



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE
PEDIÁTRICO OSTOMIZADO

Paula Horna Martínez

Tutora: María Simarro Grande

Cotutora: Alicia Pérez Salvador

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por su paciencia y apoyo incondicional.

A David, por sus consejos y su crítica constructiva.

A mi tutora y cotutora, por su disponibilidad, su ayuda y su dedicación.

A todos los profesores y profesionales de la salud, por todo lo que me han aportado durante la formación teórica y práctica.

RESUMEN

Un estoma es una abertura que une parte de un órgano hueco con el exterior. Las ostomías pueden clasificarse según diferentes criterios, entre los que se encuentran la localización anatómica y órgano implicado, la función, el tiempo de permanencia y el tipo de construcción.

La realización de una ostomía en un paciente pediátrico supone una intervención quirúrgica notable que repercute en aspectos biológicos, sociales y psicológicos del individuo y que compromete la dinámica familiar.

El objetivo de este trabajo es identificar las necesidades alteradas del paciente pediátrico ostomizado, describir las actuaciones de enfermería encaminadas a su atención y desarrollar un plan de cuidados integral, adaptado y de calidad para cubrir dichas necesidades.

Para ello, se ha desarrollado una fundamentación teórica basada en una búsqueda bibliográfica y posteriormente se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado empleando la nomenclatura NANDA, NOC y NIC.

Aunque la realización de una ostomía en los pacientes pediátricos es un proceso reversible en la mayoría de los casos, ésta supone un fuerte impacto en el niño y su entorno. Es por ello que enfermería juega un papel fundamental tanto en los cuidados al paciente como en la educación y el apoyo emocional a la familia. Para llevar a cabo unos cuidados de calidad es imprescindible contar con un plan de cuidados de enfermería que oriente la actuación profesional.

Palabras clave: paciente pediátrico, ostomía, cuidados enfermeros.

ABSTRACT

A stoma is an opening that connects a part of a hollow organ to the outside. Ostomies can be classified according to different criteria, including anatomical location and organs involved, function, duration and type of construction.

Performing an ostomy in a pediatric patient involves an important surgical intervention that interferes with biological, social and psychological aspects of the individual and that compromises family dynamics.

The goal of this work is to identify the needs of the ostomized pediatric patient, to describe the nursing actions aimed at their care and develop an adapted and quality care plan to meet those needs.

To this aim, theoretical bases have been established through an extensive literature search and a standardized care plan has been developed using the NANDA, NOC and NIC nomenclature.

Although the performance of an ostomy in pediatric patients is a reversible process in most cases, it has a strong impact on the child and his environment. That is why nursing plays a fundamental role in care, education and emotional support for the family. In order to carry out an appropriate nursing care, it is essential to use a standardized care plan.

Key words: pediatric patient, ostomy, nursing cares.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA	4
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS	6
4.2. PERFIL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO OSTOMIZADO	8
4.2.1. Indicaciones.....	9
4.2.2. Prevalencia	11
4.2.3. Impacto psicológico.....	12
4.2.4. Complicaciones	13
4.3. MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO OSTOMIZADO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA .	13
5. PLAN DE CUIDADOS	18
5.1. VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON.....	18
5.2. PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE PEDIÁTRICO OSTOMIZADO	19
6. DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES.....	28
8. BIBLIOGRAFÍA.....	29
9. ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I. Palabras clave en la terminología DeCS y MeSH.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I. Estoma en asa.

Figura II. Estoma doble en cañón de escopeta.

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I. Complicaciones del estoma y de la piel periestomal.

Anexo II. Escalas de dolor pediátricas.

Anexo III. Valoración y registro del estado de la ostomía y piel periestomal.

Anexo IV. Tipos de dispositivos y accesorios de las ostomías.

Anexo V. Escala DET para la valoración de la piel periestomal.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

WCET: World Council of Enterostomal Therapists.

AEP: Asociación Española de Pediatría.

ASOE: Asociación de personas con Ostomía de España.

SEDE: Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia.

EH: Enfermedad de Hirschsprung.

CVC: Catéter venoso central.

AOMA: Asociación de Ostomizados de Madrid.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

I.V: Intravenoso.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El término estoma tiene su origen en el vocablo griego “*stoma*” que quiere decir boca o apertura¹. Esto hace referencia al orificio practicado a un órgano interno para comunicarlo con el exterior. Por lo tanto, una ostomía es la derivación quirúrgica de una víscera, generalmente el intestino o las vías urinarias, para su aparición en la piel en un punto diferente al orificio natural de excreción².

Existen una serie de patologías en las que es necesaria la realización de diferentes tipos de ostomías. Las indicaciones en pacientes pediátricos abarcan un amplio espectro de enfermedades congénitas y adquiridas. Además, un estoma pediátrico difiere mucho de un estoma en un adulto por las diferencias de criterios para la elección del tipo de ostomía apropiado, la importancia de la precisión técnica en la colocación, la consideración de las necesidades psicológicas del niño y la temporalidad.

Las ostomías constituyen una de las intervenciones más antiguas, ya que se han realizado desde la Edad Antigua, en la Edad Media, la Edad Moderna y hasta la Edad Contemporánea. En este último período se comienza a investigar más al respecto, y en el siglo XVIII aparecen por primera vez los dispositivos y accesorios para las ostomías. Cabe destacar que la primera ostomía pediátrica documentada data del año 1783 por causa de ano imperforado en un niño de 3 años³⁻⁶.

Sin embargo, los cuidados del estoma son un avance relativamente reciente. No es hasta 1958 cuando Norma Gill (enfermera ostomizada y primera estomaterapeuta) y el doctor Rupert Turnbull crean por primera vez el término de estomaterapia y desarrollan el primer Programa de formación en Estomaterapia en EEUU en 1961. Poco después, reconocida ya la Estomaterapia como un nuevo campo de la enfermería, un grupo de enfermeras crean en 1978 el WCET (Consejo Mundial de Estomaterapeutas). A España llega en 1985, teniendo lugar el primer Curso de Formación de Enfermería en Estomaterapia ese año^{7,8}.

En la actualidad se continúa investigando y se destaca la relevancia del trabajo en equipo para poder ofrecer la mayor calidad de vida posible a los pacientes ostomizados. La estomaterapeuta desarrolla sus funciones en colaboración con un médico, un nutricionista, un psicólogo y otros profesionales del equipo multidisciplinar. Enfermería ejerce un papel clave para el paciente y su familia durante todo el proceso. Su participación es importante en tres momentos: en primer lugar, la preparación

preoperatoria, que consiste en la preparación psicológica del paciente y la familia, la determinación de la correcta ubicación del estoma y el acondicionamiento de la zona quirúrgica; posteriormente el control postoperatorio inmediato y tardío; y por último, los cuidados al alta⁸.

Aunque la realización de una ostomía en niños es un proceso reversible en una gran mayoría de los casos⁹, esto va a generar problemas biológicos, psíquicos y sociales a los pacientes pediátricos, así como complicaciones en la dinámica familiar. El papel de Enfermería va a resultar crucial, tanto como referente de cuidados como por el apoyo emocional al paciente y su familia.

El presente Trabajo de Fin de Grado surge a partir de mis inquietudes hacia la enfermería especializada en Estomaterapia y hacia los cuidados pediátricos intensivos. En concreto, este documento habla sobre la realidad del paciente pediátrico ostomizado y la importancia de un plan de cuidados de enfermería adecuado a sus necesidades.

La finalidad de este trabajo es revisar las guías de actuación al paciente pediátrico ostomizado y facilitar la intervención enfermera a través del diseño de un plan de cuidados estandarizado. Éste puede resultar muy útil, ya que favorece la administración de unos cuidados integrales, y considera la importancia de la familia durante el proceso, que, en este caso, también va a ser objeto de nuestros cuidados.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un plan de cuidados integral, adaptado y de calidad para cubrir las necesidades básicas del paciente pediátrico ostomizado.

