y transpirables que permiten cuidar y proteger la piel. (6, 7)

Sistema de dos piezas o múltiples: el adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de un aro de cierre. Estos sistemas no tienen por qué retirarse conjuntamente en casa cambio de dispositivo como los anteriores, sino que el adhesivo puede durar hasta 2 o 3 días adherido a la piel de manera que sólo se cambie la bolsa en función de las necesidades. Son las más adecuadas cuando la piel es sensible o cuando el número de defecaciones es elevado. Al contrario que los sistemas de una sola pieza, estos son menos discretos, menos flexibles y tienen menor adaptación a los pliegues de la piel. (6, 7)



Figura 3.9: Tipos de dispositivos según el sistema de sujeción. Fuente: Hollister.com

Según el color de la bolsa pueden ser:

- Transparentes: permiten observar el estoma y ver el aspecto y características de las heces. Son las de uso idóneo durante la estancia en el hospital y las primeras semanas tras el alta, hasta que se compruebe que el funcionamiento de la ostomía es normal. (7)

- Opacas: no dejan ver el contenido fecal. (7)

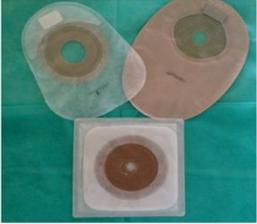
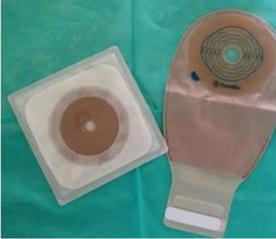
	Sistemas de 1 PIEZA	Sistemas de 2 PIEZAS
Dispositivos CERRADOS		
Dispositivos ABIERTOS		

Tabla 3.10: Tipos de dispositivos para ostomías de eliminación

Fuente: Elaboración propia

La colocación y retirada del dispositivo de ostomía, dependerá del tipo de sistema. Si se utiliza un dispositivo de una pieza, su colocación es tan sencilla como colocar el dispositivo único (adhesivo + bolsa) alrededor del estoma, haciendo coincidir el orificio recortado del adhesivo a la medida con el

propio estoma (*Ver anexo II*). (18) Sin embargo, en el caso de los dispositivos de dos piezas se deben seguir los siguientes pasos: en primer lugar, se ajusta el recorte que hemos realizado al disco según la medida del estoma y lo adherimos a la piel; si es necesario se aplica pasta niveladora alrededor del estoma para sellar el contacto con la piel periestomal evitando así los desniveles que pueda tener. A continuación, se encaja la bolsa sobre la anilla unión del disco asegurando el acoplamiento de ambas piezas (*Ver anexo III*). (18)

En ambos sistemas, se debe empezar a colocar el disco de abajo hacia arriba a la vez que se presiona levemente para que quede bien adherido a la piel e ir eliminando las posibles burbujas que puedan haber y así, el dispositivo se irá adaptando a las irregularidades de la piel. Una vez pegado, se recomienda mantener el calor de la palma de la mano unos minutos sobre la zona del adhesivo para proporcionar calor y favorecer la adhesividad. En cuanto a la retirada del dispositivo, en cualquier tipo de sistemas, debe hacerse de arriba hacia abajo con suavidad sujetando al mismo tiempo la piel para evitar posibles lesiones. (4, 7, 9, 11)

Las bolsas recolectoras, tanto cerradas como abiertas,

se cambian o vacían cuando superan la mitad de su capacidad, evitando de esta forma el peso y el riesgo de desprendimiento del dispositivo. El vaciado de las bolsas abiertas se suele realizar varias veces al día por lo que es recomendable el cambio de bolsa al menos una vez al día. (18) En los sistemas de dos piezas, el disco se suele cambiar cada 2-3 días y la bolsa al menos una vez al día aunque debe cambiarse siempre que haya sospecha de filtrado entre el adhesivo y la piel, sobre todo en las ileostomías. En cualquier caso, la frecuencia en el cambio de bolsa dependerá de las deposiciones diarias del niño. (7, 11, 18)

3.3. POSIBLES COMPLICACIONES MECÁNICAS DEL ESTOMA

El índice de complicaciones mecánicas de los estomas intestinales de eliminación a cualquier edad es relativamente frecuente, oscilando desde el 6% al 25% según se incluyan las complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico o no, según las técnicas quirúrgicas empleadas y los procesos patológicos tratados. Implican una disminución en la calidad de vida del paciente ostomizado y

preocupación por parte de su familia, siendo la mayoría de ellas secundarias a problemas derivados de su elaboración, por lo que pueden ser prevenidas con una buena técnica quirúrgica. Es fundamental el papel de la enfermera estoma-terapeuta para elegir la localización del estoma en la fase pre-operatoria, y en la fase de seguimiento, para conseguir una mejor adaptación de las familias de los pacientes ostomizados, lo que contribuirá a una mejor calidad de vida.

Existen diferentes complicaciones mecánicas en las ostomías intestinales, pudiéndose clasificar en tres grandes grupos: las inmediatas o precoces, las tardías y las que afectan a la piel. (24, 25)

3.3.1. Complicaciones inmediatas

Representan el 39-82% de las complicaciones de los estomas (26) y suelen ser las que presentan mayor gravedad, con una tasa de mortalidad que va del 1 al 10%. (24) Aparecen en el postoperatorio inmediato, es decir, en los primeros treinta días tras la intervención quirúrgica. Algunas de ellas son resultado de complicaciones del pre-operatorio, errores técnicos o como consecuencia directa de la intervención. (26, 27)

Edema

Cuando aparece, se produce un engrosamiento de la mucosa del asa intestinal, presentando unas dimensiones mayores de lo normal (*Figura 3.3.1.1*) y en ocasiones, un aspecto pálido. Es la complicación más frecuente en los primeros días del post-operatorio, de origen fisiológico y debido a la intervención quirúrgica que cede tras el paso de los días. Si aparece de forma tardía, puede estar provocado por un diámetro del orificio menor que el tamaño del estoma o por una tracción excesiva del fiador o la pared abdominal que tiene como consecuencia una posible obstrucción intestinal y por lo tanto, debe ser tratado. (6, 7, 13, 28)

En estos casos, los cuidados de enfermería irán encaminados a la disminución del edema tomando medidas conservadoras, tales como colocar compresas de suero salino frío sobre el estoma, ajustando los dispositivos al tamaño del estoma sin llegar a presionarlo (3mm alrededor del estoma) para que no se produzcan lesiones mucosas por irritación traumática y utilizar dispositivos transparentes para visualizar el estoma permanentemente y seguir su

evolución. (6, 24)



Figura 3.11: Estoma pediátrico inflamado.

