



# I CURSO DE ATRESIA DE ESOFAGO PARA FAMILIARES

## CAPITULO 2 OSTOMÍAS

### Manejo de las Ostomías pediátricas

Parte 2



Licenciada María Romoli  
Enfermera  
Ostomaterapeuta  
Diplomada en heridas

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

## CAPITULO 2

### MANEJO DE LAS OSTOMÍAS PEDIÁTRICAS

#### Parte 2

## Esofagostomías

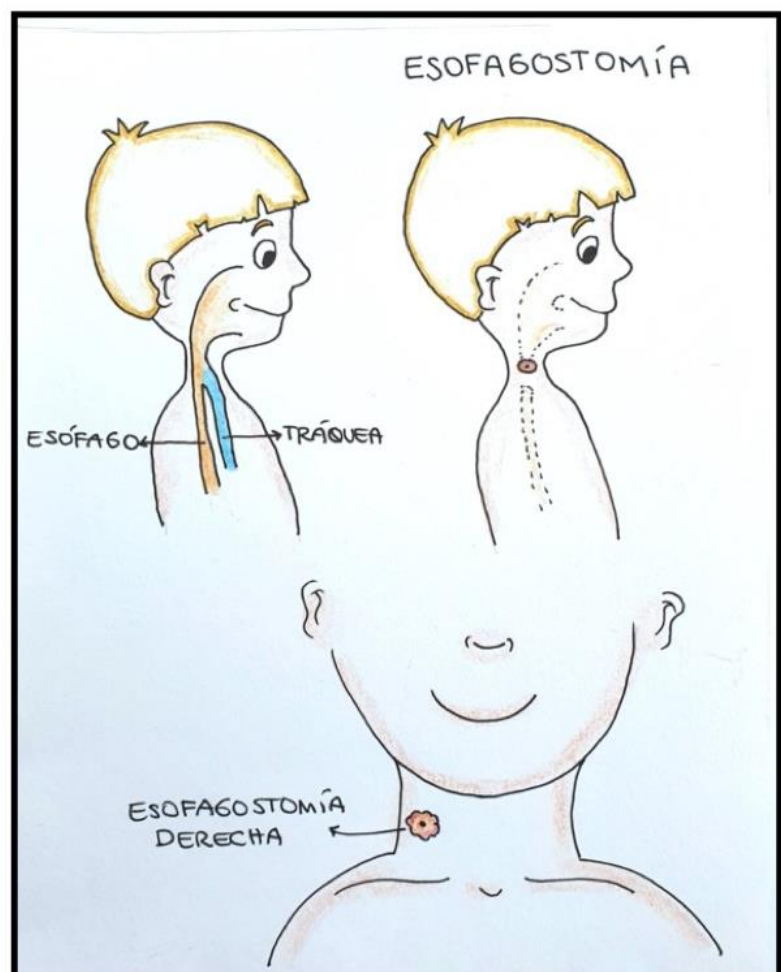
¿Qué es una esofagostomía?

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

¿Para qué se hace una esofagostomía?