Objetivos específicos

- Desarrollar un marco teórico a partir de la literatura científica existente respecto a la ostomía pediátrica.
- Definir los aspectos clave sobre los cuidados en la ostomía pediátrica que sirvan como guía en la práctica enfermera.
- Formular los diagnósticos enfermeros a partir de las necesidades alteradas en el paciente pediátrico ostomizado.
- Identificar los objetivos y las intervenciones de enfermería para cada diagnóstico.

3. METODOLOGÍA

El marco teórico del presente Trabajo de Fin de Grado sobre la actuación enfermera en el cuidado de los pacientes pediátricos ostomizados se fundamenta en una revisión bibliográfica, que ha consistido en el análisis de diferentes artículos, trabajos de investigación y publicaciones científicas, compilando los datos necesarios sobre las ostomías pediátricas.

Para la búsqueda de artículos se han utilizado las bases de datos PubMed, Cochrane Plus, Medline y Google académico. Las fuentes utilizadas se conforman de libros especializados en la materia, artículos científicos, trabajos de investigación y páginas web de organizaciones y entidades como la Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación de personas con Ostomía de España (ASOE) y Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE).

Para la búsqueda de información en PubMed se han utilizado los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), MeSH (Medical Subject Headings) en inglés, que han ayudado a encontrar las palabras adecuadas para buscar la información requerida (Tabla 1). Los operadores booleanos utilizados en PubMed han sido “AND” y “OR”.

Tabla I. Palabras clave en la terminología DeCS y MeSH.

DeCS	MeSH
Ostomía	Ostomy
Enfermería Pediátrica	Pediatric Nursing
Atención de Enfermería	Nursing Care
Evaluación en Enfermería	Nursing Assessment

Fuente: Elaboración propia a través de la referencia bibliográfica 10.

Tras realizar una lectura comprensiva de los artículos encontrados, se escogieron aquellos que proporcionaron información de interés para el tema de estudio, aquellos que estaban redactados en lengua castellana, inglesa o portuguesa y aquellos a los que se pudo acceder a la totalidad del texto. Por otro lado, se descartaron aquellos sin interés para el objeto de estudio. A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos redactados por entidades con rigor científico.
- Documentos publicados entre 2010 y 2020. El intervalo se amplió hasta el 2006 al no disponer de suficientes referencias.
- Documentos que tratan sobre las ostomías pediátricas y el rol de la enfermería en el proceso de cuidados.
- Artículos en idioma castellano, portugués o inglés.

Criterios de exclusión:

- Artículos sin evidencia científica.
- Documentos publicados previamente al 2010 o que necesiten ser actualizados.
- Artículos carentes de información relevante para el desarrollo del trabajo.
- Artículos no adecuados al tema de estudio.
- Artículos redactados en idiomas diferentes al castellano, portugués o inglés.
- Documentos sin acceso disponible al texto completo.

En la segunda parte del trabajo se propone un plan de cuidados. Para esta sección se ha utilizado la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la North American Diagnosis Association (NANDA) 2018-2020, la clasificación de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification). Su elaboración ha sido posible gracias a la herramienta informática NNNConsult, proporcionada de manera online y gratuita por la Universidad de Valladolid.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Definición y clasificación de las ostomías

La abertura que une parte de un órgano hueco con el exterior se conoce como estoma^{2, 11}.

Las estomas se clasifican según diversos criterios:

- Según su función¹¹⁻¹⁴:
 - Alimentación: aquellos que se utilizan para administrar nutrientes, ya sean en forma de alimentos sólidos o líquidos, mediante una sonda desde el exterior, ubicada a lo largo del aparato digestivo.
 - Eliminación o drenaje: aquellos que se utilizan para la excreción de productos de desecho, bien sea material fecal, urinario u otros, mediante la exteriorización del órgano implicado al exterior.
 - Ventilación: aquellos que se utilizan para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Generalmente, se suelen ubicar a nivel de la tráquea.
- Según su duración¹¹⁻¹⁴:
 - Temporal: aquellos que se utilizan durante un tiempo hasta que se soluciona la causa que los originó. Una vez solucionada, el estoma se cierra y la función del aparato afectado se restablece.
 - Definitivo: aquellos que se realizan para paliar la ausencia o la disfuncionalidad irreversible de algún órgano.
- Según su construcción^{11, 15, 16}:
 - Terminal: aquel cuyo contenido total es derivado al exterior. Se efectúa cuando no se quiere practicar una anastomosis pero es necesaria una resección de la parte del órgano afectado. Sólo se percibe un orificio. El cabo distal está cerrado y abandonado en el abdomen o bien se deja en forma de muñón rectal.
 - En asa o lateral: aquel en el que se aboca una porción del intestino a la piel y se asegura con sutura sobre una vara de plástico. La integridad del borde mesentérico se mantiene. Se realiza una abertura en la que se aprecian dos orificios funcionantes. La bolsa es común para ambos orificios.

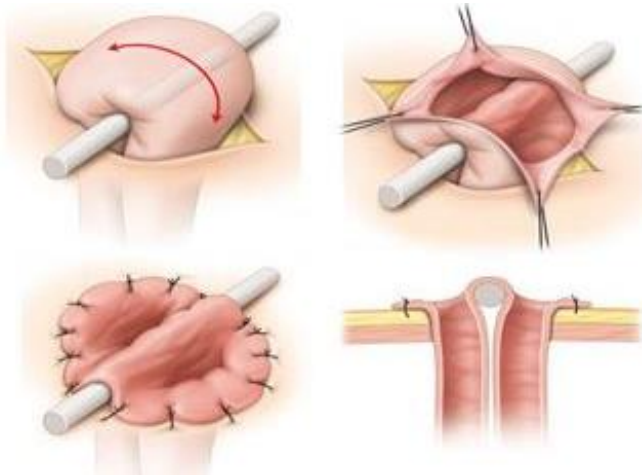


Figura I: Estoma en asa. Fuente: Enterostomías quirúrgicas (2011)¹⁶.

- Doble: aquel en que los dos cabos del intestino están exteriorizados en forma de dos estomas independientes, uno es funcional y el otro es la fístula mucosa. Si tras la resección de intestino, los dos cabos permanecen divididos e independientes, se denomina estoma de cabos separados. En este caso, en ocasiones se clausura uno de los orificios. Por otro lado, si tras la resección de intestino los dos cabos se unen a nivel de su pared posterior, se denomina estoma en cañón de escopeta. La bolsa es común para ambos orificios.

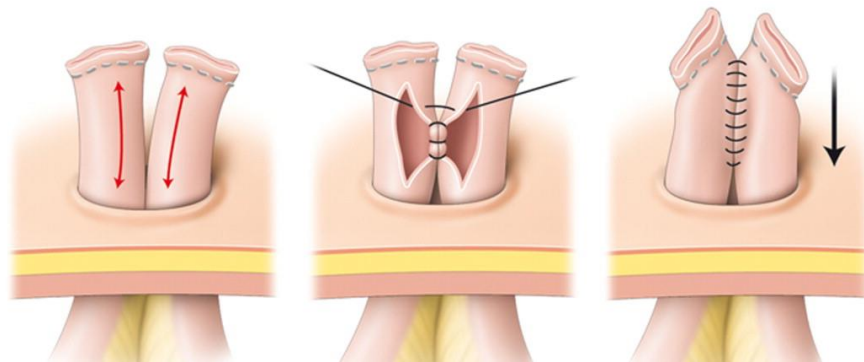


Figura II: Estoma doble en cañón de escopeta. Fuente: Enterostomías quirúrgicas (2011)¹⁶.

- Según la técnica quirúrgica¹¹:
 - Percutánea: aquella que se realiza mediante una punción sin exposición directa de los planos quirúrgicos.
 - Laparoscópica: aquella en la que se realiza una intervención mínimamente invasiva utilizando puertas de entrada de pequeño diámetro por donde introducir el instrumental y visualizando el campo gracias a un

laparoscopia, un tubo flexible y delgado que tiene en su extremo una luz y una pequeña cámara de vídeo.