Fuente: Intermountainhealthcare.org

Hemorragia

Representa el 2% de las complicaciones precoces del estoma. Se produce en las primeras horas tras la intervención quirúrgica a causa de una lesión de algún vaso sub-mucoso o del tejido sub-cutáneo. Suelen ser hemorragias limitadas y que no revisten gravedad pudiéndose resolver aplicando compresas con suero frío o adrenalina, con hemostasia local o con la sutura del vaso sangrante. Otras veces, puede deberse a una lesión de un vaso del abdomen, causando importantes sangrados o hematomas en el que puede ser necesaria la revisión quirúrgica para no comprometer la viabilidad del estoma. Por último, si es debido a trastornos de la

coagulación requiere reposición de los factores deficitarios y controles analíticos. El equipo de enfermería es el encargado de registrar el momento de inicio y de valorar la intensidad y volumen del sangrado así como utilizar una bolsa de dispositivo transparente para facilitar la observación directa. (6, 13, 27)

Necrosis

Aparece cuando se produce una insuficiente vascularización al estoma. Se identifica por la coloración isquémica de la mucosa, de rojo oscuro a negrozco y se manifiesta con mayor frecuencia en colostomías. En ocasiones, requiere una re-intervención urgente si afecta en profundidad e incluso, una nueva ostomía. Puede haber sido motivado por poseer un diámetro del orificio menor que el tamaño del estoma, por inflamación fisiológica del intestino o por tracción excesiva del asa o la pared abdominal. (13, 24, 29)

El equipo de enfermería debe observar, controlar y registrar la evolución de la coloración de la mucosa, mediante la colocación de un dispositivo transparente. Según la zona afectada, se requiere un tratamiento quirúrgico para evitar otras

complicaciones como infección, des-hiscencia del estoma o peritonitis. (6)

Infección/Absceso

Es una complicación que se da con frecuencia por causas de asepsia tras intervenciones de urgencia en las que las condiciones generales del paciente suelen ser menos favorables que en las intervenciones programadas. Se manifiesta por dolor en la zona periestomal ante la simple palpación o roce, inflamación, supuración y en ocasiones se acompaña de hipertermia. Puede ocasionarse por una lesión del asa por los puntos de fijación o por infección directa de la herida quirúrgica. (13, 25)

Su tratamiento depende del grado de infección, siendo el personal de enfermería en cualquiera de ellos el encargado de observar, controlar, registrar y curar la zona afectada. En los casos de infección cutánea, éste incluye antibioterapia y curas locales. Si ha generado abscesos, se debe drenar la zona afectada mediante una incisión y lavados periódicos con suero salino y antiséptico. En este caso, la utilización de un dispositivo de dos piezas puede facilitar los cuidados, ya que permite realizar una limpieza de la zona con

la frecuencia necesaria sin tener que retirar el dispositivo de la piel circundante.

3.3.2. Complicaciones tardías.

Las complicaciones tardías son aquellas que aparecen por norma general, después de treinta días de haberse confeccionado la ostomía, aunque algunas de ellas pueden aparecer indistintamente en uno u otro periodo. (27)

Prolapso

Está producido por la eversión de la mucosa sobre el abdomen a través del orificio cutáneo (*Figura 3.3.2.1*). Es muy común en el paciente pediátrico portador de ileostomía debido a que los músculos abdominales no están completamente desarrollados y, además, el llanto aumenta la presión en el abdomen. (18, 30)

Habitualmente el prolapso mucoso es pequeño y se puede reducir introduciendo el asa intestinal manualmente mediante lubricante y movimiento circulares hacia la cavidad abdominal, sin que produzca mayores molestias en el paciente. Es necesario adecuar el dispositivo utilizado, comprobando que existe espacio suficiente para la

recogida de heces. En los casos en los que el prolapso ocupe la totalidad de la bolsa de ostomía y se impida el correcto funcionamiento de la misma, requiere una nueva intervención quirúrgica. En el traslado hasta el centro sanitario, se debe informar a la familia de que deben proteger el asa con compresas estériles manteniendo su humedad. (6, 7, 13)



*Figura 3.12: Prolapso del asa intestinal.
Fuente: Intermountainhealthcare.org*

Estenosis

Consiste en un estrechamiento del diámetro del orificio estoma o del orificio cutáneo el cual impide la realización de un tacto por el mismo (*Figura 3.3.2.2*). Puede aparecer por una incisión insuficiente en el orificio estomal, por separación muco-cutánea o por irrigación insuficiente del estoma. Además,

puede ser secundaria a complicaciones del post-operatorio inmediato como necrosis, infección o retracción de la ostomía. Otra causa de estenosis del estoma es la elección incorrecta de la ubicación del estoma pudiendo situarse ésta en un pliegue cutáneo. Si el grado de estrechamiento del orificio es leve, consistirán en dilataciones periódicas manuales e instrumentales. En caso de que el orificio del estoma sea muy estrecho puede producir síntomas de oclusión intestinal y será necesario re-intervenir al paciente. Además, es necesario incorporar una dieta que evite el estreñimiento. (6, 7, 13, 28)

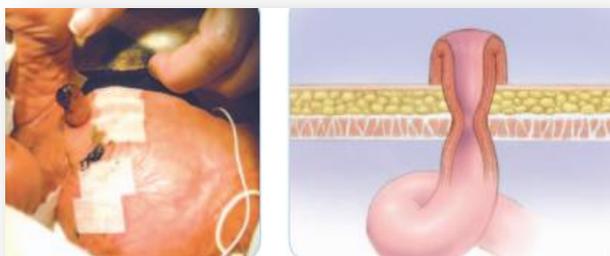


Figura 3.13.: Estenosis.

Fuente: Intermountainhealthcare.org

Retracción

Consiste en un hundimiento del estoma por debajo de 0,5 cm superficie de la piel (*Figura*

3.3.2.3). El hundimiento de la porción intestinal puede producirse secundario a la necrosis o una infección de la ostomía. Sin embargo, la causa más habitual es una excesiva tensión del intestino desde el interior de la cavidad abdominal. La retracción del intestino puede llegar hasta la zona peritoneal, pudiéndose verter el contenido fecal en el tejido celular sub-cutáneo que puede ocasionar sepsis abdominal grave, por lo que la re-intervención quirúrgica sería indicada para movilizar el intestino. Si la retracción es mínima, siendo ésta la más frecuente, ocurre cuando la dehiscencia mucocutánea no es completa. En estos casos, se debe limpiar con suero salino, aplicar polvos hidro-coloides cada 12-24h y sellar el dispositivo a la pared abdominal para evitar la fuga de heces. (13, 25)

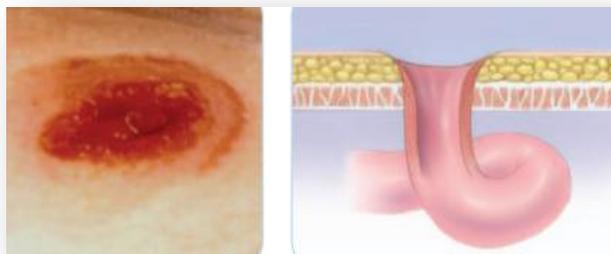


Figura 3.14: Retracción.