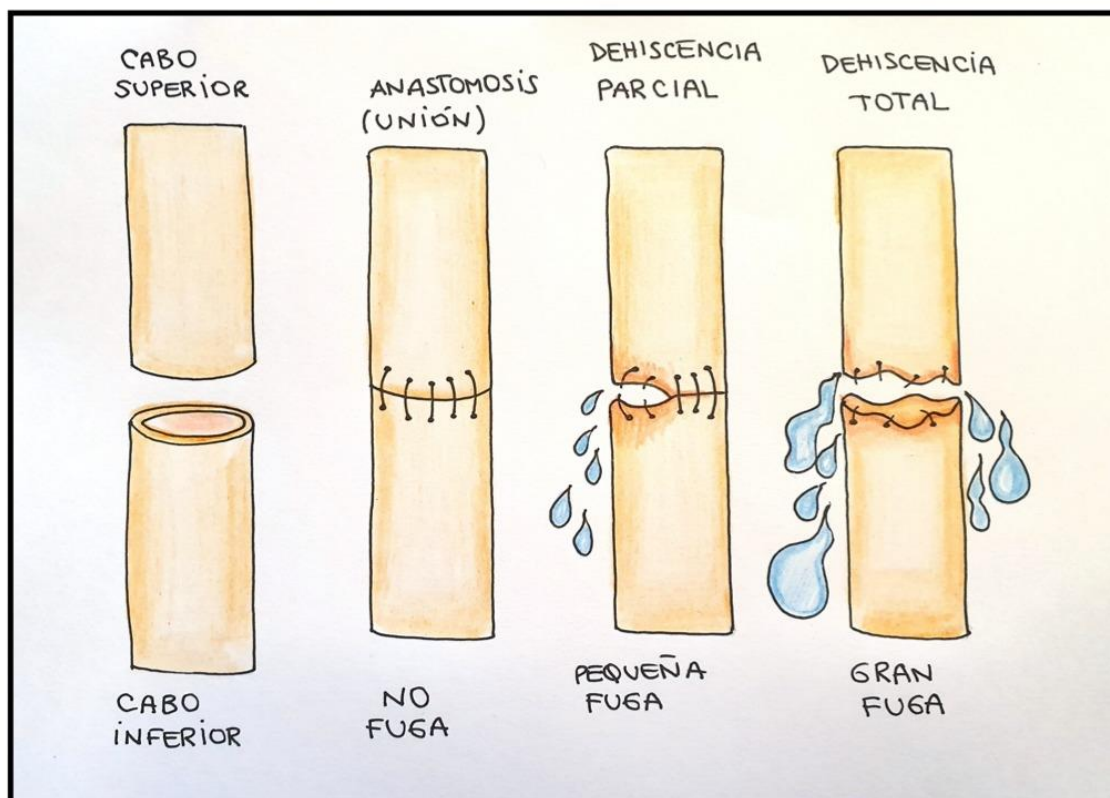
Hay muchos motivos por los que puede ser necesario realizar una esofagostomía. En niños con atresia de esófago, los motivos más frecuentes son estos:

- Para excluir el resto del esófago:
  - En casos de perforación esofágica, por haber ingerido algún cuerpo extraño, posterior a una cirugía o a una dilatación endoscópica, por ejemplo.



- Por *dehiscencia* de una *anastomosis* esofágica (cuando dos cabos o mitades están suturados y esta unión o sutura se suelta parcial o totalmente).
- En casos de *fístula* tráqueo-esofágica o esofago-pleural de difícil manejo.

Lo que se intenta con la esofagostomía es que la saliva del niño no fugue a través de la perforación, la dehiscencia o la fístula, y así evitar la contaminación de *mediastino* y los pulmones.



- Cuando las dos mitades o cabos del esófago están muy lejos entre sí, y es imposible unirlos en una sola cirugía (*atresia de esófago long gap*), se puede hacer una esofagostomía temporal hasta poder realizar la siguiente cirugía.

### Cuidados de la esofagostomía

La esofagostomía en niños con atresia de esófago suele ser temporal (solo por un tiempo) e ir acompañado de una gastrostomía o yeyunostomía de alimentación. El esófago proximal, se sitúa como un

estoma a través del cual sale saliva y alimentos, y aunque su flujo no es corrosivo, es frecuente y sucio.

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

El principal problema al que se enfrenta el estomatoterapeuta es lograr colocar la bolsa colectora en la región del cuello.

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

### ¿Qué debemos saber?

- El esofagostoma se limpia con algodón humedecido en agua potable y estrujado.
- El recorte del dispositivo a usar, debe ser del mismo tamaño que el orificio del ostoma, para evitar fugas y lesión de la piel.
- Puede usarse para sellar el dispositivo pasta específica, en poca cantidad, recordando que no es pegamento; es una pasta que impide que la humedad lesione la piel.
- La bolsa debe vaciarse frecuentemente, para que el peso del contenido no traccione y estire la piel.

Hay accesorios para proteger aún más la piel como las barreras cutáneas en spray o toallas.

- ✓ Barrera cutánea en spray:
- ✓ Barrera cutánea en toallas:



✓ Bolsas colectoras:



## Traqueostomías

### ¿Qué es una traqueostomía?

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

### ¿Para qué se hace una traqueostomía?

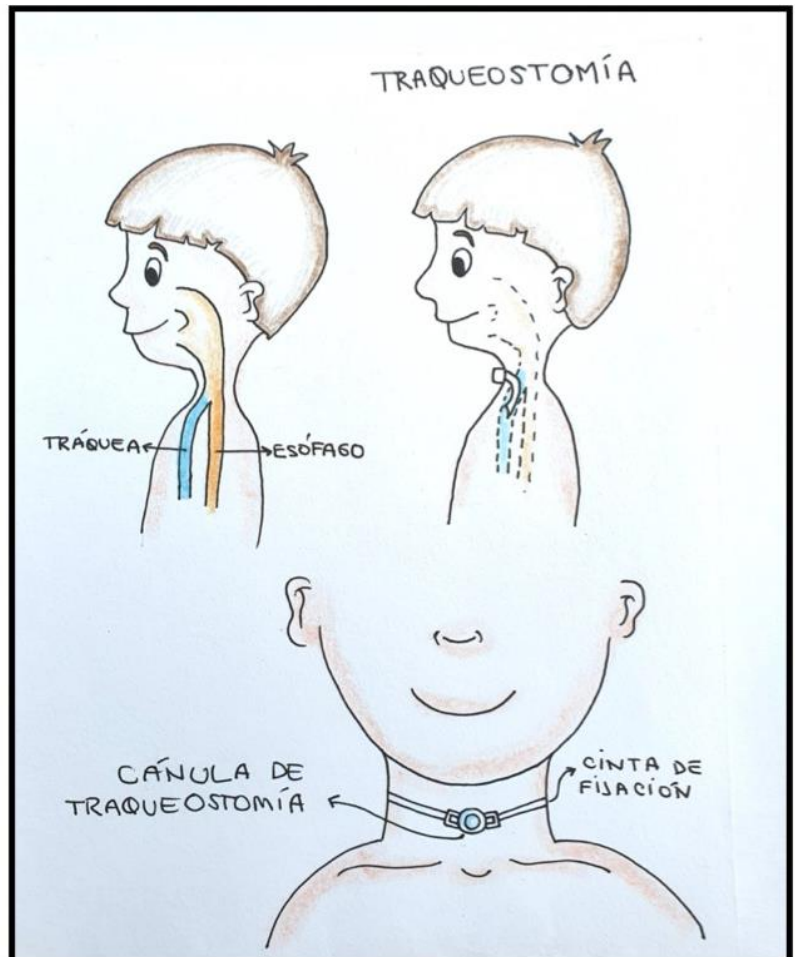
Cuando por algún motivo la tráquea esta obstruida parcial o totalmente, o colapsada (aplastada), el aire no puede pasar de la nariz a los pulmones.

Básicamente se realiza para

asegurar o facilitar el pasaje del aire a los pulmones.

También sirve para aspirar secreciones de la vía respiratoria.

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



### Partes de una cánula

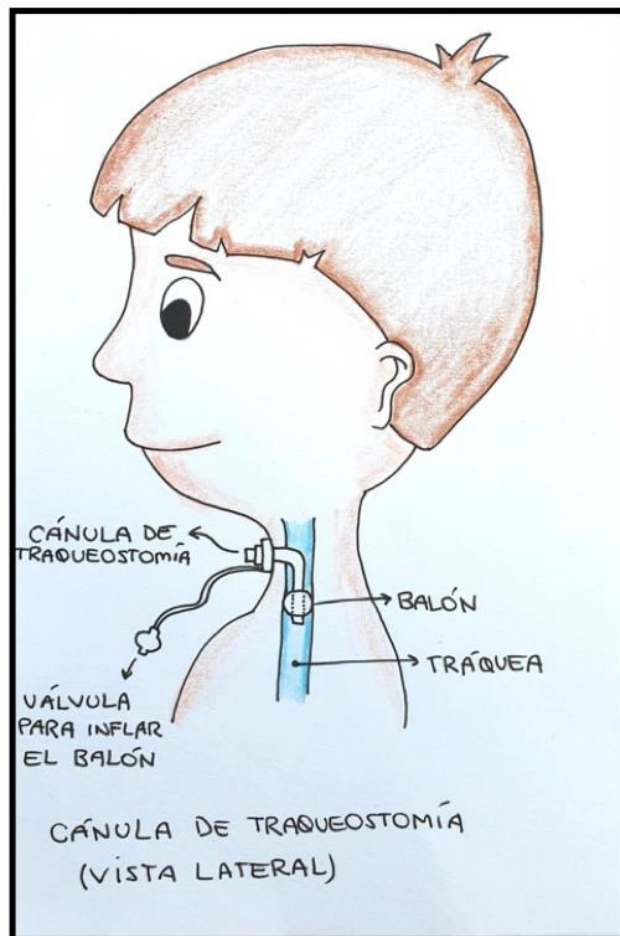
Las partes de una cánula de traqueostomía son:

- Cánula propiamente dicha.