- Abierta: aquella en la que se realiza la intervención mediante la apertura y exposición directa de los planos quirúrgicos.
- Según la localización anatómica existen numerosos tipos de ostomías, las más frecuentes en el paciente pediátrico son¹¹:
 - En el aparato digestivo o enterostomías
 - Yeyunostomía: abocamiento del intestino delgado proximal.
 - Ileostomía: abocamiento del intestino delgado distal.
 - Colostomía y sigmoidostomía: abocamiento del colon, en cualquiera de sus partes.
 - En el aparato urinario o urostomías
 - Nefrostomía: drenaje del contenido del riñón mediante una sonda colocada quirúrgicamente o percutánea sobre un catéter.
 - Ureterostomía: abocamiento de los uréteres.
 - Vesicostomía: abocamiento de la vejiga o colocación de una sonda hasta ella (talla vesical).
 - Vaginostomía: abocamiento de la vagina en casos de malformaciones anorrectales complejas en niñas. Se trata de un procedimiento bastante extraordinario.
 - Procedimiento de Mitrafanoff: drenaje del contenido vesical utilizando el apéndice y creando un conducto hasta el ombligo.

4.2. Perfil del paciente pediátrico ostomizado

El presente trabajo se centra en la ostomía pediátrica, en concreto la ostomía de eliminación. A continuación, se recogen las características comunes más importantes de este grupo de pacientes. Se incluyen las principales indicaciones de la ostomía pediátrica, sus complicaciones, su prevalencia en España y el impacto psicológico que generan.

4.2.1. Indicaciones

Las causas más frecuentes en la realización de una ostomía pediátrica son las malformaciones congénitas digestivas y urológicas, y determinadas patologías adquiridas.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Digestivas

- Atresias: son malformaciones congénitas que consisten en el estrechamiento o falta de un tramo del tubo digestivo. En función del tramo, existen diferentes tipos de atresias: esofágica, duodenal, yeyunal, colónica o anal^{11, 12, 15, 17}.
- Defectos en la configuración de la pared abdominal:
 - o Gastrosquisis: es un defecto congénito en el cual los intestinos del individuo están exteriorizados a través de un orificio al lado del ombligo¹¹.
 - o Onfalocele: es una malformación causada por la privación de retorno de las asas intestinales a la cavidad corporal durante la décima semana de gestación. Los órganos herniados están revestidos por el epitelio umbilical¹¹.
 - o Divertículos de Meckel: es un defecto congénito que consiste en la persistencia del conducto onfalomesentérico. Embriológicamente el intestino y el cordón umbilical están comunicados y a medida que la pared abdominal se va cerrando, el intestino se reintroduce en la cavidad y dicho conducto regresa a su origen, desapareciendo en la mayoría de las personas¹¹.
- Trastornos en la motilidad:
 - o Enfermedad de Hirschsprung (EH): también conocida como megacolon congénito. Consiste en una enfermedad multigénica hereditaria dominante que se caracteriza por la falta de células ganglionares autónomas del plexo mientérico. Los principales síntomas son el abdomen distendido, la presencia de gases y el estreñimiento^{11, 12, 17}.
 - o Pseudoobstrucción Intestinal Idiopática Crónica: es un trastorno poco frecuente en el que un defecto de la motilidad intestinal causa episodios recurrentes de obstrucción intestinal en ausencia de una causa mecánica¹¹.

- Síndrome de Berdon: es una enfermedad genética autosómica recesiva muy infrecuente, de causa desconocida y con mal pronóstico. Los principales síntomas son ausencia de peristaltismo intestinal, distensión abdominal masiva y microcolon¹¹.
- Desmosis de colon: es una enfermedad en la que existe una alteración en la propulsión intestinal causada por un defecto en el tejido conjuntivo de la pared muscular del intestino¹¹.

Urológicas

- Defectos de la línea media:
 - Extrofia vesical: es un defecto congénito en el que la vejiga, el cuello vesical y la uretra no se han cerrado y los pubis no se han unido. El individuo muestra una vejiga abierta¹¹.
 - Válvulas de uretra posterior: se trata de una malformación en la que la uretra muestra unas válvulas obstructivas que afectan a todo el sistema urinario^{11, 17}.
 - Estenosis pieloureteral: es una malformación en la unión de la pelvis renal con el uréter. Ésta es muy estrecha y, en ocasiones, se genera una gran dilatación del riñón homolateral, que puede resultar dañado al no realizarse apropiadamente el vaciado¹¹.
 - Nefropatía por reflujo: los reflujos vesicoureterales se producen por una insuficiencia del esfínter. La orina se vierte en la vejiga mediante los uréteres, pero refluye. Si esto ocurre reiteradamente, el riñón se va dañando de forma progresiva y puede producirse una pielonefritis importante¹¹.
 - Trastornos de motilidad: son diversos trastornos motores que influyen en el sistema genitourinario, como el Síndrome de PruneBelly o el Síndrome de Berdon¹¹.

PATOLOGÍA ADQUIRIDA

- Enterocolitis necrotizante: es una enfermedad considerada como la urgencia gastrointestinal más frecuente en recién nacidos y en concreto, en prematuros de bajo peso. Es una de las indicaciones más comunes de ostomía pediátrica⁹. Se caracteriza por una afectación de la mucosa y submucosa del intestino delgado y del colon que

puede ser reversible o evolucionar hasta la muerte. Puede presentarse de manera insidiosa o fulminante^{11, 15, 17}.

- Enfermedad inflamatoria intestinal:
 - o Enfermedad de Crohn: es un trastorno crónico del intestino que afecta a cualquier parte del tubo digestivo. En niños, afecta con más frecuencia al íleon y al colon, pero puede hacerlo sólo al intestino delgado o sólo al colon. Los síntomas generales suelen ser más frecuentes en esta enfermedad que en la Colitis Ulcerosa^{11, 17}.
 - o Colitis Ulcerosa: es una patología localizada en el colon sin afectación en la porción superior del tubo digestivo. La enfermedad suele comenzar en el recto y se extiende en sentido proximal hasta una distancia variable. La forma de presentación más común es en forma de síntomas leves de diarrea sanguinolenta con moco. El tenesmo, las deposiciones nocturnas y los retortijones abdominales son síntomas de una colitis más grave. El comienzo puede ser insidioso o fulminante^{11, 17}.
- Complicaciones oncológicas: con relativa frecuencia se presentan masas abdominales en la infancia. Los tumores malignos más comunes en neonatos son: teratomas sacrococcígeos, tumor de Wilms, hepatoblastoma y neuroblastomas¹¹.
- Perforaciones intestinales secundarias: traumatismos severos o apendicitis perforadas que requieren una ostomía¹¹.

4.2.2. Prevalencia

No hay cifras oficiales, pero la Asociación de Ostomizados de Madrid (AOMA) considera que, en España, alrededor de 100.000 personas son portadoras de una ostomía¹⁸. De éstas, por lo menos 1000 son menores¹⁹.

La mayoría de las ostomías pediátricas se realizan a menores de un año, especialmente a neonatos; esto se debe a que una de las principales afecciones en las que están indicadas son malformaciones congénitas que se diagnostican durante los primeros días de vida⁹. Además, algunas de las patologías adquiridas en las que están indicadas las ostomías pediátricas han incrementado en los últimos años, como la enterocolitis necrotizante¹¹. Se considera que su incidencia oscila del 1 al 3 por 1000 recién nacidos vivos y del 1 al 7,7%

de los recién nacidos ingresados en unidades neonatales^{11, 20}. Este aumento en la realización de ostomías neonatales se debe a que, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se registran cada año entre 26.000 y 27.000 partos prematuros, lo que supone más del 6,4% del total de alumbramientos en nuestro país²¹.

En niños en edad escolar y adolescente la causa más frecuente para la realización de una ostomía son los traumatismos directos o punzantes en el abdomen¹². Aun así, es importante destacar que un gran porcentaje de los casos de las ostomías pediátricas son temporales y reversibles⁹.

