



INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO
MODELO

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Con clave 8858-12

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES RECIÉN NACIDOS
OSTEOMIZADOS CON ILEOSTOMÍA, EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ

EL 01 DE AGOSTO DE 2021 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2021

T E S I S

Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

KARLA PATRICIA RODRÍGUEZ RAMÍREZ

REYES VILLEGAS LLIZBETH

ASESOR DE TESIS: MTRO. DOMINGO SALOMÓN ORTA MARTÍNEZ

Coacalco, Estado de México a 1 de agosto de 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I	INTRODUCCIÓN	3
II	JUSTIFICACIÓN	5
III	OBJETIVOS	6
	III.I Objetivo General	6
	III.II Objetivos específicos.....	6
CAPITULO I		
IV	DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO PARA EL ESTUDIO DE LA TESIS	8
CAPITULO II		
V	MARCO HISTORICO	12
VI	EVOLUCIÓN DEL CUIDADO DE LA OSTOMÍA DIGESTIVA	13
CAPITULO IV		
VII	DESARROLLO DEL APARATO DIGESTIVO DEL RECIEN NACIDO	15
	VII.1 INTESTINO DELGADO.....	16
	VII.2 DERIVADOS DEL INTESTINO POSTERIOR.....	18
CAPITULO IV		
VIII	MALFORMACIONES CONGÉNITAS	20
	VIII.1 ATRESIA YEYUNAL /ILEAL:.....	20
	VIII.2 MALFORMACIONES ANORRECTALES	22
	VIII.3 ATRESIA ANAL, ANO IMPERFORADO O MALFORMACIÓN ANORRECTAL	26
CAPITULO V		
IX	CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS	31
X	ILEOSTOMÍA	34
	X.1 TIPOS DE ILEOSTOMÍAS.....	35
	X.2 ILEOSTOMÍAS TEMPORALES	35
	X.3 ILEOSTOMÍAS PERMANENTES	35
CAPITULO VI		
XI	CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO OSTEOMIZADO	37
XII	SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO ADECUADO	39
XIII	CUIDADOS DE LA PIEL PERIESTOMAL	40
XIV	GRADO DE LESIÓN EN LA PIEL	45
XV	DEFINICIONES DE LAS LESIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL	47

XVI VALORACIÓN QUE SE DEBE REALIZAR DEL ESTOMA EN CADA CAMBIO DE DISPOSITIVO O CUANDO SE DETECTE UN PROBLEMA	48
CAPITULO VII	
XVII PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA ILEOSTOMIA	53
XVIII PROBLEMAS GRAVES DE LA PIEL	55
XVIII.1 NECROSIS	55
XVIII.2 ESTENOSIS	56
XVIII.3 PROLAPSO	58
XVIII.4 SANGRADO	59
XVIII.5 LACERACIÓN DEL ESTOMA	60
XVIII.6 RETRACCIÓN	61
XVIII.7 OBSTRUCCIÓN PARCIAL/COMPLETA	62
XIX COMPLICACIONES PERIESTOMALES DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA.....	63
XIX.1 INFECCIÓN FÚNGICA	63
ENCUESTA.....	65
XX INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO APLICADO	71
XXI CONCLUSIONES DEL CUESTIONARIO	72
XXII CONCLUSIONES GENERALES	72
XXIII RECOMENDACIÓN	73
XXIV ANEXOS	73
XXV GLOSARIO.....	76
XXVI BIBLIOGRAFIA.....	77

I INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define que un recién nacido es un el que tiene menos de 28 días de nacido. Estos 28 primeros días de vida son los que comprometen un mayor riesgo de muerte para el niño, por este mismo motivo es esencial ofrecer una atención de enfermería adecuada durante este periodo hospitalario con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño osteomizado. (Gómez-Gómez, Enero-Febrero 2012)

El modelo conceptual de la teórica de enfermería Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería en las necesidades vitales, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Virginia Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad, promueva su crecimiento y desarrollo.

De las 14 necesidades de la teórica Virginia Henderson las que se ven alteradas es la necesidad de eliminación de heces y la integridad de la piel, ya que en la eliminación tenemos que valorar las heces porque generalmente son de consistencia líquida, habitualmente muy irritantes para la piel, debido a su alto contenido en jugos gástricos por lo que deben aplicarse medidas específicas de protección para la piel, ya que las estomas de eliminación llamadas ileostomías son comunicaciones de un órgano hueco intraabdominal con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica. De la misma manera, tener un cuidado de la piel ya que se comporta como una agresión física que afecta la integridad corporal, la capacidad funcional y la calidad de vida. Es por esto por lo que el profesional de enfermería debe conocer y aplicar por los conocimientos acerca del manejo con pacientes recién nacidos osteomizados. (Vallejo, 2016)

En base a lo anterior el profesional de enfermería debe realizar una función educativa, con los familiares del paciente recién nacido para facilitar la adaptación a la nueva situación ya que la realización de un estoma digestiva en un paciente

recién nacido conlleva un seguimiento continuo, así como un amplio programa de información y educación a la familia quienes son los principales cuidadores.

Uno de las principales complicaciones que se enfrenta la enfermera no es únicamente capacitar a los familiares en el manejo de la ileostomía, sino que, además, es de vital importancia considerar la etapa de crecimiento y desarrollo del niño buscando con esto un adecuado apego terapéutico. En este trabajo y con el direccionamiento del cuidado enfermero y educación de familiares a través de resolución de un caso en recién nacido por ileostomía en el cual las acciones de enfermería tienen el propósito de detectar las necesidades, dificultades, desequilibrios y alteraciones de estos pacientes, para la mejora en su calidad de vida.

II JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo plantea el tema de cuidados de enfermería en pacientes recién nacidos osteomizados con ileostomía en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, ya que la presencia de un estoma representa una pérdida de continuidad de la piel, y cada vez es más frecuente la presencia de pacientes ostomizados, en donde resulta fundamental el cuidado de enfermería durante sus fases de recuperación, siendo indispensable la participación de los familiares en todo momento, pues serán ellos los que más adelante brindarán los cuidados en el hogar.

En nuestra estancia del servicio social observamos debilidad en las acciones de enfermería, sobre el cuidado de la piel en el niño recién nacido con ileostomía. A pesar que el hospital cuenta con un servicio de heridas y estomas se encuentra con conocimientos insuficiente del tema ya que constituye un procedimiento común en la práctica cotidiana en el hospital, una de las acciones de enfermería que se ve alterada es la técnica de colocación de bolsa de colostomía ya que provocan lesiones seberas en la piel del recién nacido y por ende los resultados en la salud del paciente, se ven reflejados en el bienestar de él.

Durante la estancia hospitalaria del recién nacido, los cuidados de enfermería serán esencial para evitar afecciones cutáneas periestomales al utilizar correctamente la técnica adecuada para cada paciente, ya que las ileostomías constituyen un procedimiento común en la práctica cotidiana del hospital ya mencionado.

III OBJETIVOS

III.I Objetivo General

- Analizar el proceso del cuidado enfermero en el paciente recién nacido sometido a derivación de ileostomía en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, con la finalidad de mejorar el servicio profesional de enfermería.

III.II Objetivos específicos

- Conocer los antecedentes de los estomas de ileostomía en el recién nacido.
- Saber la fisiología y anatomía del aparato digestivo del recién nacido.
- Identificar sobre las principales afecciones secundarias de salud que causan las ileostomías en el recién nacido.
- Aplicar los cuidados específicos de enfermería en la ileostomía en el recién nacido.

CAPITULO I

**DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO PARA EL
ESTUDIO DE LA TESIS**

IV DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO PARA EL ESTUDIO DE LA TESIS

Hospital Infantil de alta especialidad, de atención a población abierta, ubicado en la ciudad de México, delegación Cuauhtémoc en la Colonia Doctores, conformado por cuatro edificios (Edificio de oncología, Hospitalización Administrativo y Rehabilitación). Cuenta con 850 camas censables y 456 no censables.

EDIFICIO A ONCOLOGÍA	
Planta baja	Consulta externa de oncología con ocho consultorios, quimioterapia ambulatoria, quimioterapia de corta estancia, control de recepción e Información, área de juegos donde hay una campana significativa la cuál tocan los pacientes en remisión.
Primer piso	Áreas administrativas del edificio, enseñanza de especialidad oncológica, tramites específicos de oncología, puente que comunica al siguiente edificio.
Segundo piso	Hospitalización de oncología uno, hospitalización oncología dos.
Tercer piso	Quimioterapia de larga estancia, trasplante de médula ósea recuperación, cuidados paliativos, tanatología, Oficinas de cuidados paliativos y tanatología.
Cuarto piso	Oficinas de médicos adscritos, áreas de residentes, estudiantes, comedor, cafetería.
Quinto piso	Oficinas de organizaciones sin fines de lucro para donaciones a los pacientes de escasos recursos, sala de juntas para médicos, administrativo y directivos.