Fuente: Intermountainhealthcare.org

Por lo tanto, dependiendo del grado de retracción del estoma, su pronóstico será diferente que abarcará desde la vigilancia del profesional de enfermería hasta una re-intervención quirúrgica. Si el hundimiento del intestino llega al peritoneo o compromete la viabilidad del estoma, requiere re-intervención urgente. En el caso de que el hundimiento sea parcial, requiere vigilancia de enfermería y es necesario el uso de un dispositivo convexo para facilitar así su adaptación a la piel. (7, 24, 25)

Ulceraciones

Consiste en la aparición de pequeñas lesiones en la mucosa del estoma causadas por la utilización incorrecta de los dispositivos (*Figura 3.3.2.4*)

Los profesionales de enfermería deben valorar si el dispositivo que se usa posee un diámetro menor que el del estoma y ha podido provocar lesiones en él. Y si es así, deben ayudar a la identificación del dispositivo indicado en relación al diámetro, adaptación y manejo. Si el dispositivo no ha causado las heridas, iniciar los cuidados y adiestramiento

oportuno a la familia en relación a la causa que ha provocado la ulceración. Es recomendable utilizar sistemas de dos piezas, aplicando polvos hidrocoloides en el cambio de placa adhesiva dejando 3mm entre el estoma y la placa para evitar roces al estoma. Es aconsejable mantener al niño el mayor tiempo posible sentado con los polvos aplicados pero sin el dispositivo. (13)



*Figura 3.15: Ulceraciones.
Fuente: Hollister.com*

3.3.3. Lesiones cutáneo-mucosas y cuidado de la piel peri-ostomal

Las lesiones en la piel peri-ostomal pueden aparecer tanto como complicaciones precoces como tardías. Son la causa de atención más habitual en la consulta de estoma-terapia ya que constituyen una de las complicaciones más frecuentes en los enfermos

ostomizados, la mayor parte provocada por contacto con las heces y una pequeña parte son producidas por alergias a los componentes de los dispositivos. Por lo tanto, en la persona ostomizada el cuidado de la piel debe ser un aspecto al que se le debe prestar la máxima atención. (7, 25, 28)

Habitualmente, son lesiones que no interfieren en el propio funcionamiento del estoma pero que sí dificultan el cuidado diario. Su incidencia es mayor en ileostomías, dado que las heces son más líquidas y su emisión más frecuente con mayor contenido en enzimas altamente perjudiciales para la piel. La mayoría de los pacientes con lesiones cutáneas se deben a una deficiente aplicación de los dispositivos. (7, 25, 28, 31)

Suelen aparecer en forma de irritación, alergia e hiper-sensibilidad o granulosas. La actuación de enfermería juega un papel decisivo, tanto en la prevención y/o tratamiento como en la educación al alta del enfermo. La irritación cutánea puede ser ocasionada principalmente por cuatro factores: (6, 13)

- *Dermatitis irritativa*: es la más frecuente de todas y es producida por el contacto permanente de la piel con el contenido

intestinal (*Figura 3.3.3.1*). Esto es debido a la incorrecta adherencia del dispositivo a las características del estoma. Se deberá tratar con medidas higiénicas y protectores de la piel.

- *Dermatitis mecánica*: se origina por la acción lesiva de los dispositivos de ostomía por cambios frecuentes de éstos o por retirarlos de manera brusca. En este caso, se debe disminuir la frecuencia de los cambios de bolsa recomendando la colocación de un sistema de dos piezas y proteger la piel utilizando pastas barrera o polvos hidrocoloides.
- *Dermatitis alérgica*: está relacionada a la sensibilización del paciente a los materiales de los dispositivos de ostomía. En la actualidad, es menos común debido al desarrollo de los dispositivos con materiales hipo-alérgicos. Se deben cubrir las bolsas con forros de material hipo-alérgico para evitar el contacto con la piel hasta que se haya confirmado que la causa de la dermatitis sea la sensibilización al material del dispositivo. En este caso, habrá que

cambiar a otro sistema que no dañe la piel del niño, pero antes de colocarlo se debe probar en otra parte del cuerpo durante un tiempo (por ejemplo, una pierna).

- *Dermatitis micótica o microbiana*: se produce cuando existe infección por hongos o bacterias. Se aplicará el tratamiento establecido por un especialista.



Figura 3.16: Dermatitis irritativa en la piel peri-ostomal.

Fuente: Intermountainhealth.org

Para mantener la piel que rodea al estoma libre de lesiones se debe mantener una adecuada higiene y secado del estoma así como hacer una correcta elección y uso de los dispositivos, escogiendo aquel que ofrezca un perfecto sellado e impida fugas de

fluidos y teniendo en cuenta las posibles lesiones que pueden aparecer si el cambio de dispositivo no se hace de forma suave. El personal de enfermería debe enseñar a la familia del paciente durante su estancia hospitalaria cómo prevenir lesiones cutáneas en la piel del estoma, así como tratar aquellas que aparezcan según su etiología. (7)

3.3.4. Prevención.

La responsabilidad del equipo de enfermería abarca una adecuada prevención de las complicaciones del estoma que se debe realizar en diferentes fases, previa a la intervención, durante y tras la misma.

Todos los pacientes a los que se les vaya a realizar un estoma, excepto en los casos que precisen de cirugía urgente, se deben llevar a cabo una serie de cuidados antes de ser intervenidos. Es importante una visita pre-operatoria en la que se informe a la familia sobre la situación de su hijo y qué supondrá la ostomía en el paciente y despejar las dudas e incertidumbres que vayan surgiendo. Una correcta información preoperatoria facilita que se enfrenten a la cirugía en mejores condiciones. Además, en esta fase se debe realizar la elección del lugar idóneo donde se va a situar el estoma por un equipo de enfermería y cirujanos especializados. Esto evitará la

aparición de futuras complicaciones provocadas por una incorrecta localización del estoma, disminuyendo así las probabilidades de sufrir complicaciones en el estoma del niño y aumentando las expectativas en su calidad de vida. (6, 7, 32)

Otra forma de disminuir la aparición de complicaciones es la realización de una técnica quirúrgica correcta, en la que el personal de enfermería especialista debe vigilar durante la intervención que se cumplen los principios básicos en su construcción y que se tienen en cuenta las características del paciente, todo ello planeado en la consulta de enfermería especialista previa a la intervención. (32)

La continuidad de cuidados por parte del equipo de enfermería experto en estomaterapia es esencial como prevención de futuras complicaciones, sobre todo de las que aparecen de forma tardía. Una vez practicado el estoma y tras recibir educación sanitaria durante su estancia en el hospital, el paciente ostomizado debe continuar con su programa de visitas en la consulta de enfermería especializada, en la que se supervisan los cuidados que la familia realiza en su hogar y se realiza una valoración general del paciente y del estado de su

estoma. Si es necesario, en estas visitas se deben reforzar facetas como la higiene del estoma o aconsejar otro tipo de dispositivo según las características del estoma, ya que en el paciente pediátrico suelen variar frecuentemente. En esta fase de seguimiento, el personal de enfermería especializado debe vigilar la aparición de complicaciones tardías, prestando especial atención a la prevención de las complicaciones cutáneas, una de las más frecuentes en esta fase y, en el caso de que se hayan producido, realizar un tratamiento precoz con el objetivo de mantener la viabilidad del estoma y un estado óptimo de la piel que lo rodea mejorando la calidad de vida del paciente y facilitar los cuidados y seguridad psicológica de su familia. (6, 32, 38)

3.4. NUTRICIÓN

Generalmente, el niño ostomizado no requerirá una dieta especial sino que debe ir adecuándose la misma según su edad. Por lo que si no existe otra patología que lo impida, podrá comer los mismos alimentos a la edad en que lo haría de no llevar una

ostomía ya sea mediante fórmulas o platos cocinados, realizando una ingesta calórica adecuada a sus necesidades específicas, edad, nivel de actividad, etc. (6, 7)