4.2.3. Impacto psicológico

Las ostomías afectan a aspectos básicos del desarrollo psíquico como son la autoestima, las habilidades sociales y la autonomía²². Además, ser portador de una ostomía involucra cambios personales que afectan a nivel biológico y social. En los pacientes pediátricos puede producir sentimientos de angustia, miedo, frustración y agresividad, dificultades en el colegio, aislamiento e inseguridad en edades escolares y problemas de imagen, identificación sexual e interacción social en adolescentes. La aceptación del estoma por parte del niño está directamente relacionado con la actitud y respuesta de los padres ante él. Esto conlleva un gran esfuerzo y adaptación a la nueva circunstancia, y en el caso de un paciente pediátrico, obliga a rehacer el estilo de vida y la dinámica familiar¹². Además del impacto en el niño, la presencia de una nueva ostomía va a producir interferencias en múltiples ámbitos dentro de la familia: interacción en la relación de los padres con el hijo ostomizado, interacción en la relación de los hermanos, interacción en la relación de pareja de los padres e interacción en la unidad familiar^{12, 23}.

El profesional de enfermería desempeña un papel muy importante en todo este proceso, y de él depende mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado y su familia. Además, desde Enfermería hay que promover el empoderamiento de los padres, ya que son los máximos agentes de cuidados²⁴. Es fundamental facilitar toda la información posible en un primer momento, y posteriormente proporcionar la enseñanza del manejo de la ostomía para que puedan ir incorporando prácticas y cuidados. De esta manera, progresivamente, los padres se verán capaces de manejar la nueva circunstancia^{24, 25}. Por todos estos motivos, los cuidados de enfermería también deben estar dirigidos a la familia.

4.2.4. Complicaciones

Entre las principales complicaciones del estoma se encuentran la necrosis, la estenosis, el prolapso, el sangrado, la hiperplasia del estoma, la laceración, la retracción y la obstrucción parcial o completa^{11, 13, 15, 26} (Anexo I).

Respecto a las complicaciones periestomales, principalmente se encuentran la dermatitis alérgica, la dermatitis por maceración, la dermatitis de contacto irritativa, la infección fúngica, la foliculitis, la aparición de una hernia, la hiperplasia de la piel, la dehiscencia y el muñón umbilical adyacente o la herida quirúrgica adyacente^{11, 13, 15, 26} (Anexo I).

Por último, otras complicaciones asociadas a la ostomía son la imposibilidad del uso de la bolsa, la contaminación del catéter venoso central (CVC), la aparición de alto débito o la aparición fugas¹¹.

4.3. Manejo del paciente pediátrico ostomizado y cuidados de Enfermería

Según dicta el cuarto principio de la Declaración de los Derechos del Niño, *“éste debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a sus padres, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”*²⁷.

Gracias a este Derecho a la Salud, el paciente pediátrico va a contar con unos cuidados especializados y de calidad ante la presencia de cualquier enfermedad. Un estoma pediátrico conlleva un seguimiento y cura diarios, así como un amplia formación y educación a los padres¹³. El papel de Enfermería resulta imprescindible, tanto como referente de cuidados como por la educación y apoyo emocional al paciente y su familia. Es por ello que los cuidados se clasifican según la etapa del proceso en: cuidados prequirúrgicos, cuidados postquirúrgicos y cuidados al alta.

Cuidados prequirúrgicos

Los días previos a la cirugía, la estomaterapeuta se dirigirá a los progenitores para proporcionarles información general sobre el manejo del estoma y enseñarles los dispositivos que va a necesitar su hijo. Se ha demostrado que la educación sanitaria preoperatoria a los padres promueve la adquisición de las habilidades necesarias para manejar el estoma y minimiza la ansiedad¹¹. En esta primera fase primará la información.

Se escogerá un lugar adecuado para hablar con ellos y se les facilitarán instrucciones comprensibles para la ejecución de los cuidados. Además, se entregarán refuerzos por escrito y de manera audiovisual. Es importante tranquilizar a los padres ya que de su actitud depende la aceptación posterior del niño. Ante sus dudas y preocupación por la intervención, se les comentará que el niño conservará su desarrollo como cualquier otro de su edad^{12, 13, 15, 28}.

En esta fase también es fundamental elegir una correcta ubicación del estoma, para evitar complicaciones y asegurar una mejora calidad de vida al paciente^{1, 12}. Existe una ubicación adecuada para cada tipo de estoma. También se realizará la preparación de la zona quirúrgica para la intervención.

Cuidados postquirúrgicos

En el postoperatorio inmediato se realizará la toma de constantes, valoración del dolor (Anexo II), valoración de ruidos abdominales y distensión abdominal, valoración y cura de la herida quirúrgica, administración del tratamiento prescrito, valoración de la necesidad de respiración y administración de oxigenoterapia si precisa, valoración del riesgo de deshidratación, valoración del estado de piel y mucosas, evaluación y registro del estado del estoma y piel periestomal, y valoración del estado de estrés y ansiedad del niño y su familia^{11, 28}.

En el postoperatorio tardío, la enfermera realizará un seguimiento diario del estado del niño y la evolución del estoma y piel periestomal (Anexo III). Ya que la presencia de una ostomía significa una pérdida de solución de continuidad de la piel¹³, una de las principales tareas de enfermería será evitar lesiones cutáneas periestomales seleccionando los dispositivos más idóneos y proporcionando los cuidados más adecuados a cada paciente. Es muy importante la elección del instrumento de recogida adecuado al tipo de estoma¹². Existen diversos tipos de dispositivos (Anexo IV).

Cuidados al alta

El paciente deberá acudir a la consulta de la estomaterapeuta transcurrida una semana desde el alta hospitalaria. Se valorará el estoma, la piel periestomal, el dispositivo y si las hubiese, las complicaciones. También se aclararán posibles dudas que sobre los cuidados o utilización de material^{11, 13}.

Cuidados generales de la ostomía

Cuidados de la piel periestomal^{11, 16, 29}:

- La limpieza se realiza con movimientos circulares desde dentro hacia fuera. La primera semana se debe usar suero salino fisiológico 0,9%, las semanas posteriores se puede utilizar agua. La piel se debe secar bien mediante toques suaves.
- Se recomienda la aplicación de gasas con vaselina sobre el estoma hasta que éste sea funcional. En dicho momento, se debe colocar el dispositivo colector.
- Se aconseja la utilización de gasas absorbentes para la recogida de las heces durante el cambio de dispositivo.
- Es recomendable utilizar pasta o resina moldeable para nivelar la piel periestomal.
- Es fundamental observar posibles alteraciones en la piel. Para ello, se puede utilizar una herramienta validada para la valoración de la piel periestomal, la Escala DET (Anexo V).

Cuidados del estoma^{11, 17, 30}:

- La limpieza se realiza con gasas húmedas y mediante toques suaves.
- Se deben observar las características como el color, permeabilidad o estructura y posibles complicaciones como úlceras, sangrado o edema.
- En caso de un estoma no funcional se debe aplicar una gasa con vaselina o un apósito de espuma con base de silicona o sustancias lipocoloides para que mantengan la humedad del estoma.

Consideraciones por edades

Recién nacidos y lactantes^{11, 15, 17}

Respecto a la higiene y aseo, se debe hacer coincidir el cambio de dispositivo con el baño. Cabe destacar que un baño corto de inmersión no afecta a la adherencia del dispositivo. No se deben utilizar sustancias oleosas en el agua, ya que esto sí dificultaría la adherencia. No se aconseja el uso de toallitas ni jabones de bebé.

Respecto a los dispositivos, se deben extremar las precauciones en los cambios y retiradas por riesgo de lesión en la epidermis. Se debe utilizar el dispositivo con el tamaño más

adecuado para cada niño y así evitar el contacto del afluente con la piel. Es preferible utilizar bolsas transparentes para observar evolución del estoma. En aquel niño que aún no se pueda colocar el dispositivo, se debe proteger la piel periestomal con pasta y el estoma con vaselina. En todo caso, se recomienda recoger las heces con gasas absorbentes.

En recién nacidos pretérmino el cambio de disco o placa se realizará cada 24 horas. En recién nacidos a término y lactantes se realizará cada 72 horas. Las bolsas se retirarán o vaciarán cuando sea necesario.

Respecto al movimiento, pueden realizar actividades propias de su edad. Se recomienda vaciar el contenido de la bolsa antes de colocarles en posición prona.

Respecto a la ropa, pueden vestirse como cualquier niño de su edad. Se recomiendan bodies o camisetas largas para facilitar que no tiren de los dispositivos. Hay que evitar apretar mucho el pañal sobre los dispositivos.