Sexto piso	Aulas para los estudiantes de cualquier área de la salud.
EDIFICIO B HOSPITALIZACIÓN	
Planta baja	Cirugía ambulatoria, medicina del dolor, control de recepción, urgencias triage, oficina de origen pública, comedor de los trabajadores área de conmutadores, farmacia.
Primer piso	CEYE, quirófano, terapia intermedia, terapia intensiva, Servicio fluidoterapia, área de estudios de gabinete rayos X, tomografías, laboratorio químico, epidemiología, nutriología, cuenta con un puente que comunica al tercer y último edificio, enseñanza de enfermería, área de servicio social de enfermería, infectología.
Segundo piso	Cafetería para los pacientes y Familiares del mismo, pediatría 1 y 2 donde entran (gastroenterología, cardiología y endocrinología), pediatría 3 Y 4 (otorrinolaringología, oftalmología y dermatología), hospitalización de infecto.

Tercer piso	Nefrología (diálisis peritoneal, hemodiálisis, urología), Ortopedia (Cirugía plásticas reumatología), Cirugía general, medicina interna.
Cuarto piso	Neumología, cirugía de especialidades, neurología, UCIN (unidad de cuidados Intensivos neonatales, unidad de terapia intermedia neonatal), unidad de crecimiento y desarrollo, lactancia Materna.
EDIFICIO C ADMINISTRATIVO	
Planta baja	Consulta externa: Cardiología, urología, neurología, neumología, dermatología, otorrinolaringología, neumología gastroenterología, endocrinología, Cirugía interna, cirugía de especialidades, archivo y aulas.

Primer piso	Vacunas, dental, áreas administrativas y publicas del hospital, puente donde se comunica a los edificios.
SEGUNDO PISO	CLÍNICA DE ESTOMAS, CLÍNICA DE CATÉTERES, CLÍNICA DE DIABETES, CONTROL DE ESTAS DE LOS MISMOS, PSICOLOGÍA (CONSULTORIO Y OFICINAS).
Tercer piso	Oficinas del director del hospital, oficinas de enseñanza de médicos, oficina de control de cursos, posgrados, entre otros, arrea
	administrativa para los trabajadores biblioteca, hay una capilla para familiares, cafetería.
Cuarto piso	Gimnasio, oficina de medicina del deporte, oficina de medicina del trabajo, laboratorio de endocrinología, sala de spinning.
EDIFICIO D REHABILITACIÓN	
Planta baja	Control de recepción
Primer piso	Alberca, control de citas, hidroterapia, rehabilitación física, área de aparatos de ejercicio.
Segundo piso	Control de citas, fisioterapia, estimulación temprana, rehabilitación del habla Control de citas, fisioterapia, estimulación temprana, rehabilitación del habla.
Tercer piso	Control de Citas, consultorios, áreas de rehabilitadores.

CAPITULO II

MARCO HISTIRICO

V MARCO HISTORICO

En el marco se encuentra los antecedentes en donde se habla sobre las referencias, de los primeros estomas.

Si se considera la definición estricta de ostomía digestiva «Abocación artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared y piel del abdomen», se encuentran referencias desde la antigüedad.

Según datos históricos, en el antiguo Egipto ya se hace referencia a la patología anorrectal y el cáncer de recto se cita en algunos papiros (1500 a.C).

Hasta aquí todas las referencias eran algo abruptas y de éxito prácticamente nulo. No es hasta el siglo XVII cuando **Alexis Littre (1658- 1742)** al ver un niño con malformación rectal, propone una enterostomía. Fue este mismo personaje quien en 1710, sugirió una colostomía para el carcinoma obstructivo.

En 1776 **Henry Pillore**, retomó las ideas de Littre de realizar una ostomía para resolver un ano imperforado.

En 1793 **Duret** realiza la primera colostomía inguinal en lado izquierdo

Fue **Ernest Miles (1869-1947)** quien descubrió un procedimiento abdominoperineal (1908) con colostomía definitiva, dando un gran paso en el tratamiento de cáncer de recto que posteriormente ha servido de patrón para evaluar otras técnicas.

En 1923, **Hartman (1860-1952)** efectúa la resección anterior o sigmoidectomía con estoma abdominal y deja un muñón rectal y colostomía permitiendo en un segundo tiempo el restablecimiento del tránsito intestinal.

Desde entonces el tratamiento del cáncer de recto y otras patologías, en las que en un principio el tratamiento a elección era la ostomía, ha mejorado y actualmente puede evitarse o aplazarse en muchos casos con radioterapia y

quimioterapia, aportando también a la cirugía nuevas técnicas quirúrgicas con cirugía laparoscópica mínimamente invasivas. (Sayas, 2005)

VI EVOLUCIÓN DEL CUIDADO DE LA OSTOMÍA DIGESTIVA

Estudiar cómo empieza en la historia el cuidado profesional de la salud, o alguno de sus aspectos, es llegar, necesariamente, a Florence Nightingale (1820-1910). Su labor fue imprescindible para el reconocimiento de la necesidad de una buena formación para proporcionar cuidados de calidad. Desde su modelo, apoyando en la acción de la naturaleza, evidencia la necesidad de cuidar al individuo, a la familia y la comunidad.

Es Virginia Henderson quien redefine a la enfermería, quien desarrolla un concepto y su teoría basada en que la salud se manifiesta en la cobertura de una serie de necesidades básicas, modelo basado en la psicología de Abraham Maslow. Todos estos avances que se iban produciendo en la conceptualización apenas veían su reflejo en los cuidados de las ostomías, pues como ya se ha mencionado, a mediados del siglo pasado las primeras ostomías se manejaban por medio de paños absorbentes, no pudiendo mantener el control del estoma y, como consecuencia, los pacientes veían muy deteriorada su calidad de vida con el constante humedecer de sus vestidos que, junto con el olor, llevaban a situaciones catastróficas en las que se aislaban de sus familias en habitaciones individuales, con la piel alrededor del estoma ulcerada por el contacto fecal, acudiendo en muy extrañas ocasiones a los servicios profesionales de una enfermera, cuya labor era concebida exclusivamente hasta el momento de salir del quirófano

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

VII DESARROLLO DEL APARATO DIGESTIVO DEL RECIEN NACIDO

El desarrollo embrionario del aparato digestivo se inicia al comienzo de la cuarta semana de gestación. Durante este periodo, el extremo craneal del intestino primitivo que se encuentra centrado por la membrana bucofaríngea y su extremo caudal por la membrana cloacal. Como consecuencia del plegamiento cefalocaudal que sufre el embrión, una parte de la cavidad del saco vitelino revestida por endodermo queda incorporada al embrión y conformara el denominado intestino primitivo. La mayoría del epitelio y de las glándulas del intestino primitivo derivan del endodermo. En el intestino primitivo podemos distinguir tres porciones: intestino anterior, intestino medio e intestino posterior. Parece ser, según recientes estudios moleculares, que la participación de los genes Hox y ParaHox, así como las señales Sonic Hedgehog (SHH), intervienen en forma esencial en el proceso que regulan la diferenciación de las distintas porciones del intestino primitivo. En la expresión del SHH induce una regulación positiva a otros factores mesodérmicos y que determinará el tipo de estructura que se va a formar, ya sea el estómago, el duodeno, intestino delgado, intestino grueso y así sucesivamente. De esta forma, en las regiones del límite del intestino medio y en todo el intestino posterior se dará una secuencia de una compleja expresión de los genes Hox en el mesodermo, los cuales inducirán al endodermo a conformar diversos componentes de las regiones del intestino medio y posterior; como serán las porciones correspondientes a: intestino delgado, ciego, colón y la cloaca. (Batalla, 2018)

Esófago

En los seres humanos el esófago es un conducto músculo membranoso que se extiende desde el extremo inferior de la laringofaringe hasta la parte superior del estómago. El esófago empieza en el cuello, atraviesa todo el tórax y pasa al abdomen a través del hiato esofágico del diafragma.

Habitualmente es una cavidad virtual (es decir que sus paredes se encuentran unidas y solo se abren cuando pasa el bolo alimenticio).

VII.1 INTESTINO DELGADO

La mucosa intestinal está constituida por células:

- a) Absortivas
- b) Caliciformes
- c) Células de Paneth
- d) Células enterocromafines

Las células encargadas de la absorción, al generarse en las criptas son indiferenciadas y a medida que migran hacia la punta de las vellosidades alcanzan su maduración en un tiempo estimado de 3 a 5 días en el yeyuno y de tres días en el íleo; las células caliciformes así llamadas por su forma de copa o cáliz están situadas entre los enterocitos y son productoras de moco. A las células Paneth localizadas en el fondo de las criptas, se les atribuye la producción de lisozima y de enzimas proteolíticas, tienen un proceso de renovación muy lento estimado en semanas. Las células enterocromafines también situadas en el fondo de las criptas, su función es la producción de hormonas intestinales integrando por lo tanto una gran glándula de secreción interna, producen: gastrina, secretina, colecistocinina, péptido intestinal vasoactivo (VIP), nteroglucagón, somastotatina, serotonina, histamina y otras.

Fisiología En el duodeno y yeyuno proximal se absorben además de agua y electrólitos la mayor parte de los azúcares, proteínas y grasas, mientras que en el íleo se absorben específicamente la vitamina B12 y las sales biliares; este segmento del intestino puede realizar también funciones de absorción semejantes a las del yeyuno por lo que se le conoce como área de reserva, mientras que el yeyuno no puede efectuar reabsorción de sales biliares ni de vitamina B12; esto es muy importante de recordar cuando se realizan resecciones intestinales.

Absorción de agua y electrolitos.