El objetivo del cuidado nutricional en niños ostomizados es que reanude su alimentación habitual lo antes posible y tratar los problemas más frecuentes, siendo estos la obesidad, déficit del volumen de líquidos e inapetencia, rechazo y monotonía de las comidas, diarreas, estreñimiento y flatulencias. (6, 7, 8) Así pues, la dieta debe ser completa, equilibrada y adaptada a su edad que minimice el riesgo de obstrucción, recibiendo los aportes de líquido necesarios en función de su edad y las pérdidas que se produzcan y que minimice la presencia de gas y de olores desagradables y adaptarse en caso de diarreas o estreñimiento (*Ver anexo IV*). (7)

La valoración enfermera va dirigida a identificar las costumbres dietéticas de la familia así como en los casos que lo precisen, será necesaria una re-educación y orientación dietética a la nueva situación de salud del niño. Masticar bien la comida, comer regularmente, fijar horario y cantidad, beber suficiente líquido al día son recomendaciones

genéricas que se deben inculcar para facilitar la digestión en el niño. Aún así, los consejos dietéticos variarán según el tipo de ostomía y de la edad del niño. (6, 8, 13)

Los datos señalan que los pacientes ileostomizados presentan mayor déficit nutricional comparado con los colostomizados, probablemente por el mayor riesgo de complicaciones tras la intervención al que están expuestos, con consiguiente comprometimiento nutricional. (33) Por ello, en el caso de los ileostomizados debido a que la función del colon de absorber agua y electrolitos queda interrumpida, se debe prestar especial atención a la ingesta de líquidos y al volumen de pérdida de líquidos por el estoma para evitar un cuadro de deshidratación. Además, se aconseja incluir sal en las comidas y un aporte vitamínico de apoyo compuesto de ácido fólico, vitamina B₁₂, Ca y Mg para compensar el déficit de absorción que presenta el ser portador de una ileostomía, excepto en aquellos casos en los que esté contra-indicado por recomendación médica. (6, 7, 13)

Llevar una alimentación sana y variada es necesaria y saludable porque mantiene al niño en un estado de equilibrio perfecto y adecuado para su desarrollo

psicomotriz. (7, 34) Así, una valoración periódica del peso y talla del niño para controlar su crecimiento y una orientación dietética adecuada hacia la familia antes de abandonar el hospital y con posterior supervisión de los profesionales de atención primaria puede ser de gran trascendencia para conservar la salud de los niños ostomizados e influir en una mejor recuperación y calidad de vida. (8)

3.5. ACTIVIDAD, BAÑO Y VESTIMENTA

Generalmente, los niños portadores de ostomía intestinal pueden llevar a cabo actividades de la vida diaria similares al resto de niños. Se pueden bañar, nadar, gatear y participar en actividades deportivas adecuadas a su edad, aunque deben evitar aquellas demasiado bruscas que puedan dañar el estoma. (13)

Para bañarse lo pueden hacer con el dispositivo puesto o con el estoma descubierto. Si se decide quitar el dispositivo durante el baño es posible que el estoma comience a funcionar cuando esté en la bañera. Si el niño lleva una bolsa al bañarse, se debe secar después y comprobar que se encuentra

cerrada con seguridad y que no se ha desprendido de la piel tras el baño. (7, 13)

El niño puede vestirse como lo haría sino fuese portador de ostomía, con la única precaución de que la ropa no ejerza demasiada presión sobre el estoma. Se recomiendan prendas de una sola pieza como las camisetas tipo “body”, las cuales evitarán que los niños manipulen el estoma, por lo que hay que prestar especial atención a la protección del dispositivo a cualquier edad y en especial, en los lactantes. (6, 7, 13)

3.6. SEGURIDAD PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL Y RESPUESTA AL AFRONTAMIENTO

La presencia del estoma supone para los padres y para el niño, en éste último a partir de cierta edad, una situación estresante debido a la pérdida de control de las deposiciones, olor o posibles comentarios de otros niños debido a la agresión a su imagen corporal, lo que puede conducir a una alteración de su auto-estima y a un posible rechazo a la ostomía. (6)

Según la edad del niño, tanto él mismo como los

cuidadores principales pueden presentar diferentes actitudes ante la ostomía. Cada caso se trata de manera individual, ya que cada persona reacciona de forma diferente ante la misma situación, pero se puede decir que existen tres grandes grupos característicos clasificados según sus reacciones ante la ostomía, con necesidad de cuidados diferentes. En algunos casos, las familias optan por una actitud de alivio, ya que la intervención se ha superado con éxito habiendo sido el estoma la solución ante el problema. A esta reacción de aceptación le puede acompañar un período de depresión. Otras familias, responden a esta situación mediante preocupación y nerviosismo ante la incertidumbre del proceso de enfermedad, por lo que necesitarán apoyo para enfocar el futuro de forma constructiva. Por último, la ostomía se puede afrontar mediante un estado de pena y depresión durante un período prolongado en el tiempo, sobre todo cuando el estoma tiende a ser definitivo. La familia puede manifestar cierta hostilidad ante el personal sanitario, por lo que se debe demostrar comprensión, empatía y serenidad. (17, 35, 36, 37)

En cualquiera de los casos, es necesario que se pongan en marcha técnicas de afrontamiento con

ayuda de la enfermera, quien ofrecerá información para reducir la incertidumbre, será un apoyo para comprender el problema y adiestrará sobre su manejo de forma progresiva. Esto contribuirá en que los padres recuperen la sensación del control de sus vidas, ya que las respuestas de los padres pueden influir en el proceso de adaptación y recuperación del niño ostomizado. Las actividades enfermeras irán encaminadas a adquirir una actitud empática que permita la comunicación con el núcleo familiar para facilitar el proceso de adaptación, resolviendo dudas e inquietudes que surjan. En segundo lugar, proporcionar información clara y adiestrar de los cuidados propios del estoma, para conseguir que sean capaces de realizar los auto-cuidados de cara al alta hospitalaria. Por último, poner al niño y sus padres en contacto con asociaciones de familias en su misma situación. (6, 17, 35, 37)

3.7. EDUCACIÓN SANITARIA AL ALTA HOSPITALARIA

Una vez establecida la necesidad de ostomía, es preciso llevar a cabo un riguroso programa de

intervención educativa de cara a la transición del niño del hospital a su hogar. Esto requiere una planificación al alta por un equipo multi-disciplinario y la participación de la familia lo más pronto posible para garantizar una atención eficiente, conservar la calidad de vida y disminuir los re-ingresos innecesarios del paciente, procurando así facilitar la independencia y auto-suficiencia progresiva de los cuidadores. La planificación de estas actividades por parte del equipo de enfermería consiste en la enseñanza de técnicas y cuidados higienico-dietéticos, aliviar el estrés familiar e identificar los recursos disponibles para su afrontamiento. Para el éxito de estas actividades, los cuidadores principales así como el propio paciente en los casos en que sea viable, deben participar lo antes posible en el aprendizaje de dicha atención durante la fase hospitalaria con el apoyo del profesional de enfermería, quienes juegan un papel primordial para conseguir que el proceso de aprendizaje de la familia sea efectivo de cara a la atención domiciliaria. Así, la identificación de los pasos esenciales de una atención exitosa de cara al alta hospitalaria del niño ostomizado tiene como objetivo mejorar el sistema de atención, reduciendo al mínimo las dificultades en

el cambio de agentes de cuidado desde la atención hospitalaria a la de su domicilio, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida. Durante este proceso de aprendizaje, el profesional de enfermería debe evaluar las necesidades específicas de cada familia y paciente, tales como su voluntad de aprender y el método más idóneo y eficaz en cada caso. (6, 38, 39)