Respecto a los padres, es fundamental fomentar su capacidad para que puedan establecer vínculos con el recién nacido. Se les alentará a participar en los cuidados del niño.

Preescolares y escolares^{11, 15, 17}

Respecto a la higiene y el aseo, es recomendable optar por la ducha y no el baño. Para mantener la adherencia no se deben utilizar sustancias oleosas. En caso de realizar un baño, no se debe sumergir el dispositivo.

Respecto a los dispositivos, el cambio del disco se realizará cada 72 horas, y el vaciado de la bolsa cuando sea necesario. En los cambios, hay que observar que ninguna parte del estoma quede debajo del disco.

Como el estoma está muy vascularizado, es posible que sangre durante su limpieza. Se debe avisar a los padres que es normal que ocurra. Además, éste se puede tocar, no es doloroso. Hay que vigilar diariamente posibles cambios en su morfología.

Respecto a la actividad, no existen limitaciones. Pueden hacer actividades acordes a su edad con normalidad. Se recomienda el uso de cinturones o tirantes para mejorar la sujeción del dispositivo.

Respecto a la ropa, se recomienda el uso de prendas cómodas que no presionen el estoma ni el dispositivo. Es aconsejable que acudan al colegio o instituto con material de

repuesto, e informar a alguno de los educadores, personal sanitario o adultos que estén a su cargo para que sirvan de apoyo si fuera necesario.

Respecto al apoyo emocional, en estas etapas el niño ya tiene miedo al dolor y conciencia de sus percepciones, por lo que es recomendable explicar de modo sencillo los procedimientos que se van a realizar.

Adolescentes

Respecto a la higiene y aseo, deben hacerlo con normalidad y con el dispositivo puesto, pero no con éste recién colocado, ya que la adherencia no sería la recomendable.

Respecto a la ropa, pueden seguir usando sus prendas habituales, evitando aquellas que compriman en exceso el estoma. Se pueden emplear tirantes en lugar de cinturón si éste oprime el estoma. La utilización de accesorios como obturadores, cubrestomas, sistemas cápsula o mini bolsas que disimulan la presencia del estoma, pueden resultar de ayuda.

Respecto a la actividad, se debe comprobar antes de empezar a hacer deporte que el dispositivo está bien adherido a la piel y la bolsa vacía. Es importante beber la cantidad necesaria de líquidos y valorar la ingesta en función de la sudoración. Al viajar, se recomienda llevar a mano el material necesario para los cambios.

Respecto a los cuidados emocionales y sexualidad en esta etapa, es fundamental proporcionar información, apoyo y trabajar la autoestima.

Respecto a la dieta, no se debe seguir una específica, pero en todas las edades se recomienda no ingerir bebidas ni alimentos que aumenten la producción de gases, tales como cebollas, repollo, guisantes, legumbres y bebidas gaseosas. Es útil conocer que según la consistencia de las heces hay alimentos que pueden espesarlas, como el arroz, la patata, la avena y la compota de manzana; y otros que pueden diluirlas, como las legumbres, el chocolate o las bebidas con cafeína.

5. PLAN DE CUIDADOS

Al resultar el grupo pediátrico tan heterogéneo por sus características en las diferentes etapas de la infancia, este Plan de Cuidados está dirigido al paciente pediátrico con ostomía de eliminación en edad escolar, de los 6 a los 12 años. Se centra en los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato.

5.1. Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson determina que existen 14 necesidades básicas en el ser humano que deben estar cubiertas para que un individuo mantenga un óptimo estado de salud. Son: respiración, alimentación, eliminación, movilidad, reposo/sueño vestirse, temperatura, higiene/piel, evitar peligros/seguridad, comunicación, creencias/valores, trabajar/realizarse, recrearse y aprender^{31, 32}.

- ✓ Necesidad 1. Respirar normalmente: alterada. Al tratarse la ostomía de una intervención abdominal, produce dolor y puede afectar a la función respiratoria, incluso llegando a precisar aporte de oxígeno en el postoperatorio inmediato.
- ✓ Necesidad 2. Comer y beber de forma adecuada: alterada. Debido a la realización de una ostomía, aparecen déficits por la pérdida de líquidos y problemas para adquirir los nutrientes por el cambio de absorción y motilidad gastrointestinal.
- ✓ Necesidad 3. Eliminar los desechos corporales: alterada. Esta es una de las necesidades que más afectadas se ven en pacientes con una ostomía. En estos individuos el mecanismo de excreción intestinal o urinaria cambia, dependiendo del tipo de ostomía de eliminación.
- ✓ Necesidad 4. Moverse y mantener una postura adecuada: alterada. Debido a la intervención quirúrgica y la debilidad posterior los pacientes sufren un deterioro de la movilidad.
- ✓ Necesidad 5. Dormir y descansar: alterada. Por causa del dolor, de la situación postquirúrgica y de la incomodidad hasta la adaptación a la nueva ostomía, el patrón de sueño se ve alterado.
- ✓ Necesidad 6. Vestirse, desvestirse con normalidad y elegir ropas adecuadas: No alterada. La realización de una ostomía no afecta en este ámbito.
- ✓ Necesidad 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales: No alterada. Salvo en caso de complicaciones, la realización de una ostomía no altera la temperatura corporal.

- ✓ Necesidad 8. Mantener una buena higiene corporal y la integridad de la piel: alterada. La realización de una ostomía supone en sí misma una alteración de la integridad de la piel, pero puede deteriorarse también con fugas de contenido irritante o reacciones a la colocación de los dispositivos.
- ✓ Necesidad 9. Evitar los peligros del entorno/seguridad: alterada. El paciente tiene riesgo de sufrir complicaciones en el postoperatorio inmediato y tardío; además, el niño y la familia sufren alteraciones por la nueva situación.
- ✓ Necesidad 10. Comunicarse con los demás: no alterada. La presencia del estoma no afecta a la capacidad de comunicación del paciente.
- ✓ Necesidad 11. Actuar de acuerdo a las propias creencias/ valores: no alterada.
- ✓ Necesidad 12. Trabajar para sentirse realizado: alterada. Debido al cambio corporal, el paciente tiene el riesgo de sufrir cambios en su autoestima.
- ✓ Necesidad 13. Participar en actividades recreativas o de entretenimiento: alterada. Tras una intervención quirúrgica reciente es posible que el paciente muestre inapetencia hacia actividades de entretenimiento.
- ✓ Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: No alterada.

5.2. Plan de cuidados al paciente pediátrico ostomizado³³⁻³⁶

Necesidad 1: Respirar normalmente

[00032] PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ

NOC: (0415) Estado respiratorio

NIC: (3140) Manejo de la vía aérea

- Ayudar al paciente con la espirometría incentivada, según corresponda.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer pompas de jabón; soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.).
- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.

NIC: (3320) Oxigenoterapia

- Administrar oxígeno suplementario según órdenes.

Necesidad 2: Comer y beber

[00002] DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES

NOC: (1004) Estado nutricional

NIC: (1100) Manejo de la nutrición

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar las alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Ajustar la dieta, según sea necesario.

(1160) Monitorización nutricional

- Pesar al paciente.
- Monitorizar el crecimiento y desarrollo.
- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.

[00028] RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

NOC: (0601) Equilibrio hídrico

NIC: (1100) Monitorización de líquidos

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.
- Monitorizar las entradas y salidas.
- Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de los líquidos (p. ej., mareo, alteración del nivel de consciencia, aturdimiento, aprensión, irritabilidad, náuseas, fasciculaciones).

(4120) Manejo de líquidos

- Realizar un registro preciso de entradas y salidas.
- Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso.

[00102] DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN

NOC: (0303) Autocuidados: comer

NIC: (1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación

- Identificar la dieta prescrita.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida

(7110) Fomentar la implicación familiar

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la

familia que estarán implicados en el cuidado.

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.

Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales

[00196] MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL

NOC: (0501) Eliminación intestinal

NIC: (0430) Control intestinal

- Monitorizar los sonidos intestinales.
- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.