El intestino delgado se inicia en el píloro y termina en la válvula ileocecal, donde comienza el intestino grueso. Su longitud en el recién nacido a término aproximadamente tiene 1 metro, y su calibre disminuye progresivamente desde su origen hasta la válvula ileocecal. Está enrollado en el centro de la cavidad abdominal y está dividido en tres partes: duodeno, yeyuno e íleon.



En el intestino delgado se produce la parte más importante de la digestión y se absorben la mayoría de los nutrientes, gracias a las numerosas vellosidades intestinales que constituyen su mucosa, que aumentan la superficie de absorción intestinal. (Cebrián Batalla, Guijarro González, & Martín Romero, 2018)



VII.2 DERIVADOS DEL INTESTINO POSTERIOR

Del intestino posterior derivan: de un tercio a la mitad izquierda del colon transversal, el colon descendente, el colon sigmoideo, el recto la porción superior del conducto anal y el epitelio de la vejiga urinaria y la mayor parte de la uretra. Todas las estructuras que derivan del intestino posterior están irrigadas por la arteria mesentérica inferior.

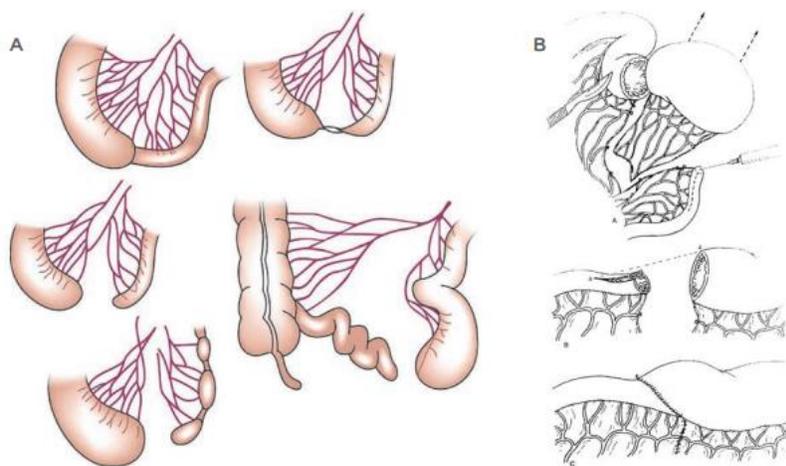
CAPITULO IV

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

VIII MALFORMACIONES CONGÉNITAS

VIII.1 ATRESIA YEYUNAL /ILEAL:

En este caso, no se ha completado la formación del yeyuno o del íleon. La causa más probable es un accidente vascular intraútero que conduce a la isquemia de un segmento intestinal. Esto se traduce en una estenosis, o en los casos más graves, en una obliteración completa de la luz intestinal. Por otro lado, la atresia ileal puede ser también la complicación derivada de un ileomeconial prenatal, a veces asociado a la fibrosis quística, donde el segmento distal a la obstrucción se atresia, y en algunos casos el asa dilatada se volvula y se perfora, provocando una peritonitis meconial que requiere una cirugía urgente tras el nacimiento. (Guía de Atención Integral al niño ostomizado, 2018)



A) Clasificación de Grosfeld para las atresias intestinales y técnica quirúrgica, en función de si hay solución de continuidad entre los dos segmentos y/o si hay brecha mesentérica asociada.

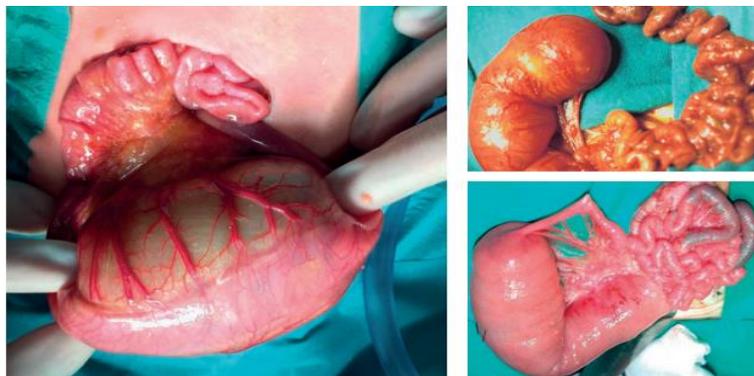
B) Procedimiento quirúrgico: resección y anastomosis con remodelaje de los bolsones

El diagnóstico de atresia intestinal actualmente se realiza con frecuencia de forma prenatal, bien ecográfico donde se ve un segmento intestinal dilatado debido a la obstrucción, generalmente mayor que el de la atresia duodenal, acompañado con frecuencia de polihidramnios: todo ello indica que el feto puede tener una obstrucción intestinal que hay que confirmar con ecografías seriadas.

Algunos fetos asocian también anomalías cromosómicas, que requiere descartar con una amniocentesis. Al igual que las otras atresias se resuelve quirúrgicamente, en las primeras horas de vida y tiene buen pronóstico. Durante la laparotomía se confirma la atresia y se resuelve mediante resección y anastomosis en los casos más favorables. Casi siempre hace falta resecar algún segmento y remodelar el bolsón proximal por la desproporción de calibre comparado con el distal.

En los casos más severos, al tratarse de una obstrucción crónica desde la época prenatal, existe mucha dilatación del segmento proximal, y mucha desproporción y en ocasiones es arriesgado anastomosar los cabos en un solo tiempo, por lo que se realiza un estoma temporal. Suele ser un estoma “en cañón de escopeta”, con los cabos proximal y distal abocados juntos al exterior, donde no importa que pase algo de contenido fecal al cabo distal, de forma que el cierre de la ileostomía sea lo más sencillo posible desde el punto de vista técnico.

Existe una forma de atresia intestinal hereditaria, conocida como la atresia intestinal múltiple, descrita en 1971, con carácter autosómico recesivo. Tiene mucho peor pronóstico, y conlleva la ausencia o la pérdida de gran parte del intestino necesaria para la absorción, por lo que algunos de estos casos, acaban siendo candidatos a un trasplante intestinal. El tratamiento quirúrgico de estos casos es individualizado para cada caso, desde anastomosar todos los segmentos hasta realizar un estoma a cualquier nivel.



Existe otra forma infrecuente de atresia intestinal, conocida como. En estos casos, lo que ocurre es una oclusión de la arteria mesentérica superior, u otra arteria importante intestinal, por lo que no se desarrollan segmentos extensos de intestino. Clásicamente, el intestino afectado adopta una configuración en espiral, de ahí su nombre. Suele acompañarse de una ausencia de mesenterio dorsal. Cuanto más proximal sea la atresia, más proximal va a ser la ostomía, y peor el pronóstico nutricional del paciente. En función de cada caso, conviene decidir si se realiza resección y anastomosis en un solo tiempo o se realiza una derivación temporal y posterior cierre diferido, en los casos de mayor riesgo. (Cebrián Batalla, Guijarro González, & Martín Romero, 2018)

VIII.2 MALFORMACIONES ANORRECTALES

Las malformaciones anorrectales (MAR) son anomalías congénitas relativamente frecuentes.

Se define como malformación anorrectal como el resultado de la división anormal de la cloaca por el septum uorrectal que la divide en recto y canal anal en su parte posterior, vejiga urinaria y uretra en su parte anterior, desarrollo que se presenta antes de los 49 días de gestación, produciéndose así la falta de continuidad normal de la luz intestinal hacia el exterior, con o sin comunicación fistulosa a periné o hacia aparatos urinario o genital.

Aunque se han realizado numerosos esfuerzos para comprender los procesos anormales que producen MAR, ni el desarrollo normal ni el anormal del intestino grueso y la cloaca se entienden completamente. La mayoría de las teorías para explicar la alteración en la embriogénesis que resulta con MAR son principalmente especulativas. Hay un acuerdo general que la cloaca se ve en el embrión de 12 a 15 días.

La membrana cloacal se define como el área entre la raya primitiva y el tallo corporal donde el endodermo y el ectodermo se fusionan sin un mesodermo intermedio. El alantoides es una extensión del endodermo intestinal que se convierte en parte de la vejiga y se extiende hasta el amnios, estos marcan los límites ventrocefálicos de

la cloaca. Los pliegues cloacales (o pliegues genitales) son proliferaciones mesoblásticas que rodean la membrana cloacal.

Los conductos mesonéfricos se unen a la pared lateral superior de la cloaca justo dentro de la membrana cloacal a los 28 días de gestación. La cloaca es en ese punto una gran cámara en la que el intestino grueso entra por arriba y el espacio recto rectal existe en la parte inferior. Justo en frente del intestino posterior, el alantoides se proyecta ventral y superiormente.

La pared del cuerpo ventral se desarrolla y desplaza el extremo superior de la cloaca. Los tubérculos anales (estructuras mesoblásticas) se forman a ambos lados de la cloaca en su unión con el intestino posterior e inciden sobre la luz en esta unión. Los tubérculos anales se fusionan centralmente, desplazando el orificio cloacal del intestino posterior involutivo dorsalmente lejos de la membrana cloacal.

El tabique urorectal desciende para demarcar la cloaca en un seno urogenital ventral y un intestino posterior dorsal. Hacia la mitad de la séptima semana de gestación, el ano y el recto están completamente separados del tracto urogenital. La membrana anal luego involuciona y se convierte en perforado. El cuerpo perineal mesodérmico se extiende hasta el nivel de los pliegues anales (montículos). La cloaca se divide completamente, y no existe cloaca externa. Los tubérculos anales se unen detrás de la cloaca y forman un pliegue en forma de U dorsal y lateralmente entre la cola y el ano.