El equipo de enfermería debe educar a la familia para que sea capaz de llevar a cabo los cuidados higiénicos cuando el estoma lo requiera, promover el manejo y manipulación del mismo, demostrar conocimiento de la utilización de los dispositivos de ostomía adecuados según las características del estoma, frecuencia y tipo de heces que presente el paciente y cómo adquirirlos, identificar y gestionar las situaciones de emergencia o ante complicaciones del estoma adoptando las medidas oportunas, y por último, que sea capaz de realizar un cuidado exclusivo a la piel que rodea al estoma, haciendo hincapié en su valoración diaria para evitar daños en la misma ya que la del paciente pediátrico (y en especial el neonato) es extremadamente sensible. Se deben dar a conocer la existencia de una serie de signos de alarma que deben controlar e informales

que en caso de que éstos se presentasen, deben ponerse en contacto con el profesional sanitario, tanto médico como enfermera, tan pronto como sea posible. Estos casos abarcarían:

- Cuadros diarreicos superiores a un día.
- Sangrado severo del estoma.
- Una cambio en la coloración del estoma.
- Dolor abdominal severo, fiebre o hinchazón.
- Escape del fluido intestinal de forma peristomal en vez de a través del orificio del propio estoma.

Todos estos consejos son generales y pueden necesitar ser adaptados para cada caso específico, según sus necesidades de aprendizaje. (7, 38, 39)

3.7.1. Sugerencias por grupo de edad

Un plan de actuación efectivo debe contemplar las distintas etapas del desarrollo infantil en el caso de los lactantes, irá dirigida a los padres, pero en todos los demás grupos el niño debe participar activamente en el progreso.

Recién nacido / Lactantes (de 0 a 3 años)

Durante el primer año de vida, la mayoría de los niños triplican su peso al nacer. Por lo tanto, es

necesario medir el tamaño del estoma de manera regular para ir acomodando el adhesivo al crecimiento del mismo. (6) Durante esta etapa la familia asume la totalidad de cuidados. El manejo de una ostomía es complicado los primeros meses, especialmente por miedo y desconocimiento. Es muy importante que los padres participen en su cuidado durante la estancia hospitalaria, involucrándose en la higiene del estoma, así como en la selección de los dispositivos re-colectores que deberán utilizarse. De esta forma, irán generando confianza y experiencia para ofrecer a su hijo un correcto cuidado evitando así la preocupación derivadas del desconocimiento. (18)

Edad preescolar (de 3 a 5 años)

Es un período de tiempo cognitivo activo, en el que se desarrollan multitud de conceptos. En el plan de educación sanitaria se tendrán en cuenta los temores o inquietudes del niño. Necesitan preparación y una explicación previa en relación a lo que les está sucediendo, la enfermera utilizará un lenguaje acorde al nivel cognitivo del niño, recurriendo a hechos concretos y usando términos cotidianos que

faciliten su entendimiento. (6)

Edad escolar (de 6 a 10 años)

Los niños de esta edad pueden aprender mucho más acerca de cómo cambiar y limpiar la bolsa. Se recomienda que los niños a partir de los ocho años deberían poder cambiar la bolsa y limpiarla sin la ayuda de otra persona, aún así es necesario que los padres observen su piel frecuentemente y vigilen que esté en perfectas condiciones.

A la escuela deberán llevar una bolsa extra y los elementos necesarios para cambiarla. Se informará a los maestros y a la enfermera escolar (si procede) sobre la situación de salud del niño e instrucciones de cómo cambiar el dispositivo del estoma. De este modo, el niño tendrá una persona de apoyo en la escuela. En determinado punto en este grupo de edad, es posible que deba comenzar a usar bolsas para adultos. (6, 18)

4. CONCLUSIONES

De toda la información analizada se han obtenido una serie de conclusiones que se exponen a continuación:

Primera

La necesidad de realizar un estoma en el paciente pediátrico provoca un impacto que va más allá de la alteración fisiológica del niño y que la implicación en su cuidado demanda la participación directa de los padres, para alcanzar su independencia y ser capaces de garantizar el auto-cuidado del niño ostomizado.

Segunda

Es muy importante que los profesionales de la enfermería adquieran los conocimientos que les permitan proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente y su familia, facilitando que la atención post-quirúrgica transcurra sin incidencias y protegiendo al paciente de las lesiones, así como asumir una función educativa, asesorando y

acompañando a la unidad familiar durante todo el proceso para que puedan adaptarse con mayor viabilidad a la nueva situación de salud.

Tercera

El equipo de enfermería juega un papel relevante debido a las intervenciones educativas dirigidas a los padres para capacitarles en el manejo instrumental del estoma y los tipos de dispositivos, nutrición y otras actividades de la vida diaria, así como para prevenir complicaciones propias del estoma o del cuidado de la piel que le rodea.

Cuarta

La presencia de un estoma en un niño implica la inclusión del manejo de tecnología médica en el hogar, la cual pasa a tener un significado importante en el estilo de vida de los niños, la organización de roles, la interacción y la modificación en la dinámica familiar.

Quinta

Las instituciones que atienden este tipo de pacientes deben garantizar un equipo de enfermería altamente entrenado en el cuidado al niño y a la familia que viven esta situación. Por otra parte, las evidencias comprometen las actividades de investigación en enfermería, ya que aún existen muchos aspectos que necesitan ser abordados.

Sexta

Debido a que la mayoría de los trabajos exploran la experiencia, la percepción y el impacto social y psicosocial de los estomas y de los procedimientos relacionados, es necesario abordar el estado clínico-psicológico y emocional del niño ostomizado, ya que su experiencia se relaciona estrechamente con el significado atribuido por la familia. Es necesario considerar, desde la perspectiva del niño, la experiencia con cada tipo de estoma, dado que la mayoría de los estomas permanece durante algún tiempo. Hay necesidad también de desarrollar teorías sobre estos

procesos y sobre el significado de esta experiencia.

Séptima

En el ámbito de las ostomías se ha producido un importante desarrollo tecnológico en los últimos años, lo que ha permitido que actualmente determinadas patologías pediátricas consideradas muy graves o terminales, deriven en una situación crónica, lo que se traduce en un aumento de la supervivencia. Pero ya no se busca simplemente prolongar el tiempo de vida del paciente sino también una mejora en la posterior calidad de vida de niños y niñas portadores de una ostomía, ya sea de manera temporal o definitiva. Esta situación ha supuesto:

- Transferir el cuidado de los niños y niñas del ámbito hospitalario al hogar.
- Que las consultas de enfermería se realice con personal especializado en el cuidado de ostomías.

- El surgimiento de nuevos perfiles para el cuidado del niño dependiente de la tecnología y su familia.