[00014] INCONTINENCIA FECAL

NOC: (0500) Continencia intestinal

NIC: (0410) Cuidados de la incontinencia intestinal

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.

[00016] DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

NOC: (0503) Eliminación urinaria

NIC: (0590) Manejo de la eliminación urinaria

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.

[00195] RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

NOC: (0606) Equilibrio electrolítico

NIC: (2020) Monitorización de electrolitos

- Observar si hay pérdidas de líquidos y pérdida asociada de electrolitos, según corresponda.
- Monitorizar los niveles de albúmina y proteína totales, si está indicado.
- Observar si se producen desequilibrios acidobásicos.

(2000) Manejo de electrolitos

- Mantener un acceso i.v. permeable.
- Mantener un registro adecuado de entradas y salidas.

Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada

[00093] FATIGA

NOC: (0007) Nivel de fatiga

NIC: (0180) Manejo de la energía

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.

(0533) Control del estado de ánimo

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.

[00085] DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

NOC: (0208) Movilidad

NIC: (0140) Fomentar la mecánica corporal

- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar la mecánica corporal, si está indicado.

Necesidad 5: Dormir y descansar

[00198] TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

NOC: (0004) Sueño

NIC: (1850) Mejorar el sueño

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

[00214] DISCONFORT

NOC: (2008) Estado de comodidad

NIC: (5820) Disminución de la ansiedad

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.

- Proporcionar objetos que simbolizen seguridad.

Necesidad 8: Mantener una buena higiene corporal y la integridad de la piel

[00047] RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

NOC: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

NIC: (3590) Vigilancia de la piel

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.
- Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda.

NOC: (1615) Autocuidado de la ostomía

NIC: (0480) Cuidados de la ostomía

- Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario.
- Observar la curación de la incisión/estoma.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.

Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno/seguridad

[00004] RIESGO DE INFECCIÓN

NOC: (0703) Severidad de la infección

NIC: (6540) Control de infecciones

- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

(6550) Protección contra las infecciones

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo, o exudados en la piel y las mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para cultivo, si es necesario.

[00132] DOLOR AGUDO

NOC: (1605) Control del dolor

NIC: (2210) Administración de analgésicos

- Monitorizar el dolor de los pacientes con alteraciones de comunicación.
- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

(4430) Terapia con juegos

- Proporcionar un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones.
- Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.

[00206] RIESGO DE SANGRADO

NOC: (0413) Severidad de la pérdida de sangre

NIC: (4020) Disminución de la hemorragia

- Explorar para detectar la presencia de hemorragia de las mucosas, la aparición de hematomas ante traumatismos mínimos, hemorragia de los sitios de punción y la presencia de petequias.
- Aplicar presión directa o un vendaje compresivo, si está indicado.

[00062] RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

NOC: (2211) Desempeño del rol de padres

NIC: (8300) Fomentar el rol parental

- Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.
- Ayudar a los progenitores en el cambio de papeles y en las expectativas del rol parental.
- Proporcionar la orientación anticipatoria necesaria en los diferentes niveles de desarrollo.
- Proporcionar folletos, libros y otro tipo de material para desarrollar las habilidades parentales.

[00060] INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

NOC: (2200) Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario

NIC: (7040) Apoyo al cuidador principal

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.

Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado

[00118] TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

NOC: (1200) Imagen corporal

NIC: (5220) Mejora de la imagen corporal

- Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.
- Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea una parálisis social disfuncional en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda.

[00153] RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

NOC: (1205) Autoestima

NIC: (5400) Potenciación de la autoestima

- Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.
- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
- Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.

Necesidad 13: Participar en actividades recreativas o de entretenimiento

[00097] DISMINUCIÓN DE IMPLICACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

NOC: (1301) Adaptación del niño a la hospitalización

NIC: (5230) Mejorar el afrontamiento

- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.

NIC: (4920) Escucha activa

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.

NOC: (0116) Participación en juegos

NIC: (8274) Fomentar el desarrollo: niños

- Desarrollar una relación de confianza con el niño.
- Establecer una interacción individual con el niño.
- Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.

6. DISCUSIÓN

Los pacientes pediátricos ostomizados lidian con un importante impacto emocional debido a su hospitalización, intervención quirúrgica y cambio en el aspecto corporal. Es por ello que Enfermería se encarga de identificar las necesidades básicas alteradas y ofrece unos cuidados adecuados que permitan mejorar su calidad de vida. Las ostomías pediátricas exigen unos cuidados de calidad diarios, y para ello, resultan muy útiles las guías, protocolos y planes de cuidados que recopilan las intervenciones de Enfermería en los pacientes pediátricos ostomizados para la práctica habitual. La enfermera es responsable de la ubicación prequirúrgica del estoma, de la valoración y los cuidados del estoma y piel periestomal, de la elección del dispositivo más adecuado y de la prevención de posibles complicaciones, además de ser la encargada de proporcionar al paciente y su familia la educación necesaria para poder llevar a cabo dichos cuidados.

Para poder proporcionar una atención integral a los pacientes pediátricos ostomizados es imprescindible la colaboración conjunta de un equipo multidisciplinar, además de la importancia que tiene en este caso la familia. La información a los padres resulta clave en este proceso, ya que son los máximos responsables y agentes de cuidados del paciente. Es fundamental orientarles, informarles y educarles sobre los cuidados de las ostomías, para que sepan identificar posibles complicaciones y puedan seguir atendiendo a su hijo en el domicilio y, de esta forma, se garantice una continuidad en los cuidados. Durante las etapas hospitalarias, los padres van a ser objeto de cuidados, ya que desde su perspectiva también sufren emocionalmente.

Con la realización de este trabajo se pretende resaltar que los profesionales de enfermería cuentan con una herramienta básica: los planes de cuidados, que facilitan una atención integral y de calidad. Por todo esto, resulta esencial que dichos planes de cuidados sean estandarizados y flexibles, y que puedan estar adaptados a las características de cada caso.

7. CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados, las conclusiones que se pueden extraer son las siguientes:

- En España, alrededor de 1000 menores son portadores de una ostomía. Las causas más frecuentes para su realización son las malformaciones congénitas digestivas y urológicas, y determinadas patologías adquiridas. Una ostomía constituye una intervención quirúrgica que repercute en la vida de los pacientes pediátricos, involucra un cambio de imagen y, en edad escolar, puede producir sentimientos de angustia, miedo, frustración, agresividad, dificultades en el colegio, aislamiento e inseguridad.
- La atención enfermera se basa en una progresión de cuidados en las diferentes etapas del proceso, incluyendo los cuidados prequirúrgicos, postquirúrgicos y cuidados al alta. El correcto cuidado diario del estoma y piel periestomal previene la aparición de complicaciones y produce una mejora en la calidad de vida del paciente.
- Es imprescindible detectar las necesidades básicas alteradas en el paciente pediátrico ostomizado para poder llevar a cabo unos cuidados de calidad. La propuesta de un plan de cuidados estandarizado con diagnósticos, objetivos, intervenciones y actividades permite unificar criterios de actuación y abordar la enfermedad de manera integral.