En 1995, Peña propuso un sistema de clasificación más reciente en el cual las lesiones se agrupan según el sexo y si está indicada una colostomía en el tratamiento. Este sistema clasifica las anomalías de acuerdo con las diferencias en el tratamiento y pronóstico.

CLASIFICACIÓN DE MALFORMACIONES ANO RECTALES	
Categoría	Criterio
MASCULINO	
No colostomía	Fistula perineal
Colostomía	Fistula rectoureteral Prostática Fístula recto vesical (cuello de vejiga) Ano imperforado sin fístula Atresia rectal
FEMENINO	
No colostomía	Fistula perineal
Colostomía	Fístula vestibular Cloaca persistente < 3cm o ≥3 cm de canal común Ano perforado Atresia rectal

Fuente: Peña A: Malformaciones anorrectales. Seminario de cirugía pediátrica 4:35, 1995.

Los principales grupos clínicos se clasifican como:

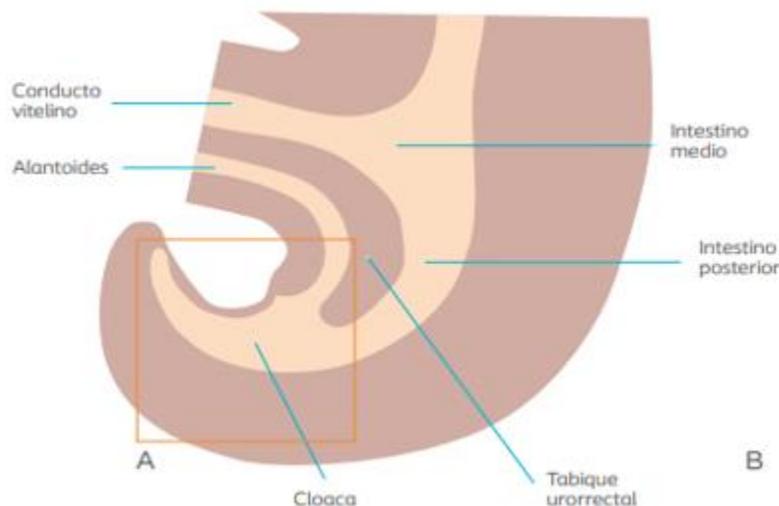
- Fístulas perineales (cutáneas)
- Fístulas rectouretrales (prostáticas y bulbares)
- Fístulas rectovesicales
- Fístulas vestibulares
- Malformaciones cloacales
- Pacientes sin fístula
- Estenosis anal

Las malformaciones anorrectales suelen ser relativamente frecuentes y entre ellas podemos destacar principalmente:

- Ano imperforado: es la consecuencia de un desarrollo defectuoso del tabique uorrectal.
- Agenesia anal: en este caso el conducto anal termina en un fondo de saco ciego sin comunicación exterior. En un alto porcentaje, esta anomalía se asocia a una fistula que puede conectar el ano con la vagina en el caso de la mujer o con la uretra en el caso del hombre.
- Estenosis anal: en esta alteración nos encontramos un ano que se encuentra en posición absolutamente normal, pero sin embargo es muy estrecho. Parece ser que esta anomalía es como consecuencia de desviaciones alteradas del tabique uorrectal, cuando crece caudalmente para fusionarse con la membrana cloacal.
- Atresia membranosa del ano: el ano se encuentra en posición normal, no está estrechado, pero posee una fina membrana que separa la luz del exterior. Esta malformación, es consecuencia de la persistencia de la membrana anal después de la octava semana de desarrollo, por falta de perforación de esta.
- Agenesia anorrectal: en este caso asistimos a la ausencia de ano y el recto finaliza en un fondo de saco ciego. Habitualmente aparecen fístulas rectovesicales o rectouretrales en el hombre y fístula rectovaginal o rectovestibular en la mujer.
- Atresia rectal: en esta malformación apreciamos, como ano y recto están presentes, pero se encuentran separados uno del otro. Como causa de esta anomalía parecen estar implicados los defectos en los mecanismos de reconexión del colon, así como alteraciones en la vascularización arterial de estas estructuras

VIII.3 ATRESIA ANAL, AÑO IMPERFORADO O MALFORMACIÓN ANORRECTAL

Su origen embriológico es variado, bien por persistencia de la membrana anal o bien por una atresia del conducto anal o del recto por falta de recanalización. A veces se sospecha de forma prenatal, al ver un asa distal muy dilatada o anomalías genitourinarias asociadas. En otros casos se diagnostica al nacer, ya que durante la exploración física el niño no tiene ano, o tiene algún orificio anómalo sin ano, o expulsa meconio por la orina (meconiuria). La malformación anorrectal es un espectro, que va desde formas muy leves como son la fístula perineal hasta otras más graves como es la cloaca en las niñas. A más severidad, mayor incidencia de alteraciones o agenesia de vértebras sacras, de malformaciones genitourinarias asociadas, de periné plano con poco o nulo desarrollo muscular.



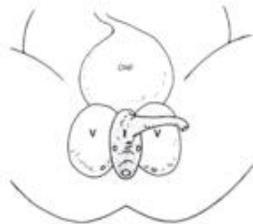
Recuerdo embrionario de la formación del intestino posterior y sistema genital y urinario.

En general, al igual que el esófago atrésico suele comunicar con la tráquea, existe comunicación del bolsón rectal atrésico con la vía genital y/o urinaria. En resumen, consiste en que el extremo intestinal más distal no se ha formado y desemboca en un lugar diferente al lugar teórico del ano. Si se observa un orificio en la piel, pero anterior a donde contrae el esfínter, hablamos de fístula perineal, tanto en niñas como en niños. En varones, puede ser también una fístula rectouretral bulbar o

prostática, y en el peor de los casos, una fístula rectovesical. En las niñas, puede tratarse de una fístula rectovestibular, si desemboca en el vestíbulo, posterior a la vagina, o rectovaginal, o en el caso más grave, puede tratarse de una cloaca, caracterizada por la existencia de un único orificio perineal común donde confluyen la uretra, la vagina y el intestino. La exploración física aporta mucha información al ver dónde sale el meconio. Existen además otras atresias ano rectales sin fistula. Además, existen casos más severos que además de la malformación ano rectal, asocian extrofia vesical y defecto de cierre de la línea media, conocido como extrofia de cloaca. Al nacer, presentan la vejiga y el intestino distal abierto al exterior.



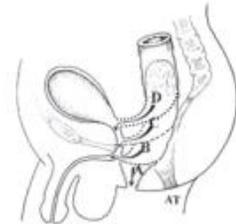
Recién nacida con un orificio perineal único: cloaca, y mala formación de los genitales externos.



Esquema de una extrofia de cloaca. Se aprecian las dos placas de las hemivejigas (V) con un segmento intestinal (I) en el centro y un onfalocele superior (ONF).



Malformación cloacal. La vejiga, vagina y uretra desembocan en un único orificio perineal común.

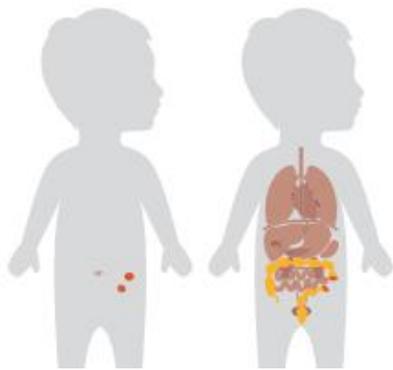


Espectro de la malformación anorrectal en el varón. A) Fístula perineal; B) Fístula rectouretral bulbar; C) Fístula rectouretral prostática; D) Fístula rectovesical; AT) ano teórico

Su tratamiento es quirúrgico. Suelen clasificarse en malformaciones anorrectales de buen pronóstico y de mal pronóstico, enfocando el pronóstico al punto de vista de la continencia fecal y del desarrollo de patología renal. Las formas más benignas son las fístulas perineales, las que presentan un periné bien desarrollado y sin alteraciones sacras. Las formas peores son las fístulas más altas, con periné plano, agenesia sacra. En función del pronóstico y de la experiencia del cirujano que le atiende durante el período neonatal, en la mayoría de los casos se debe realizar una primera cirugía consistente en derivar el sigma para solucionar la obstrucción intestinal. Se debe realizar una sigmoidostomía de cabos separados. Más adelante, cuando el niño gane peso y de forma programada, se realizará la cirugía definitiva o anorectoplastia sagitalposterior (ARPSP) o descenso según técnica de Peña. En

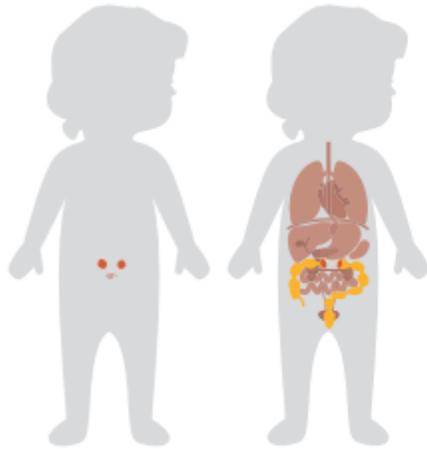
este momento se construye un nuevo ano. Finalmente, en un tercer tiempo se realizará el cierre de la sigmoidostomía.