5. BIBLIOGRAFÍA

5.1. BIBLIOGRAFIA CITADA

1. Balboa A, Bujanda L, Hervás A, Pérez A, Ponce J, Soriano A. Actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado digestivo [Monografía en Internet]. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología; 2012 [acceso 9 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/29_PE_Cuidados_en_pacientes_ostomizados.pdf
2. Burch J. Stoma care [Libro electrónico]. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2008 [acceso 12 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaucm/reader.action?docID=10301099>
3. Ballesteros A, Jiménez MC. Protocolo de cuidados de ostomías abdominales [Monografía en Internet]. Granada: Servicio Andaluz de Salud; 2011 [acceso

10 de octubre de 2014]. Disponible en:
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/protocolo-de-cuidado-de-las-ostomias-abdominales-en-atencion-primaria-2011>

4. Coloplast [Página principal en Internet]. Madrid: Coloplast España; 2007 [actualizado septiembre de 2010; acceso 12 de diciembre de 2014]. Información general [2 pantallas]. Disponible en: [http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/\(VIEWDOCSBYID\)/287A55A5F635CD9C41256A5300483B57?opendocument&unid=287A55A5F635CD9C41256A5300483B57](http://www.coloplast.es/ECompany/ESMed/Homepage.nsf/(VIEWDOCSBYID)/287A55A5F635CD9C41256A5300483B57?opendocument&unid=287A55A5F635CD9C41256A5300483B57)
5. Pérez M, Ramos MA. Demanda asistencial e implicación de la consulta de ostomías del Hospital Universitario Ramón y Cajal. IDEA Investigación en Enfermería [Revista en Internet]. 2014 [acceso 8 de diciembre de 2014]; 35. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142437417012&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal

6. Celma Vicente M, Rodríguez López MA. Ostomías de eliminación digestiva. En: Morales Gil, IM. Cuidados intensivos pediátricos. Málaga: Difusión Avances Enfermería; 2010. p. 413- 428.
7. Sociedad Española de Estomaterapia. Descubre una nueva forma de vivir: una ayuda para el cuidado de la persona ostomizada. 5ª ed. Barcelona: MK media; 2010.
8. Espinoza C, Pereira N, Benavides J, Rosti6n CG. Ostomías abdominales en pediatria: Una Revisi6n de la Literatura. Rev. Ped. Elec. [Revista en Internet] 2008 [acceso 25 de noviembre de 2014]; 5 (3). Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num3/pdf/7_OSTOMIAS.pdf
9. Monedero OA, Sevilla S. Cuidados de enfermería en recién nacidos con estomas digestivos. Enfermería Integral [Revista en Internet] 2010 [acceso 12 de diciembre de 2014]; 89: [28-31]. Disponible en:

http://www.enfervalencia.org/ei/89/ENF_I_NTEG_89.pdf

10. De Manueles J, De la Rubia L. Enfermedad de Hirschsprung. En: Junta Directiva de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2ª ed. Santander: Ergón S.A.; 2010. p. 47-53.
11. Awad Y. Cuidados de enfermería en el paciente pediátrico ostomizado [Monografía en Internet]. Madrid: Servicio de Cirugía Pediátrica H. U. La Paz; 2010 [acceso 25 de febrero de 2015]. Disponible en: http://fe10v.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/Aula/pediaost.pdf
12. Cord-Udy C, Thomas E, Hotchkin S, Burki T. Pediatric Ostomy. En: Kleinman R, Goulet O, Mieli-Vergani G, Sanderson I, Sherman P, Shneider B. Pediatric Gastrointestinal Disease. 5ª ed. Hamilton: McGraw-Hill Medical; 2008. p. 361- 366.

13. Corella Calatayud JM, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas MA, Mas Vila T, Corella Mas JM, Corella Mas L. Estomas: Manual para enfermería [Monografía en Internet] Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2007 [10 de noviembre de 2014]. Disponible en:
http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf
14. Gómez N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería [Revista en Internet] 2013 [acceso 20 de diciembre de 2014]; 7 (3). Disponible en:
http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18
15. Guerrero S, Tobos LS. Caracterización de las familias como agentes de cuidado a niños ostomizados. Rev. Av. Enferm. [Revista en Internet] 2007 [acceso 12 de noviembre de 2014]; 25(1): [101-114]. Disponible en:

<http://www.bdigital.unal.edu.co/35556/1/35920-146074-1-PB.pdf>

16. Albert C, Jiménez M, Torralbas J. Manejo de las ostomías [Monografía en Internet]. Barcelona: Tratado Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales; 2007 [acceso 7 de marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>
17. Guerrero S, Angelo M. Impacto del estoma enteral en el niño y la familia. Rev. Av. Enferm. [Revista en Internet] 2010 [acceso 25 de enero de 2015]; 28. p. 99-108. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28s1/v28s1a09.pdf>
18. Intermountain Healthcare. Cuidados especiales en ostomías pediátricas [Monografía en Internet]. Primary Children's Medical Center: Intermountain Healthcare; 2008 [acceso 10 de febrero de 2015]. Disponible en:
<http://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmmnt?ncid=521451657>

19. Baena F, Del agua C, Fernández I, García-Pozuelo R, Rivera S. Guía de actuación compartida en pacientes ostomizados [Monografía en Internet] Sevilla: Servicio andaluz de Salud; 2011 [acceso 3 de marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/gestionsanitaria/enfermeria/continuidad%20de%20cuidados/GUIA%20OSTOMIAS%20REVISADA%20DEFINITIVA.pdf>
20. Hospital Universitario de Cruces [Página principal en Internet] País Vasco: Hospital Universitario Cruces; c2009 [actualizado 10 de septiembre de 2015; consultado 19 de noviembre de 2015]. Centro Colorrectal y ostomizados pediátrico [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.hospitalcruces.com/ostomizadosPresentacion.asp?lng=es>
21. López MG, Peralta IC, Ruiz C, Valverde I. Eliminación. En: Mendoza NA, Peralta IC, Valverde I. Enfermería pediátrica [Libro

- electrónico]. España: El Manual Moderno; 2013. p. 151-155. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/bibliotecaucm/reader.action?docID=10845053>
22. Coloplast. Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares [Monografía en Internet] Dinamarca: Coloplast; 2012 [acceso el 15 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf
23. Mora C. Estudio Avance de los dispositivos de ostomías de una y dos piezas: Moderma flex y Conform 2 de Hollister. Metas de Enferm. [Revista en Internet] 2012 [acceso 18 de enero de 2015]; 15(4): 22-26. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80313/>
24. Salas A, Santos J. Complicaciones de los estomas digestivos. En: García-Sosa E,

- coordinador. Estomas digestivos: técnicas, indicaciones y cuidados. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2011. p. 165-178.
25. De Miguel M, Jiménez F, Pajaró, A. Current Status of the Prevention and Treatment of Stoma Complications. *Cir. Esp.* [Revista en Internet] 2014 enero [acceso 12 de marzo de 2015]; 92(3): 149-156. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90295829&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=436&ty=134&accion=L&origen=zona de lectura&web=www.elsevier.es&lan=en&archivo=436v92n03a90295829pdf001.pdf
26. Kann BR. Early stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* [Revista en Internet] 2008 [acceso 1 de febrero de 2015]; 21(1): 23-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780191/>
27. Abed G, Galindo F, Hierro J. Complicaciones de las colostomías. *Cirugía Digestiva* [Revista en Internet]

- 2009 [acceso 12 de marzo de 2015]; 3(311): 1-12. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tonce.pdf>
28. Lerín P, Lourdes P, Lozano MD, Martínez M. Complicación de los estomas, manual de cuidados de enfermería. Coloplast Productos Médicos. Madrid, España; 2010.
29. Yasoda J. Ostomías en la infancia. Revisión para los profesionales de la atención primaria de salud [Monografía en Internet]. Cuba; 2009 [acceso 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/GladysBarzolaCern/ostomas-en-la-infancia>
30. Belmonte C, Esparza R, Hernández FX, Maydón HG. Estomas intestinales: construcción y complicaciones. An Med (Mex) [Revista en Internet] 2011 [acceso 23 de febrero de 2015]; 56(4): 205-209. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114e.pdf>
31. Aguayo P, Fraser JD, Sharp S, St Peter SD, Ostlie DJ. Stomal complications in