8. BIBLIOGRAFÍA









1. Barbado San Martín E, Blanco Domínguez C, Blasco Belda P, Centellas Morral M, Fernández Rodríguez I, Gómez Megías V, et al. Coloplast Alterna: La solución específica para cada necesidad. Barcelona: Editorial Draft; 1997. 71 p.
2. Castellano Ibáñez MC, Quiñoz Gallardo MD (dir). Guía de cuidados dirigida a la población pediátrica que tiene una ostomía y a sus familias [trabajo de final de máster en Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2017 [citado 29 de enero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12209/e12209>
3. Martí Ragué J. Pacientes ostomizados y su problemática: Historia de las ostomías. En: Actos con motivo del Día Mundial del Ostomizado: 29 de Septiembre de 2009, Madrid. Madrid: Gobierno de la Comunidad de Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. 71 p.
4. Bodega Urruticochea C, Marrero González CM, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. Revista Ene de Enfermería [Internet]. 2013 [citado 1 de febrero de 2020];7(3):1-14. Recuperado a partir de: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es/ene/7pdf/7206.pdf>
5. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. Psicooncología. 2006;1(3): 189-194.
6. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Rev Enfermería Integral. 2012;(99):12-16.
7. Laínez Pardos P. Pilar Lerín: la estomaterapeuta. Revista ADO Asociación de Ostomizados de Aragón. 2012;(3): 6-9.
8. Juárez Ruiz L, López Galiano MC, Rojas Aguilar Y. Evolución de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. Rev Paraninfo digital [Internet]. 2011 [citado 10 de febrero de 2020];5(13):1-5. Recuperado a partir de: <http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es/para/n13/pdf/p052.pdf>
9. Endo Milán JY. Ostomías en la infancia: Revisión para profesionales de la atención primaria de la salud. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [Internet]. 2009 [citado 12 de febrero de 2020];4(16):350-1. Recuperado a partir de: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1734/1/Ostomias-en-la-infancia-Revision-para-profesionales-de-la-atencion-primaria-de-salud.html>
10. BIREME. Descriptores en Ciencias de la Salud. BVS. [Internet]. Recuperado a partir de: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
11. Cebrián Batalla ML, Guijarro González MJ, Martín Romero C, Martínez Cano A, Miren Andrés A, Sánchez Muñoz E, et al. Guía de Atención Integral al niño ostomizado. Madrid: Coloplast Productos Médicos S.A.; 2018. 159 p.

12. Martínez Pardo B, García Morillo M. Estomas en pediatría. Avances en técnicas en cuidados intensivos pediátricos. 2018;1(5):36-47.
13. Guijarro González MJ. Cuidados de enfermería en la ostomía digestiva pediátrica. An Pediatr Contin. 2012;10(5):290-4.
14. Luna Parra EG, Rodríguez Martínez ME (dir). Proceso de Cuidado Enfermero para pacientes pediátricos con diagnósticos enfermeros derivados de un estoma de eliminación [tesis doctoral en Internet]. [San Luis Potosí]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2018 [citado 20 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <http://ninive.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4614>
15. De la Quintana Jiménez P, Vilanova Sánchez A, Awad Parada Y, Crespo Santos L, Arias Álvarez ME, Martínez Urrutia MJ, et al. La ostomía y las incontinencias en las distintas etapas del desarrollo infantil. Hospital Universitario La Paz [Internet]. 2018 [citado 22 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: http://informacionsinfronteras.org/aula/pluginfile.php/568/mod_resource/content/3/TALLER1.pdf
16. Godiris-Petit G, Leyre P, Trésallet C, Ménégau F. Enterostomías quirúrgicas. ECM Técnicas quirúrgicas Aparato Digestivo. 2011;27(1):1-13.
17. Vázquez García MC, Poca Prats T, et al. Manual de cuidados en ostomías. Madrid: Ediciones DAE; 2009. 363 p.
18. Afrontar una nueva realidad para el paciente ostomizado [Internet]. Saludesfera. 2018 [citado 12 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <https://saludesfera.com/2018/07/04/afrontar-una-nueva-realidad-para-el-paciente-ostomizado/>
19. Enfermería lidera la primera Guía de Atención Integral al Niño Ostomizado [Internet]. Redacción médica. 2019 [citado 11 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-lidera-la-primera-guia-de-atencion-integral-al-nino-ostomizado-3227>
20. Chattas G. Cuidados al recién nacido con enterocolitis necrotizante. Revista de Enfermería Neonatal. 2012;2(5):12-9.
21. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2020 [citado 13 de febrero de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2015/10/&file=01011.px#!tabs-tabla>
22. Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Revista Ene de Enfermería [Internet]. 2013 [citado 13 de febrero de 2020];7(3):1-16. Recuperado a partir de: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18
23. Guerrero S, Angelo M. Impacto del estoma enteral en el niño y la familia. Av.enferm. 2010;(28):99-108.

24. Guerrero Gamboa NS, Tobos de Álvarez LS. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. *Av.enferm.* 2013;1(31):59-71.
25. Machado Leite R, Freire Oliveira EK, Mamede Vasconcelos V, Alves da Silva DM, Cavalcante Martins M. Family care process with colostomy children in the home environment. *J Nurs UFPE* on line. 2016 [citado 18 de febrero de 2020];10(4):1223-1230. doi: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201608
26. Centro colorrectal y ostomizados pediátrico. Atención al niño ostomizado: Ileostomía/Colostomía. Cruces: Hospital Universitario Cruces; 2019. 15 p.
27. Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. ONU; 1959.
28. Coloplast. Escala DET [Internet]. Dinamarca: Coloplast; 2007 [citado 2 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.coloplast.es/Global/Spain/Ostomia/Productos/imagenes/Escala%20DET.pdf>
29. Kozell K, Abrams H, Barton P, Bauer N, Best R, Bruton K et al. Guía de Buenas Prácticas Clínicas: “Cuidado y manejo de la ostomía”. Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2009. 120 p.
30. Espinoza C, Pereira N, Benavides J, Rosti6n CG. Ostomías abdominales en pediatría: Una Revision de la Literatura. *Revista Pediatría Electrónica* [Internet]. 2008 [citado 20 de marzo de 2020]; 5(3):38-48. Recuperado a partir de: <https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2008/vol5num3/pdf/OSTOMIAS.pdf>
31. Grupo regional de cuidados de EPES. Cuidados de Enfermería en la Atención Extrahospitalaria. 1ª Edición. Málaga: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; 2014. 251 p.
32. María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. 216 p.
33. NNNConsult [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2012 [citado 3 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda>
34. T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Diagn6sticos enfermeros: definiciones y clasificaci6n, 2018-2020. 1ª Edici6n. Barcelona: Elsevier; 2018.
35. Sue Moorhead, Marion Jonhson, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificaci6n de Resultados de Enfermería (NOC): medici6n de resultados en salud. 6ª Edici6n. Barcelona: Elsevier; 2018.
36. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cherly M, Wagner. Clasificaci6n de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª Edici6n. Barcelona: Elsevier; 2018.

9. ANEXOS

Anexo I. Complicaciones del estoma y de la piel periestomal.

Complicaciones del estoma	
 <p>A photograph showing a dark, necrotic area on the stoma, with surrounding redness and swelling.</p>	 <p>A photograph showing a narrow, constricted opening of the stoma, with a small, protruding red mass.</p>
 <p>A photograph showing a large, protruding, and swollen mass of the stoma, indicating prolapse.</p>	 <p>A photograph showing a bright red, bloody mass protruding from the stoma, indicating active bleeding.</p>
 <p>A photograph showing a large, protruding, and swollen mass of the stoma, indicating hyperplasia.</p>	 <p>A photograph showing a deep, jagged wound on the stoma, indicating a laceration.</p>
 <p>A photograph showing a small, retracted, and sunken stoma, indicating retraction.</p>	 <p>A photograph showing a large, protruding, and swollen mass of the stoma, indicating obstruction.</p>

Complicaciones de la piel periestomal



Dermatitis de contacto alérgica



Dermatitis de contacto irritativa



Dermatitis por maceración



Infección fúngica



Foliculitis



Hernia



Hiperplasia de la piel



Deshidencia

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias bibliográficas 11 y 15.

Anexo II. Escalas de dolor pediátricas.

A. Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995).

Valora cinco parámetros del 0 al 2, con una puntuación máxima de 10.