En casos benignos, como son las fístulas perineales, si el bebé realiza deposición sin problema por la fístula, se puede ir a casa y programar una minianorrectoplastia preferente, sin necesidad de realizar un estoma previamente. En casos más límites como las fístulas rectovestibulares o rectouretrales bajas, todo dependerá de la experiencia del cirujano colorrectal. Es muy importante tener en cuenta que cualquier cirugía realizada de urgencia en esta región anatómica, si no se realiza de forma adecuada, puede tener consecuencias nefastas para la continencia fecal futura, y las reoperaciones son muy complejas y sin resultados espectaculares.



Sigmoidostomía de cabos separados. Existe un puente cutáneo entre los estomas.. Se indica en varones con malformación anorrectal

En el caso de las cloacas, a veces el canal común por el que drenan los tres sistemas no es suficiente y desarrollan ureterohidronefrosis e hidrometrocolpos secundario (acúmulo de secreciones y aumento del tamaño de la vagina por la obstrucción). En la ecografía se aprecia una gran masa abdominal, o alteraciones de los riñones y pelvis renales. En el caso del hidrometrocolpos a veces se palpa o se ve un efecto masa en la radiografía. En ese caso, además de la sigmoidostomía de cabos separados hay que realizar una vaginostomía, y/o una vesicostomía, en función de la clínica del paciente. A veces por la vaginostomía puede salir la orina también. Son casos complejos y personalizados.



Colostomia transversa de niñas con malformaciones cloacales

En el caso de la extrofia cloacal, es importante cerrar el defecto abdominal en las primeras horas de vida, y el abordaje debe de ser multidisciplinar entre urólogos y cirujanos pediátricos. Este es el caso más complejo, ya que el intestino desemboca en el medio de la vejiga abierta como un libro, pareciendo dos hemivejigas. Este intestino, suele ser colon de muy corta longitud, a veces incluso se ven abocando en la vejiga dos hemiapéndices. Cada caso es diferente, pero en general, durante el primer abordaje neonatal se debe de independizar tracto digestivo del urológico para preservar este último, y en el caso del intestino realizar un estoma preservando la mayor longitud del colon posible, porque de eso dependerá la posibilidad de realizarle un descenso en el futuro o de decidir una colostomía permanente. A veces además algún segmento de colon puede ser utilizado para una futura ampliación vesical... En estos casos, a lo mejor se puede realizar una colostomía de cabos separados, pero lo habitual es dejar una colostomía terminal, pero en cualquier caso, el objetivo es que las heces no comuniquen con el tracto urinario. Los cirujanos deben explicar al equipo de enfermería que va a llevar al paciente y el procedimiento realizado para mejorar la atención del paciente.

CAPÍTULO V

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS

IX CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS

Un estoma se define como abertura exterior que se practica en un órgano hueco , como el intestino, o entre dos de ellos.

Se pueden clasificar en:

1. Según su función

- Alimentación: Gastrostomía, yeyunostomía.
- Eliminación/drenaje: Esofagostomía e Ileostomía, Colostomía.
- Urinarias: Nefrostomía, Ureterostomía, Cistostomía o vesicostomía, Ureteroileostomía o Conducto Ileal
- Otras. Respiratorias: Traqueotomía (procedimiento quirúrgico, para tratamiento de algunas enfermedades; como vía aérea para vivir), toracostomía.

2. Según su duración

- Temporales
- Definitivas

3. Según su construcción/disposición de los cabos del estoma.

- Terminal: cuando todo el contenido es derivado al exterior. Sólo hay un orificio, el proximal. Normalmente el cabo distal está cerrado, ya sea unido por algún punto al proximal, con el fin de localizarlo en una cirugía futura, o bien abandonado en el abdomen, o bien se trata de un muñón rectal, por ejemplo, en el caso de una colitis ulcerosa a la que se le realiza una colectomía con ileostomía, para plantear un futuro descenso ileoanal.
- De cabos separados: cuando existe un puente cutáneo entre ambos estomas. No conviene que pase nada de un estoma al otro. Es lo que ocurre en las malformaciones anorrectales, por el proximal el paciente realiza deposición y el distal nos servirá para realizar estudios de imagen para

planear la siguiente cirugía y para realizar lavados con suero salino , de manera que esté lo más limpio posible antes de dicha cirugía evitando así posibles infecciones.

- En cañón de escopeta: los dos extremos del intestino abocados juntos al exterior. La bolsa del estoma es común para ambas asas, proximal y distal. No importa que pase algo de contenido al segmento distal. Se realiza en enterocolitis, atresias con mucha desproporción, etc.
- En asa o lateral: cuando parte del contenido sale al exterior y otro tanto progresa al distal. La bolsa del estoma es común para ambos orificios del mismo asa, proximal y distal. No importa que pase algo de contenido al segmento distal, o incluso es recomendable. Es la que solemos hacer durante el trasplante intestinal.
- BishopKoop: enteroanastomosis termino lateral, con ileostomía descompresora que se cierra una vez restablecido el tránsito intestinal, que se facilita mediante la irrigación por el estoma.
- Santulli: enteroanastomosis latero terminal. Exige permeabilidad distal. Tanto al de BishopKoop como la de Santulli, podría estar indicada en aquellos casos, donde el cierre de estoma no es seguro que vaya a tener éxito, o en casos donde hay mucha desproporción, para ir aumentando el calibre del intestino, generalmente en desuso, e incrementar las posibilidades de éxito tras el cierre de estoma.

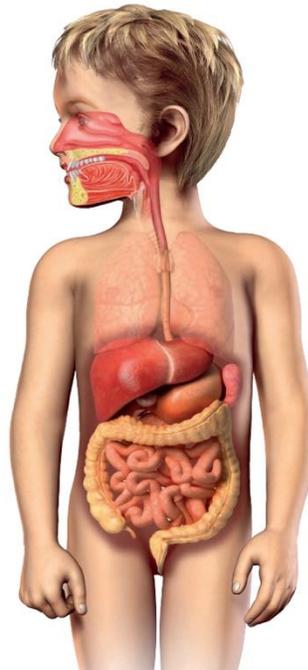
4. Por su forma

- Normal
- Alineado
- Retraido
- Prolapsado

5. Por localización anatómica

En el aparato digestivo (enterostomías):

- Esofagostomía
 - Gastrostomía
 - Colecistostomía, Coledocostomía
 - Duodenostomía
 - Yeyunostomía
 - Gastroyeyunostomía
 - Ileostomía
 - Colostomía (cecostomía); Sigmoidostomía
 - Apendicostomía
- En el aparato urinario (urostomías):
- Nefrostomía
 - Ureterostomía
 - Vesicostomía (cistostomía)
 - Vaginostomía – Mitrofanoll



X ILEOSTOMÍA

Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen.

Es posible que una ileostomía solo se necesite por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses, porque esa parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una ileostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

El estoma se verá de color rosa o rojo. Este revestimiento es tibio y húmedo, y segrega pequeñas cantidades de mucosidad. Al poco tiempo tras la cirugía el tamaño del estoma se reducirá. El estoma tendrá una forma entre redonda y ovalada. Puede que algunos estomas sobresalgan un poco, mientras que otros pueden quedar emparejados o al ras con la piel. A diferencia del ano, el estoma no tiene válvula o músculo de cierre. Esto significa que usted no podrá controlar el paso de la materia fecal que provenga del estoma. No hay terminaciones nerviosas en el estoma; por lo que el estoma en sí no duele ni incomoda. Por lo general, el colon (la parte principal del intestino grueso) y el recto (la parte inferior del intestino grueso donde se acumula la materia fecal hasta que sale del cuerpo a través del ano) se extirpan como parte de esta cirugía (referida como colectomía). Por lo tanto, el colon y el recto ya no funcionarán como solían hacerlo. Algunas veces solamente se extirpa una sección del colon y del recto.

X.1 TIPOS DE ILEOSTOMÍAS

ileostomía puede ser a corto plazo (temporal) o de por vida (permanente). Los diferentes tipos de ileostomías se describen a continuación.

X.2 ILEOSTOMÍAS TEMPORALES

Ciertos problemas intestinales se pueden tratar al poner en reposo parte del intestino o mediante cirugía para extirpar la parte afectada. Se requiere que el intestino esté vacío para que pueda sanar. Para evitar que la materia fecal llegue al intestino, se crea una ileostomía de corta duración (temporal). Por lo general, la sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años. Con el tiempo, la ileostomía se revierte quirúrgicamente (extraída) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes. La ileostomía también puede ser temporal cuando es la primera etapa de la construcción de un reservorio ileoanal (reservorio en “J”).

X.3 ILEOSTOMÍAS PERMANENTES

Cuando parte del intestino enferma, se tiene que hacer una ileostomía permanente. La parte enferma del intestino y el ano deben ser extirpadas o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la ileostomía se considera permanente y no se espera cerrar (extraer) en el futuro.