- the newborn with necrotizing enterocolitis. *Journal of Surgical Research* [Revista en Internet] 2009 [acceso 20 de enero de 2015]; 157(2): 275-278. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/26881217_Stomal_complications_in_the_newborn_with_necrotizing_enterocolitis
32. De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Módulo 3: Complicaciones de los estomas [Monografía en Internet]. España: Asociación Española de Coloproctología; 2011 [acceso 25 de marzo de 2015]; Disponible en: <http://www.campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf>
33. Tenorio E, de Queiroz A, Morales MM, Maciel J. Nutritional status of pediatric patients submitted to ostomy procedures. *Rev. Paul. Pediatr.* [Revista en Internet] 2013 [acceso 20 de febrero de 2015]; 31 (1): 58-64. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

34. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guías de buenas prácticas clínicas: Cuidado y manejo de las ostomías [Monografía en Internet]. Toronto (Canadá): Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2009 [acceso 4 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf
35. Carvalho MA, de Jesús MM, Rezende EM, Rodrigues S, de Souza F, Rocha EP. Measures for home care to the child with stoma: an integrative review. J Nurs UFPE on-line [Revista en Internet] 2013 [acceso 23 de febrero de 2015]; 7: 7175-7180. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5050>
36. Angelo M, Cascaes A. Stomas in neonatology: recovering the mother's memory. Rev. Esc. Enferm. USP [Revista en Internet] 2012 [acceso 23 de febrero de 2015]; 46 (6): 1306-1313.

Disponibile en:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_04.pdf

37. De Araujo S, García F, de Menezes H, Silva AL. Subjectivity in family care for the child with a stoma from the construction of his autonomy. R. pesq.: cuid. Fundam. Online [Revista en Internet] 2013 [acceso 25 de febrero de 2015]; 5 (2): 3731-3739. Disponible en:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2077/pdf_767
38. Garcés A. Estomas en la infancia. En: García-Sosa E, coordinador. Estomas digestivos: técnicas, indicaciones y cuidados. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2011. p. 147-165.
39. Hernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) [Revista en Internet] 2011 [acceso 2 de marzo de 2015]; 3 (2): 504-533.

Disponible en:
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/764/780>

5.2. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Alvés A, Andrade M. The care of the ostomized child in the household: a case study. Online Braz J Nurs [Revista en Internet] 2013 [acceso 10 de febrero de 2015]; 12: 656-658. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4051/pdf>
2. Anyanwu LJ, Mohammad A, Oyebanji T. A descriptive study of commonly used postoperative approaches to pediatric stoma care in a developing country. Ostomy Wound Manage [Revista en Internet] 2013 [acceso 3 de marzo de 2015]; 59(12): 32-37. Disponible en: <http://www.o-wm.com/article/descriptive-study-commonly-used-postoperative-approaches-pediatric-stoma-care-developing-cou>

3. Bermejo Sánchez E, Cuevas L, Martínez Frías ML. Informe anual del ECEMC sobre vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España: Datos del período 1980-2010. Serie IV (Nº1). Pág 118. Madrid. 2011. (Consultado el 3 de enero del 2014). Disponible en: <http://revista.isciii.es/index.php/ecemc/article/viewFile/724/781>
4. Bulla A, Carvajal G, Vargas CA. Preparación de los padres en el cuidado en casa del hijo ostomizado que regresa de la UCIN [Monografía en Internet]. Colombia: Ruiz, CH; 2015 [acceso 20 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/15323>
5. Fundación Te Cuidamos, orientación y asistencia sanitaria [Homepage en Internet]. Madrid: Fundación Te Cuidamos; c2008 [actualizada 12 noviembre 2014; consultado 26 de enero de 2015] Ana Isabel Carballo Chinarro. Guía rápida de colostomía. Disponible

en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>

6. Guerrero NS, Tobos LS. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. Av. Enferm. [Revista en Internet] 2013 [acceso 15 de enero de 2015]; 31 (1): 59-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n1/v31n1a07.pdf>
7. Mora C, López M. El paciente ostomizado. En: De la Fuente M. Enfermería médico-quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª Ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE); 2009. p. 1329-1337.
8. Reyes NI, Romero E, Serralde AE. Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación del tubo digestivo [Monografía en Internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [acceso 8 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacion/i

mss_646_13_txmedicoynutric_estomasd
eeliminacionger.pdf

9. San Miguel M. Cuidados al recién nacido con malformaciones anorrectales. Revista Enfermería Neonatal [Revista en Internet] 2013 [acceso 26 de marzo de 2015]; 15: 16-21. Disponible en: <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2013/08/3-Cuidados-al-reci%C3%A9n-nacido-con-malformaciones-anorrectales.pdf>
10. Sociedad Española en Enfermería Experta en Estomaterapia [Sede Web]. Valencia: Sociedad Española en Enfermería Experta en Estomaterapia; c2014 [actualizada 15 octubre 2014; consultado 3 noviembre 2015]. Disponible en: <http://estomaterapia.es/>
11. Wound Ostomy and Continence Nurses Society [Homepage en Internet]. California: American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation; c2011 [actualizada 16 febrero 2015; consultado 18 febrero

2015]. Disponible en:
<http://www.wocn.org/>

6. ANEXOS

6.1. ANEXO I: ELECCIÓN DEL TIPO DE DISPOSITIVO PARA OSTOMÍA

Tipo de ostomía	Tipo de fluido	Protección de la piel	Tipo de bolsa	SISTEMA 1 PIEZA	SISTEMA 2 PIEZAS
Colostomía descendente	Heces sólidas y formadas	Necesaria	Cerrada	Uso habitual	En caso de: - Piel delicada - Dermatitis - Falta de habilidad manual - Diarrea
Colostomía transversa	Heces semi-líquidas o sólidas	Necesaria	Abierta o cerrada	Uso habitual	En caso de: - Piel delicada - Dermatitis - Falta de habilidad manual - Diarrea
Ileostomía o colostomía ascendente	Heces líquidas o semi-líquidas muy irritantes y de salida continua	Imprescindible	Abierta	Ocasionalmente	Uso habitual

6.2. ANEXO II: CAMBIO DE DISPOSITIVO EN UN SISTEMA DE OSTOMÍA DE UNA PIEZA

1

Asegúrese de que la piel alrededor del estoma esté limpia y seca (no use lociones, jabón ni aceites que puedan dificultar una correcta adherencia).



Prepare la bolsa de la siguiente manera:

2

Use la guía para medir el tamaño del estoma.



3

Marque la forma medida sobre la barrera cutánea.



4

Corte la medida marcada, con cuidado de no perforar la bolsa.



5

Coloque la bolsa despegando el dorso de la barrera cutánea.



6

Presione con cuidado para que se adhiera correctamente a la piel.



6.3. ANEXO III: CAMBIOS DE DISPOSITIVO SISTEMA DE OSTOMÍA DE DOS PIEZAS

1

Asegúrese de que la piel alrededor del estoma esté limpia y seca (No use lociones, jabón ni aceites que puedan dificultar una correcta adherencia).