PARÁMETRO	0	1	2
Llanto	No llora, tranquilo	Lloriqueo constante	Llanto intenso no consolable
Fi O₂ para Sat O₂ > 95	0,21	< 0,3	> 0,3
FC y TA sistólica	< basal	Aumento < 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra.	Cerco y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta con frecuencia	Constantemente despierto

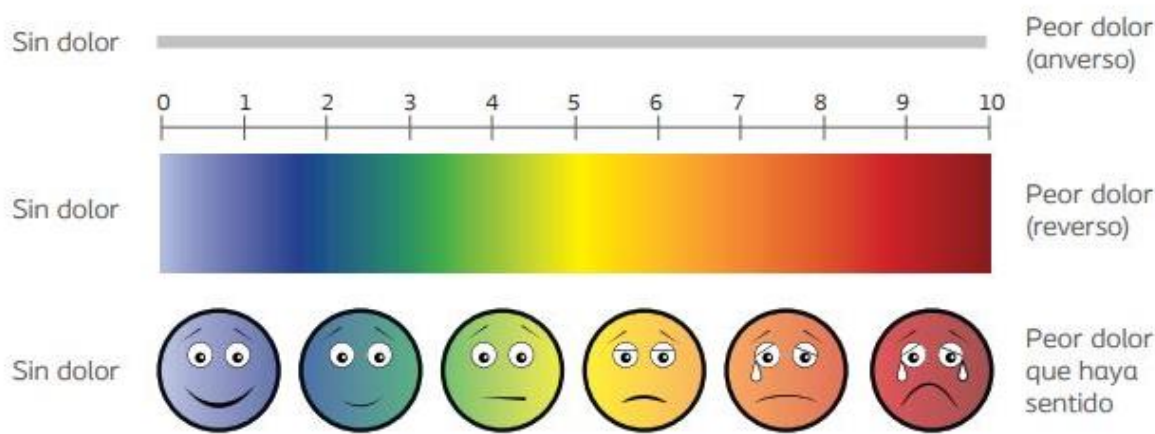
Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia 11 de la bibliografía.

B. Escala LLANTO en Pediatría. Valora cinco parámetros del 0 al 2, con una puntuación máxima de 10. Recomendado para preescolares.

Parámetro	Criterio	Puntuación
Llanto	No	0
	Consolable o intermitente	1
	Inconsolable o continuo	2
Actitud psicológica	Dormido o tranquilo	0
	Vigilante o inquieto	1
	Agitado o histérico	2
Normorrespiración	Rítmica y pausada	0
	Rápida y superficial	1
	Arrítmica	2
Tono postural	Relajado	0
	Indiferente	1
	Contraído	2
Observación facial	Contento o dormido	0
	Serio	1
	Triste	2

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia 11 de la bibliografía.

C. Escala de valoración del dolor. Valora el dolor mediante una herramienta visual.



Fuente: Imagen disponible en referencia 11 de la bibliografía.

Anexo III. Valoración y registro del estado de la ostomía y piel periestomal.

Cada día, se registrará la evaluación del estoma y piel periestomal indicando el estado de éstos, junto con el registro de los cambios de dispositivo.

ESTOMA							
Tamaño	Redondo (medir con la guía)						
	Ovalado (medir longitud y anchura)						
Color	Rojo (flujo sanguíneo adecuado)						
	Pálido (contenido bajo de hemoglobina)						
	Rojo oscuro, matiz violáceo (contusión)						
Aspecto	Saludable (brillante y húmedo)						
	Tirante (edematoso)						
	Desgarrado						
	Granulomas (nódulos sobre el estoma)						
Elevación	Normal (entre 1,5-2,5 cm)						
	Alineado (mucosa al nivel de la piel)						
	Retraído (por debajo del nivel cutáneo)						
	Prolapsado (longitud superior a 5 cm)						

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia 11 y 28 de la bibliografía.

PIEL PERIESTOMAL							
Color	Saludable (no se diferencia de la superficie cutánea adyacente)						
	Eritema (roja)						
	Contusionada (violácea o amarillenta)						
Integridad	Intacta (piel no agrietada)						
	Macerada (piel blanca, demasiada humedad)						
	Erosión (lesión superficial en la piel)						
	Erupción (brote de lesiones en la piel)						
	Ulceración (herida en la dermis)						
Turgencia	Normal (blanda, buena elasticidad)						
	Flácida (débil)						
	Firme (dura)						

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia 11 y 28 de la bibliografía.

Anexo IV. Tipos de dispositivos y accesorios de las ostomías.

DISPOSITIVOS	
Bolsa de 1 pieza	Formada por la bolsa con el disco adhesivo ensamblados en un solo elemento.
Bolsa de 2 piezas	Formada por el disco adhesivo y la bolsa con cierre de velcro que se une de forma adhesiva al disco.
Bolsa de 3 piezas	Formada por el disco adhesivo, la bolsa y un sistema de enganche mediante clipper.
*Las bolsas de 1 y 3 piezas pueden ser cerradas (en caso de heces sólidas o pastosas) o abiertas con un cierre en forma de pinza o válvula (en caso de heces líquidas, semilíquidas o diuresis).	

ACCESORIOS	
Pasta	Para estomas irregulares, retraídos, pliegues y cicatrices. Protege la piel periestomal y mejora el sellado.
Resina moldeable	Para el relleno de cavidades o pliegues en la piel periestomal, mejorando el sellado.
Anillo moldeable	Formado por resina protectora, sella la piel.
Polvos de ostomía	Para pieles periestomales irritadas. Absorben la humedad.
Spray y toallitas barrera cutáneas	Para la protección y prevención de la piel periestomal.
Spray y toallitas para eliminar adhesivos	Para retirar restos de adhesivos.

Fuente: Elaboración propia a partir de las referencias bibliográficas 1 y 11.

Anexo V. Escala DET para la valoración de la piel periestomal.

1. Examine la piel periestomal (no la mucosa) y evalúe la misma en base a las descripciones de los 3 dominios. Puntos máximos en cada dominio: 3 puntos para el tamaño del área afectada y 2 puntos para la severidad.

2. En cada dominio habrá que valorar en primer lugar el tamaño del área afectada y puntuarlo según la siguiente tabla:

Área afectada	Puntuación
Sin afectar	0
<25%	1
25-50%	2
>50%	3

En segundo lugar habrá que valorar la severidad, empleando las definiciones y las fotografías como guía. Si el tamaño del área afectada es 0, entonces automáticamente la severidad será también 0.

Dominio 1: Decoloración (Discolouration)

En primer lugar estimar el tamaño del área (bajo el adhesivo) que presenta un color alterado. Si la piel periestomal tiene un color normal la puntuación será 0. Si por el contrario el color de la piel está alterado, habrá que valorar, en segundo lugar, la severidad de dicha alteración (puntuación 1 ó 2).

Dominio 2: Integridad de la piel (Erosion)



Estimar el tamaño del área afectada por erosión (puntuación 0-3). Si la puntuación del paciente es 0, pasar al Dominio 3. Si por el contrario el paciente presenta erosión, valorar la severidad de la misma (puntuación 1 ó 2).

Dominio 3: Tejido de sobrecrecimiento (Tissue overgrowth)



Estimar el tamaño del área con tejido de sobrecrecimiento (puntuación 0-3). Si la puntuación es 0, pasar a calcular la puntuación total. Si el paciente presenta tejido de sobrecrecimiento, valorar la severidad del mismo (puntuación 1 ó 2).

3. Por último se realiza el cálculo de la puntuación total. Se suman los puntos de cada dominio. Es importante revisar las descripciones de cada dominio cada vez que se valore a un paciente.



DOMINIO 1: COLORACIÓN.

A. ÁREA	B. SEVERIDAD
<p>Piel normal (ausencia de cambios visibles o daños en epidermis) = 0</p> <p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 1</p>	 <p>Leve enrojecimiento o leve cambio de color en la piel periestomal = 1</p>
<p>25-50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 2</p> <p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 3</p>	 <p>Enrojecimiento severo o piel muy macerada = 2</p>

DOMINIO 2: INTEGRIDAD DE LA PIEL.

A. ÁREA	B. SEVERIDAD
<p>Sin erosión/excoriación = 0</p> <p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 1</p>	 <p>Daños en la epidermis = 1</p>
<p>25-50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 2</p> <p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 3</p>	 <p>Daño en la dermis, produciendo un humedad o sangrado = 2</p>

DOMINIO 3: TEJIDO DE SOBRECRECIMIENTO.

A. ÁREA	B. SEVERIDAD
<p>Sin tejido de sobrecrecimiento = 0</p> <p>Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 1</p>	 <p>Tejido de sobrecrecimiento que interfiere con la aplicación del adhesivo = 1</p>
<p>25-50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 2</p> <p>Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada = 3</p>	 <p>Tejido de sobrecrecimiento que interfiere con la aplicación del adhesivo y causa dolor y/o sangrado = 2</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia bibliográfica 27.