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

¿De qué material puede ser una cánula?

- **Plástico, silicona o PVC:** dependiendo del modelo llevan cánula interna o no, tienen *fenestras* o no y tienen balón o no.



### Clasificación de las cánulas

#### Según el largo:

- Corta
- Larga

#### Según el diámetro:

- Existen cánulas de **todos los números**, siendo las más utilizadas en los niños de 3 a 6.

#### Según perforación:

- Fenestrada: con perforación
- No fenestrada: sin perforación
- Fonatorias: con válvula que permite la fonación (hablar o emitir sonido).

## Cuidados de la traqueostomía

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

- Aporte adecuado de líquidos por vía oral o gastrostomía.
- Uso de humidificadores ambientales.
- Empleo de aerosoles de suero fisiológico y si es preciso con fármacos mucolíticos.
- Instilación en el traqueostoma de pequeñas cantidades de suero fisiológico.
- Aspirar secreciones cuando sea necesario de la forma más aséptica (limpia) posible.
- La cura se hace de forma aséptica, limpiando el estoma con suero fisiológico, retirando las secreciones existentes; después se utiliza clorhexidina y se termina colocando un apósito si existe herida quirúrgica.
- La limpieza de la cánula interna se realizará las veces que sea necesario.

## Recambio de la cánula

Antes del alta hospitalaria, en general se entrena a los padres o cuidadores del niño para que estén preparados a cambiar la cánula de traqueostomía siempre que sea necesario. Ya sea porque está deteriorada, en cuyo caso podríamos cambiarla con tiempo y paciencia, o porque se haya tapado y debemos cambiarla con urgencia. Es por esto que cuanto más entrenaos estemos, más seguridad tendremos al realizar el cambio y menos errores cometeremos.

Al igual que para el recambio de las bolsas de ostomía o los botones o sondas de gastrostomía, los padres o cuidadores del niño son los que al final mejor realizan el mantenimiento y cambios de dispositivos, y con quienes más tranquilo se siente el niño. Soliciten a su médico u ostomaterapeuta el entrenamiento para poder realizar ustedes mismos los recambios.

El recambio debe ser realizado con el niño boca arriba y con un realce (una almohada o una toalla enrollada) por debajo de los hombros



para exponer el cuello y permitir una mejor visualización y cuidado de la traqueostomía.

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

Si existen dificultades para recolocar la cánula, intente con una cánula de número menor, coloque lidocaína y luego reintente con el número habitual.

Si sospechamos una posible obstrucción (el niño no respira, se pone pálido o azul, hace mucho esfuerzo para ingresar el aire a su cuerpo, o empieza a hacer un ruido con la respiración, etc.) debemos actuar de inmediato y cambiar la cánula, mientras activamos el sistema de emergencia. Hablaremos con más detalle de este tema en la charla de RCP. (Reanimación Cardio Pulmonar).

### Complicaciones de la aspiración traqueal

**Alteraciones cardiacas:** en la maniobra de aspiración se produce falta de aire en los pulmones, lo que implica una falta de oxígeno en el corazón y pueden aparecer alteraciones como arritmias, bradicardia o taquicardia, etc.

**Traqueítis:** inflamación de la tráquea. Es conveniente no aspirar al paciente más de lo necesario porque al hacerlo se irrita y daña la mucosa traqueal y se produce una inflamación. En el paciente traqueostomizado con traqueítis es importante humidificar las secreciones y enseñarle a que tosa y las expulse y, si fuera preciso aspirar, hacerlo sin tocar la mucosa endotraqueal, es decir, sólo en el tramo que ocupa la cánula.

**Hipoxia:** falta de oxígeno. Al aspirar se produce una menor entrada de aire a los pulmones, por lo que hay que evitar aspiraciones prolongadas y en ocasiones mantener una toma de oxígeno cerca y administrarlo al paciente antes y después de la aspiración.

**Atelectasias:** colapso de un segmento de pulmón. Para prevenirlas es importante una aspiración corta y con una sonda de diámetro pequeño.