Prepare la barrera cutánea (también llamada capa protectora) de la siguiente manera:

2

Use la guía para medir el tamaño del estoma



3

Marque la medida sobre la barrera cutánea.



4

Corte la medida marcada con cuidado de no perforar la bolsa



5

Coloque la barrera cutánea despegando el dorso de la misma y presione con cuidado para que se adhiera correctamente a la piel.



6

Coloque la bolsa sobre la barrera cutánea colocando la parte inferior del reborde de la bolsa contra la parte inferior de la barrera cutánea.



7

Presione ambas partes para que se unan, haciendo un movimiento ascendente y descendente. Tire la bolsa hacia abajo suavemente para asegurarse de que se haya unido correctamente.

6.4. ANEXO IV: TABLA DE ALIMENTOS

Lácteos		Leche, yogur, queso, natillas, flan, etc
Carnes y aves		Ternera, pollo sin piel, buey, cordero, conejo, cerdo, jamón cocido
Pescados		Blancos (merluza, lenguado, rape...) azules (atún, caballa...)
Frutas		Natural, licuada, en almibar o cocida
Verduras		Zanahorias, calabacín, lechuga, acelgas, judías verdes, tomates
Legumbres		Guisantes, judías blancas, garbanzos, lentejas
Cereales y Patatas		Pan, sémola, arroz, pasta
Huevos		
Grasas		Aceite de oliva, mantequilla, margarina
Líquidos		Al menos de 2 a 3 litros de líquido al día
Por otra parte, existen una serie de alimentos que aumentan la formación de gases y producen un olor más fuerte de las deposiciones, como por ejemplo:		
Alimentos que producen gases y olor		Legumbres, frutos secos, coliflor, espárragos, cebolla, leche, queso fresco, bebidas carbonatadas
Alimentos para reducir los olores		Perejil, yogur, cuajada, requesón, mantequilla
A continuación, mostramos una tabla con alimentos recomendados en caso de diarrea o estreñimiento:		
Alimentos recomendados en caso de diarrea		Pasta, arroz, zanahoria cocida, pescado blanco, plátano, zumo de limón, manzana rallada, leche sin lactosa
Alimentos DESACONSEJADOS en caso de diarrea		Brócoli, vegetales de hoja verde, leche y productos lácteos, frutas naturales, zumos de frutas (ciruela, naranja)
Alimentos recomendados en caso de estreñimiento		Verduras, ensaladas, zumos, frutas (naranja, kiwi), pan y cereales integrales

7. REPERCUSIONES

7.1. REPERCUSIONES AUTOR COLABORADOR 1

7.1.1. Aportaciones de la revisión bibliográfica en tu formación como profesional sanitario.

En el presente trabajo se muestra una revisión bibliográfica de documentos publicados en bases de datos científicas poniendo en conocimiento del lector los cuidados de Enfermería del paciente pediátrico portador de ostomía intestinal de eliminación. El abordaje de los mismos es integral, incluyendo las técnicas quirúrgicas utilizadas, posibles complicaciones, el cuidado diario de una ostomía de estas características así como la Educación para la Salud de los cuidadores principales.

El equipo de Enfermería, tras el estudio y lectura de este trabajo, es capaz de adquirir habilidades teóricas especializadas que le permitan proporcionar una asistencia que cubra las

necesidades específicas del paciente ostomizado, en este caso, pediátrico.

7.1.2. Cómo llevarían a cabo la aplicación práctica en el ámbito laboral de los conocimientos adquiridos en la revisión bibliográfica.

La labor del profesional de Enfermería es fundamental, pues brindan una atención integral al paciente pediátrico y a su familia en las diferentes etapas por las que atraviesan tras el diagnóstico de una enfermedad que requiera ser portador de una ostomía intestinal:

- Ayudar al paciente/familia a entender su diagnóstico y tratamiento.
- Enseñanza de habilidades y cuidado diario de un estoma (higiene, cambio de discos y bolsas, diferentes sistemas de vaciado...)
- Vigilancia de posibles complicaciones para que acudan lo antes posible a un profesional cuando lo detecten.

- Abordaje de cuestiones referidas a la vida cotidiana del paciente y su familia.

En la actualidad, el número de familias que asumen el cuidado de los niños en el domicilio y también escolar, debido al reducido número de profesionales de Enfermería en este ámbito, se ha incrementado notablemente. Por lo tanto, mediante educación y apoyo directo a las familias, se podrían llevar a cabo los cuidados de Enfermería para evitar posibles complicaciones.

En la práctica asistencial es habitual el cuidado del paciente ostomizado, pues considero fundamental la formación que este trabajo aporta sobre el manejo del estoma.

7.2. REPERCUSIONES AUTOR COLABORADOR 2

7.2.1. Aportaciones de la revisión bibliográfica en tu formación como profesional sanitario.

Este trabajo es de utilidad para los profesionales implicados en la atención al paciente pediátrico y neonatal portador de ostomía como herramienta para el cuidado y educación terapéutica de la familia. Se han podido deducir varias aportaciones:

- Conocer los principales tipos de ostomías, así como las técnicas quirúrgicas utilizadas.
- Se debe elegir un dispositivo adecuado teniendo en cuenta el tipo de estoma, características del mismo, contenido que se elimina y la piel peri-lesional. Su colocación y retirada deben ser entrenadas junto con la familia en los primeros días y siempre

que lo necesiten, dando pautas y consejos sobre las técnicas.

- Los cuidados deben ser individualizados, de calidad e integrales con el fin de reducir posibles complicaciones y adaptación del paciente y su familia.
- El paciente portador de ostomía se enfrenta a un gran cambio en su vida diaria, ya sea de forma temporal o definitiva, por lo que una adecuada intervención educativa por parte del personal de Enfermería constituye un factor imprescindible en el proceso de cuidados y afrontamiento del paciente y su familia.
- El apoyo del personal de Enfermería para las familias con un niño ostomizado es fundamental, pues la falta de información y errores en los cuidados en su domicilio puede llevar a baja autoestima y aumento del número de complicaciones e ingresos hospitalarios.

- Las necesidades dietéticas se ven en algunos casos afectadas, por lo que también es necesario conocer qué tipos de alimentos no son recomendados en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.
- Es interesante la lectura y reflexión de algunas citas bibliográficas que aporta el trabajo para ampliar la información que no se ha podido recabar en el mismo trabajo por cuestión de extensión del mismo y selección de la información más relevante.

7.2.2. Cómo llevarían a cabo la aplicación práctica en el ámbito laboral de los conocimientos adquiridos en la revisión bibliográfica.

Tras la lectura del presente trabajo se destaca la importancia del papel de Enfermería como efecto positivo que genera en la familia tener los conocimientos necesarios para abordar

su situación con eficacia y conseguir mayor control de la calidad de vida. Se centra en una visión holística del paciente y no sólo de la enfermedad que lo ha originado, mejorando así tanto los efectos físicos como psicológicos individuales de cada paciente.

Es fundamental la creación de una consulta especializada en estomaterapia, donde el paciente será tratado desde el momento previo a la intervención quirúrgica, estancia hospitalaria y postoperatorio, realizando un plan de cuidados individualizado, integrado y de calidad por personal cualificado y formado en ello.

La formación continuada en este ámbito es muy beneficiosa ya que existe nuevas técnicas, así como avances en los dispositivos de eliminación que el personal debe conocer y así poder ofrecer a los pacientes.