Hay tres tipos principales de ileostomías. Usted y su cirujano hablarán sobre sus opciones, y juntos decidirán cuál es la cirugía más adecuada para usted. Es posible que una enfermera de ostomía también le ayude a tomar la mejor decisión. Al planear una ileostomía, algunos de los factores que se deben considerar son el proceso de la enfermedad, la edad, su salud en general y su preferencia

CAPÍTULO VI

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO OSTEOMIZADO

XI CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO OSTEOMIZADO

Fase preoperatoria

Información previa a la intervención Existe evidencia de que la educación sanitaria preoperatoria a los padres, fomenta la adquisición de destrezas necesarias para manejar el estoma y la ansiedad que genera su realización.

Actividades:

- Escogeremos momento y lugar tranquilo para hablar con los padres
- Explicaremos el tipo de ostomía que va a portar el niño con dibujos sencillos
- Daremos instrucciones accesible para la realización de los cuidados y material requerido
- Mostraremos distintos dispositivos y manejo de los mismos
 - Indicaremos los cuidados generales que deben tener como niño portador de una ostomía
 - Informaremos que el niño va a seguir con un desarrollo similar al de otros niños de su edad
- Refuerzo con información escrita y audiovisual

Fase postoperatoria Postoperatorio inmediato

- Toma de constantes
- Valoración del dolor

- Valorar ruidos y distensión abdominales.
- Valorar el estado de la herida quirúrgica, sangrado y edema
- Administrar tratamiento médico prescrito
- Cuidados de heridas y catéteres centrales
- Valorar necesidad de respiración (en caso de distensión abdominal)
- Valorar riesgo de deshidratación
- Valorar estado de piel y mucosas
- Evaluar y registrar el estado del estoma y piel periestomal
- Valorar estado de estrés y ansiedad del niño y su familia

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

Parámetro	0	1	2
Llanto*	No llora, tranquilo	Lloriqueo constante	Llanto intenso no consolable
Fi O ₂ para Sat O ₂ > 95%	0,21	≤ 0,3	> 0,3
FC y TA sistólica	≤ basal	Aumento ≤ 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

* El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales

- Se realizarán de forma diaria, o según las necesidades, hasta que se vayan de alta junto con los enfermeros responsables del niño en cada servicio
- Atenderemos la evolución del estoma y de la piel periestomal
- Identificar factores de riesgo que puedan provocar complicaciones de estoma y/o piel periestomal
- Atenderemos las posibles dudas que les puedan ir surgiendo a los cuidadores, siempre con un lenguaje claro y sencillo

- Les ejercitaremos en habilidades prácticas ante las posibles complicaciones que les puedan surgir tanto en la piel periestomal como en el dispositivo
- Siempre que lo consideremos adecuado y sea posible, les pondremos en contacto con otros padres que hayan pasado una experiencia similar pues es muy positivo para ellos
- Al alta, les indicaremos la forma de obtener tanto el material que van a requerir para realizar las curas, como para el uso propio de la ostomía (facilitaremos material para unos días)
- Les daremos cita para venir a consulta (en coordinación con el resto de las consultas a las que tenga que acudir para hacerles menos gravoso la visita al hospital) Escala de valoración del dolor Escala llanto pediatría

CONSULTA AMBULATORIA

- Tras el alta, la primera visita a la consulta, la estableceremos a la semana siguiente. Las sucesivas se irán distanciando paulatinamente en base a la evolución de la ostomía y a las demandas de la familia o cuidadores
- Valoraremos el estoma, el dispositivo, las complicaciones si las hubiese y la forma de tratarlas.
- Indicaremos el uso de bolsas colectoras y accesorios según la evolución de la morfología del estoma y de las características de la piel.

XII SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO ADECUADO

Factores a tener en cuenta:

- Edad de niño, peso y superficie del abdomen
- Tipo de estoma (urostomía, ileostomía, colostomía)
- Integridad de la piel periestomal
- Estoma protuido, plano o retraído

- En caso de tener varios estomas, proximidad y funcionabilidad de los mismos
 - Consistencia y volumen diario del efluente
 - Edad y movilidad del niño
 - Dispositivos y productos con los que contamos Dispositivos colectores
 - Bolsa de 1 pieza: disco adhesivo y bolsa en un elemento • Bolsa de 2 piezas: disco adhesivo (17-27 mm) y bolsa con cierre velcro que se une de forma adhesiva al disco
 - Bolsa de 3 piezas: disco adhesivo, bolsa y sistema de enganche mediante clipper
- Las bolsas de 1 y 3 piezas pueden ser:
- Cerradas: heces sólidas o pastosas
 - Abiertas (cierre de pinza o válvula): heces líquidas, semilíquidas o diuresis

XIII CUIDADOS DE LA PIEL PERIESTOMAL

- Realizar limpieza de forma cuidadosa con movimientos circulares de dentro hacia fuera
- La limpieza se realizará durante la primera semana con SSF (Suero Salino Fisiológico 0,9%), después con agua.
- El estoma está muy vascularizado por lo que puede sangrar fácilmente coincidiendo con su limpieza (ante sangrado continuado, contactar con cirujano).
- Secar bien la piel periestomal mediante suaves toques.
- Aplicar gasas vaselinizadas sobre el estoma hasta que sea funcionante.
- Cuando empiecen a salir heces, colocar dispositivo colector
- Usar gasas absorbentes para la recogida del efluente mientras se realiza cambio de dispositivo

- Observar y tratar la presencia de alteraciones de la piel: eritema, pliegues, depresiones, heridas adyacente

- Nivelar la piel periestomal con pasta o resina moldeable Cuidados del estoma

A. Observar el estoma:

- Color
- Diámetro
- Forma
- Permeabilidad
- Estructura (normal, alineado, prolapsado y retraído)
- Presencia de sangre
- Presencia de edema
- Presencia de úlceras, laceraciones u otras lesiones
- Integridad de la unión mucocutánea
- En el caso de estomas urinarios (MITROFANOFF) valorar la no permeabilidad de los mismos.

B. Realizar limpieza mediante suaves toquecitos con gasa húmeda.

C. Cuidados de la fístula mucosa o estoma no funcionante: La fístula mucosa no requiere dispositivo de ostomía a menos que haya descarga de débito asociada, o se precise proteger el estoma para evitar lesiones.

Las consideraciones para el cuidado de la fístula mucosa incluyen:

- Proteger y cubrir la fístula para evitar que se seque la mucosa, particularmente en niños expuestos a calor radiante. Es recomendable un apósito no adherente aplicado seco o con mínima cantidad de lubricante hidrosoluble.

- Aplicar una gasa con vaselina, un apósito de espuma absorbente lípido-coloide, o un apósito siliconado no adherente éstos apósitos son capaces de mantener la humedad del estoma.
- En el caso de aplicar vaselina y de tener un estoma funcionando en su proximidad, aplicar mínima cantidad para que no interfiera con la adherencia del dispositivo utilizado en el estoma funcionando.
- La fístula mucosa puede dejarse al descubierto en niños que usan pañal, si el niño no tiene riesgo de tocarse y dañarse el estoma. En ocasiones si no está protegida puede irritarse o sangrar por la fricción con el pañal o porque los niños se toquen, rasquen y se produzcan lesiones en la mucosa.
- Normalmente la fístula mucosa está situada por debajo del estoma funcionando pero en ocasiones puede estar colocada por encima y sí el volumen de secreción de la misma es alto puede interferir con la adherencia del dispositivo, en estas ocasiones se debe colocar un dispositivo de contención sobre la fístula. Generalmente la fístula y el estoma proximal o funcionando pueden ir en el mismo dispositivo.
- Circunstancias en las que , la fístula mucosa debe ir en un dispositivo separado al estoma funcionando:
 - Después de la reparación de malformaciones anorrectales, si los estomas están separados en el abdomen y no se pueden adecuar al mismo dispositivo de ostomía. Evitando así que se derramen las heces del estoma funcionando en la fístula mucosa, y preservando la contaminación de las heridas quirúrgicas y de futuras anastomosis.
 - La presencia de la fístula entre el extremo distal del intestino y el tracto urinario. Dispositivos separados previenen contaminaciones cruzadas entre el tracto urinario y las heces.

Colocación del dispositivo colector Disco:

- Medir estoma, recortar en plantilla y a continuación marcarlo en disco para hacer el recortado lo mas ajustado posible al estoma
- El orificio debe estar en el centro del disco pero, en los discos no perforados, se posicionará para evitar cicatrices u otras lesiones del abdomen
- Calentar el disco con las manos
- Colocación rápida del disco y presionar con los dedos desde el centro hasta el exterior en forma circular

Bolsa:

- Si la fijación es adhesiva, pegar de forma concéntrica sobre el disco
- Si la fijación es con cliper de seguridad (enganche mecánico), encajar sobre el disco presionando con el dedo de forma circular sobre el aro para asegurar el anclaje. Cerrar el seguro.

Vaciado:

- Cuando esté a 1/3 de capacidad
- Si se tiene que cuantificar, vaciarlo en un recipiente
- Limpiar la zona de drenaje y volver a cerrar
- Observar volumen y características de las heces (color, olor y consistencia)

Cambio:

- Realizar el cambio ante evidencias de inmediatez de fugas bajo el disco o cada tres días en caso de estar adherido
- En neonatos, no poner “parches” para prolongar el uso del dispositivo. El efluente puede dañar la piel periestomal
- Realizar el cambio cuando el estoma drene menos contenido (antes de las comidas) y el niño esté más tranquilo.