## Formación de granuloma

Como dijimos en la primera parte de este capítulo, los granulomas son una lesión que se produce en respuesta a un cuerpo extraño, que en este caso es la cánula de traqueostomía. Cuando aparece el granuloma, puede dificultar la introducción de la cánula e incluso provocar un leve sangrado, por lo que es a veces necesario quemarlo con barra de nitrato de plata o extraerlo quirúrgicamente.

## Infección del estoma

Se manifiesta por exudado (líquido) maloliente acompañado de dolor local, enrojecimiento de la zona, fiebre, leucocitosis (aumento de los glóbulos blancos en la sangre) y en algunos casos fístula, que es la complicación más grave de la infección.

### Si aparece infección:

- Primero SIEMPRE consultar al médico
- Limpiar la herida de forma frecuente con jabón y clorhexidina.
- Mantener la zona de alrededor seca.
- Realizar el aseo (limpieza) bucal para prevenir la infección, lavado con buches, cepillado de dientes, o limpieza de la boca y lengua con un nuestro dedo envuelto en una gasa húmeda.

## Limpieza de la cánula

- Introducir la cánula en un recipiente con agua caliente y jabón neutro.
- No usar lavandina ni productos corrosivos.
- Pasados unos minutos limpiar con el cepillo por dentro y por fuera. Enjuagar la cánula y secarla.

## Consejos

- Toser por el estoma poniéndose un pañuelo delante.

- Utilizar un pañuelo protector del estoma para que actúe como filtro e impida respirar aire frío. En ambientes secos humidificarlo para evitar que se resequen las secreciones.
- Emplear humidificadores en casa.
- Si las secreciones son densas y secas instilar unas gotas de suero fisiológico o agua hervida fría las veces que sea necesario.
- Realizar la higiene bucal habitual.
- Se aconseja la ducha, no el baño, para evitar que entre agua en la cánula. Proteger el estoma, aunque si entran solo unas gotas no pasa nada.
- No usar colonia, ni jabones, para evitar irritaciones del estoma y ataques de tos.
- No emplear pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse e introducirse en el estoma.
- Ante un repentino ataque de tos, hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves.

## Glosario:

**Anastomosis:** unión de dos segmentos de un órgano, o de dos órganos. Por ejemplo, unión de los dos cabos del esófago, por medio de puntos de sutura.

**Atresia de esófago long gap:** atresia de esófago en la que los dos cabos o mitades esofágicas están demasiado separadas entre sí como para poder unirlos en una sola cirugía.

**Cánula:** tubo de plástico, levemente curvo, que se coloca a través del orificio generado en la tráquea de manera quirúrgica.

**Dehiscencia:** ruptura de una sutura por lo que los dos segmentos que estaban unidos, se separan parcial o totalmente.

Por ejemplo, si en una cirugía se logran unir los dos cabos esofágicos (como si fueran dos mitades de una manguera) con puntos de sutura, y luego de determinado tiempo algunos o todos esos puntos se cortan o rompen y empieza a salir saliva o alimentos por esa unión, o se desconectan totalmente los dos extremos.

**Fenestras:** orificios.

**Fistula:** comunicación anormal entre dos órganos, o entre un órgano y el exterior del cuerpo.

## Bibliografía:

Aloisi A. S., De Freitas S. jr, Colombo A.C. , Amalfi R., Sbragia-neto L., Bustorff-silva J. M. **Lateral esophagostomy: An alternative in the initial management of long gap esophageal atresia without fistula.** J Pediatr Surg. 2000; 35: 1827-1829.

Campos A. C., Loureiro M. P., Gomes A., Coelho J. C. **Nutritional and surgical management of perforation of the esophagogastric junction.** Nutrition. 1996; 12: 107-111.

Crowe D. T. jr, Devey J. J. **Esophagostomy tubes for feeding and decompression: clinical experience in 29 small animal patients.** J Am Anim Hosp Assoc. 1997; 33: Surgical treatment of carcinoma of the oesophagus. Thorax. 1991; 46: 528-535.

Monturo C. A. **Enteral access device selection.** Nutr Clin Pract. 1990; 5: 207-213.

Ozcelik C., Inci I., Ozgen G., Eren N. **Near-total esophageal exclusion in the treatment of late-diagnosed esophageal perforation.** Scand J Thorac Cardiovasc Surg. 1994; 28: 91-93.

Smeal D. M., Campbell D., Manders E. K. **Repositioning the stoma of the cervical esophagostomy.** Ann Plast Surg. 1996; 37: 556-560.