- Traccionar suavemente del disco humedeciendo la zona o aplicando sprays quitaadhesivos limpiando tras su uso la piel, no usar en RNPT (Recién Nacido Pre Término)
- En lactantes, la colocación lateralizada de la bolsa facilita el vaciado
- Usar el dispositivo más sencillo que se adecue a las necesidades del niño
- Establecer una rutina de cambio en la que el niño participe en caso de tener la edad adecuada
- En casos en los que tengan un alto débito, se usarán dispositivos de adultos preparados para un mayor volumen de heces y de expulsión de gases
- Si el débito es líquido se usarán dispositivos de urostomía
- En estomas retraídos o planos, usar dispositivos convexos. En determinadas ocasiones, en niños de corta edad, se podrá recortar la parte adhesiva blanda más distal respetando las lengüetas laterales para poderlo fijar con una cinta de sujeción
- En niños mayores, el uso de cinturones aumentan la fijación y por tanto la seguridad del dispositivo

RECUERDA

- *La valoración del estoma, piel periestomal y débito son fundamentales para decidir los cuidados adecuados en cada caso.*
- *La importancia de la elección del dispositivo óptimo, su colocación y el uso congruente de accesorios.*
- *La técnica de retirada de dispositivo e higiene deben realizarse cuidadosamente.*

XIV GRADO DE LESIÓN EN LA PIEL



- Proporciona definiciones operativas para la interpretación uniforme de lesiones de la piel periestomal
- Un instrumento de medida con contenido validado para clasificar el tipo de lesión y su ubicación
- Un sistema de clasificación objetivo para documentar los casos de lesiones de la piel periestomal

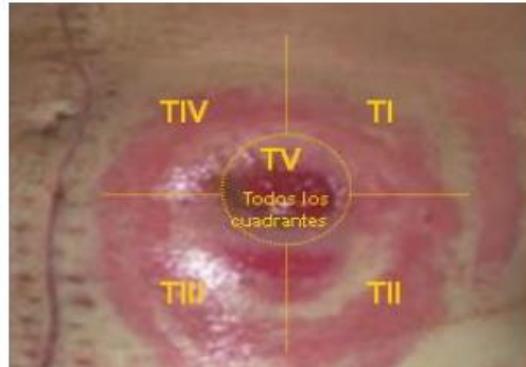
Paso 1
Evaluación y Clasificación
de la lesión
(L1-LX)



Paso 2
Identificar la localización
de la lesión
(TI-TV)



Paso 3
Documentar



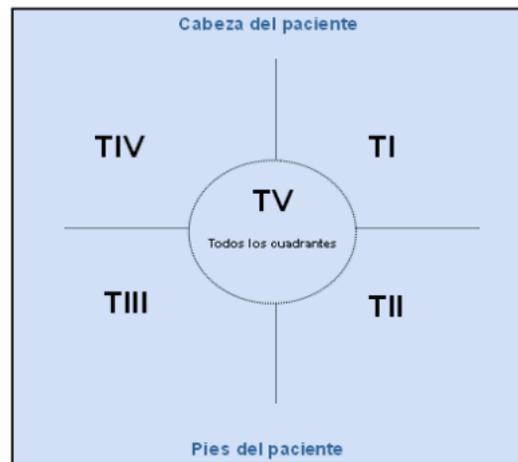
TI
Cuadrante periestomal superior izquierdo (reloj de 12 a 3)

TII
Cuadrante periestomal inferior izquierdo (reloj de 3 a 6)

TIII
Cuadrante periestomal inferior derecho (reloj de 6 a 9)

TIV
Cuadrante periestomal superior derecho (reloj de 9 a 12)

TV
Todos los cuadrantes periestomales



*Cuadrantes del estoma, no cuadrantes anatómicos
*Orientación de la esfera de reloj

XV DEFINICIONES DE LAS LESIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

Progresión en función de la profundidad de la piel afectada



La única diferencia entre L3 y L4 es la presencia de tejido necrótico y no viable



Una lesión LX implica proliferación o creación de tejido en lugar de destrucción de tejido debida a una erosión



Nota importante

- ***Es fundamental adaptar los cuidados a la edad y la situación clínica del niño.***
- ***El establecimiento de una relación terapéutica eficaz con los padres, basada en la comunicación y transmitiendo confianza es la base para capacitar a los cuidadores.***

XVI VALORACIÓN QUE SE DEBE REALIZAR DEL ESTOMA EN CADA CAMBIO DE DISPOSITIVO O CUANDO SE DETECTE UN PROBLEMA

Fundamental para detectar signos y síntomas de alarma. Hacer un registro y detectar los cambios con premura (en anexo).

- Fecha de cirugía (no todas las complicaciones aparecen en el mismo momento) •
- Tipo de estoma, número y localización
- Tipo de cirugía
- Permanente/Temporal
- Estoma:
 - Tamaño del estoma: (Medir con la guía de medición de estomas)

- Forma del estoma
- Color:
 - Rojo: flujo sanguíneo adecuado
 - Pálido: Contenido bajo de hemoglobina
 - Rojo oscuro, matiz violáceo (indica contusión)
 - De gris a negro (isquemia sin flujo sanguíneo)
- Aspecto:
 - Saludable: Brillante y húmedo
 - Tirante: Edematoso
 - Desgarrado (el estoma se ha cortado o rasgado)
 - Granulomas (nódulo sobre el estoma)
- Elevación:
 - Normal (1,5-2,5 cms)
 - Alineado (mucosa al nivel de la piel)
 - Retraído (por debajo del nivel cutáneo)
 - Prolapsado (longitud superior a 5 cms)
- Unión Muco-cutánea:
 - Intacta: La sutura de alrededor del estoma está intacta
 - Separada: Estoma separado de la piel, medir los milímetros
- Piel Periestomal:
 - Color:
 - Saludable: No se diferencia de la superficie cutánea adyacente
 - Eritema: Roja

- Contusionada: Color violáceo o amarillento
- Integridad:
 - Intacta: Piel no agrietada
 - Macerada: Piel blanca friable, con demasiada humedad
 - Erosión: Lesión superficial de la piel
 - Erupción: Brote de lesiones en la piel
 - Quemada: Pérdida de integridad cutánea
 - Ulceración: Heridas en la dermis
 - Dermatitis químicas
 - Dermatitis alérgicas
 - Pioderma
- Turgencia:
 - Normal: Blanda, buena elasticidad - Flácida: Débil y fofa - Firme: Dura
- Presencia de otras lesiones, exantemas, lesiones exudativas, eczema, psoriasis
- Heces:
 - Textura:
 - Sólida
 - Espesa
 - Pastosa
 - Líquida
- Olor:
 - Ninguno
 - Ligero

- Hediondo

•Expulsión de gases

Cantidad de heces por KG/ día (será diferente para cada paciente en función del tipo de estoma, patología de base y cms. de intestino funcionante) Estos datos son recogidos en la historia clínica. Importante para evitar deshidrataciones y desequilibrios hidroelectrolíticos.

- Deposición 20 mg/kg/día
- Colostomía 20-30 mg/kg/día
- Ileostomía 40-50 mg/kg/día
- Pérdidas altas reposición intravenosa con salino 0,9%
- Perdidas bajas reposicion intraenosa Ringer lactato

Dispositivo de ostomía usado

-De todos ellos se necesita Código Nacional y Referencia marca comercial

- De una pieza
- De dos piezas
- Dispositivo convex
- Productos selladores y de relleno (pasta, resinas moldeables...)
- Productos barrera (spray, toallitas, crema...)
- Otros accesorios (polvos de ostomía, cinturón, placa autoadhesiva...)

Nota importante

- ***La valoración del estoma y la piel periestomal en cada cambio de dispositivo es imprescindible para tomar decisiones adecuadas, prevenir y controlar problemas a tiempo.***
- ***Debemos conocer bien el abanico de accesorios y dispositivos a fin de adaptarlos correctamente al contexto del paciente.***

CAPÍTULO VII

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA ILEOSTOMIA

XVII PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA ILEOSTOMIA

Las complicaciones que se producen de forma precoz aparecen en el postoperatorio inmediato y son denominadas complicaciones inmediatas. Algunas de ellas son resultado de complicaciones del preoperatorio, errores técnicos o como consecuencia directa de la intervención. Las complicaciones tardías son aquéllas que aparecen por norma general después de un tiempo de haberse llevado a cabo la ostomía, aunque algunas de ellas pueden aparecer indistintamente en uno u otro periodo. Cuando no se ha podido ubicar el estoma correctamente en el preoperatorio, tal y como está descrito en el apartado destinado a los cuidados preoperatorios, pueden producirse problemas debidos a esta mala ubicación como fugas de heces, lo que obliga a cambios frecuentes, ya que puede provocar dermatitis en la piel circundante al estoma.

Complicaciones de las ostomías digestivas		
Inmediatas	Tardias	De la piel
Edema Hemorragia Isquemia, necrosis Retracción del estoma Dehiscencia Evisceraron	Estenosis Hernia Prolapso	Dermatitis Ulceración Granulomas Fistula intestinales

. Durante el postoperatorio inmediato es frecuente que aparezca cierto edema de la mucosa del estoma. Esto debido al propio trauma quirúrgico y suele disminuir en las dos o tres semanas posteriores a la intervención.

El prolapso de la ostomía frecuentemente causado por el aumento de la presión intrabdominal. Es más común en niños que en adultos, posiblemente debido al menor desarrollo fascial. Las ostomías prolapsadas pueden ser manualmente reducidas, pero recurren con frecuencia. Si hay evidencia de compromiso vascular (cianosis o necrosis) del intestino prolapsado, se observa una obstrucción o si la fracasa la reducción manual, es necesaria la derivación inmediata al cirujano infantil. Una ostomía retraída es aquella que se asienta en o bajo el nivel de la piel. La retracción de la ostomía puede ocurrir por factores quirúrgicos, como aumento de la tensión en el intestino causado por un mesenterio acortado o inadecuadamente alargado, longitud de la ostomía insuficiente por obesidad o una ubicación deficiente.

También pueden incluir aumento significativo de peso postoperatorio, infecciones periestomales crónicas, y estenosis de la ostomía. El manejo inicial se puede lograr usando anillos de protección cutánea alrededor de la ostomía. Los niños mayores, con frecuencia son capaces de utilizar el sistema de bolsa para adulto. En estos casos, muchos dispositivos están disponibles. Un pegamento que proteja la piel puede ser usado en conjunto con el sistema de bolsa. Se aplica una capa delgada de manera que el flujo drene por sobre el pegamento en vez de tunelizarse bajo éste. Si existen dificultades persistentes, puede indicar la necesidad de una revisión quirúrgica.

La estenosis es un estrechamiento del lumen de la ostomía, que puede resultar en la obstrucción o expulsión de las deposiciones a presión. La estenosis puede ocurrir como resultado de una sutura inadecuada de la capa fascial, excisión inadecuada de la piel o separación mucocutánea.

XVIII PROBLEMAS GRAVES DE LA PIEL

Las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que usted logre un buen cierre alrededor del estoma. Es importante tratar inmediatamente las irritaciones menores. Si tiene un área grande irritada, comuníquese con su médico o enfermera especialista en ostomía. Ellos pueden recetarle medicina que le ayudará a secar y sanar su piel.

Para las úlceras por presión profundas causadas por un cinturón de ostomía muy apretado, quítese el cinturón y llame inmediatamente a su médico o enfermera especialista en ostomía. Necesitará que se le dé tratamiento.

XVIII.1 NECROSIS

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN

Muerte del tejido estomal debido a la alteración del flujo sanguíneo. Suele presentarse 24 h después de la cirugía.

Se reconoce por la coloración oscura o parduzca del estoma, muy diferente a su color rojo brillante habitual

A la palpación, el estoma puede encontrarse suave y blando (Butler, 2009) o duro y seco

ENTRE LAS CAUSAS PODEMOS ENCONTRAR

Suturas constrictivas; excesiva tensión mesentérica, embolia, hipotensión/hipovolemia, edema severo, aumento de presión relacionado con dispositivo.

INTERVENCIONES:

- Valoración de la coloración del estoma y la apariencia de la mucosa cada 8 horas durante las primeras 72 horas del postoperatorio.

- Adaptar el dispositivo para prevenir constricción del estoma.
- En pacientes portadores de ostomías digestivas de eliminación instaurar dieta baja en residuos para favorecer el paso de las heces.
- Monitorizar frecuentemente signos de edema y estenosis.
- Proteger piel periestomal.

PUNTOS CRÍTICOS:

- Notificar al cirujano si la coloración no es rojo/rosada.
- Identificar y manejar precozmente situaciones de hipotensión/hipovolemia.
- Valorar dolor, signos de abdomen agudo y otros indicadores de empeoramiento clínico.



Estoma necrosada de dos bocas

XVIII.2 ESTENOSIS

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN:

Estrechamiento del orificio del estoma que ocasiona una inadecuada evacuación.

ENTRE LAS CAUSAS PODEMOS ENCONTRAR:

Técnica quirúrgica defectuosa (orificio de pequeñas dimensiones, o lineal, a nivel de la aponeurosis), cierre de la zona periestomal por segunda intención en el postoperatorio inmediato.

TAMBIÉN PUEDE SER UNA COMPLICACIÓN TARDÍA.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- Ostmías digestivas de eliminación: diarrea, dolor cólico, meteorismo, diarreas explosivas.
- Derivaciones urinarias: disminución del débito, dolor en flanco, aumento de orina residual en conductos, salida de orina en proyectil al cateterizar ostomía, infecciones de orina recurrentes.

FACTORES DE RIESGO:

Tejido de cicatrización en piel periestomal o a nivel de la fascia relacionada con dehiscencias, edema, granulomas, exacerbaciones de Enfermedad de Crohn o neoplasias, inadecuada sutura de la fascia, isquemia/necrosis/retracción/infección del estoma, pobre maduración del estoma, incrustación alcalina en derivaciones urinarias

INTERVENCIONES:

- Descartar enfermedad recurrente
- Dieta baja en residuos, aumento de ingesta de líquidos y considerar el uso de laxantes
- En derivaciones urinaria, acidificar la orina a menos de que se contraindique por otro motivo.
- Tratar adecuadamente el granuloma con nitrato de plata.
- Evitar la dilatación rutinaria del estoma por riesgo de fibrosis, daño de estructuras adyacentes y evidencia insuficiente.

PUNTOS CRÍTICOS:

- El uso de derivados de la plata en neonatos no está recomendado por su absorción sistémica.
- Se debe prestar especial cuidado en proteger adecuadamente la piel periestomal con vaselina antes de la cauterización del granuloma con nitrato de plata. Pasadas unas horas se procederá a lavar la zona y aclarar con abundante agua para eliminar restos.
- Notificar al cirujano ya que puede requerirse revisión quirúrgica.



XVIII.3 PROLAPSO

DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN:

Excesiva protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen, mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en condiciones normales.

Puede aparecer de forma súbita o progresiva en todos los estomas digestivos de eliminación.

El prolapso puede ocasionar un compromiso del riego, edema y aumenta el riesgo de trauma.

FACTORES DE RIESGO:

Colostomías en cañón de escopeta (loop), debilidad de la pared abdominal, fijación inadecuada del intestino a la pared abdominal, aumento de la PIA (secundaria a llanto, tos, débil tono muscular y obesidad).

PUNTOS CRÍTICOS

- En casos de imposibilidad de reducir el prolapso, isquemia, obstrucción, invaginación o torsión, avisar al cirujano para posible revisión quirúrgica
- Es frecuente que tras una reducción manual el intestino vuelva a prolapso.



PROLAPSO

XVIII.4 SANGRADO

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN:

La mucosa estomal es un tejido muy vascularizado. Por tanto puede sangrar con facilidad debido a mínimos traumas en manipulaciones tales como:

- Limpieza agresiva del estoma
- Fricción y trauma secundario al dispositivo y su manejo. Este tipo de sangrado suele ser autolimitado y en sábana. El sangrado profuso (en general originado en la luz intestinal) puede ser indicador de otras patologías primarias o recurrentes, así como de situaciones de compromiso vital (pancitopenias, alteraciones de la coagulación, hipertensión portal, perforación intestinal)

INTERVENCIONES:

- En caso de que el sangrado superficial no se autolimita, aplicar presión directa con compresas frías

- Utilizar un dispositivo que evite presión o trauma como un sistema flexible de 1 o 2 piezas y un tamaño de abertura estoma adecuado.

- Monitorizar la frecuencia de cambio de dispositivo.
- Instruir a niños y cuidadores en la prevención del sangrado, especialmente en pacientes con factores de riesgo, así como en la identificación de signos de alarma.

PUNTOS CRÍTICOS

- El sangrado profuso es un signo de alarma y debe estudiado con urgencia para evitar repercusiones hemodinámicas.



SANGRADO EN ILEOSTOMIA

XVIII.5 LACERACIÓN DEL ESTOMA

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN:

Lesión en el estoma producida por trauma o presión. En general a causa de un mal ajuste de la placa o fricción de origen diverso

Habitualmente se presenta como una lesión lineal de color blanquecino o amarillento en la mucosa aunque también puede presentarse como una zona sangrante

INTERVENCIONES:

- Valorar sangrado.
- Presión directa, hemostasia tópica (ver actuación en caso de sangrado).
- Medir estoma y valorar el ajuste del dispositivo, especialmente en caso de prolapso.
- Si la laceración está relacionada con actividad del paciente, realizar educación sanitaria para prevenir riesgos o indicar protectores estomales.

PUNTOS CRÍTICOS:

- Identificar y eliminar el factor causal.

XVIII.6 RETRACCIÓN

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN

La retracción ocurre cuando el estoma se aplana o incluso queda por debajo del nivel de la piel. La profundidad de la retracción puede aumentar cuando el paciente está sentado.

Factores relacionados: mesenterio corto, aumento ponderal rápido, obesidad, técnica quirúrgica, excesiva tensión en lla sutura a nivel de la fascia, malnutrición, inmunosupresión

INTERVENCIONES:

- Valoración por Cirujano
- Medidas conservadoras: placas convexas comercializadas o elementos convexos creados con resinas moldeables, en ocasiones dispositivo muy flexible de 1 pieza.

PUNTOS CRÍTICOS:

- La retracción puede crear un área cóncava en el abdomen y dificultar el ajuste de cualquier dispositivo, aumentando el riesgo de lesiones en la piel periestomal y afectando a la calidad de vida del paciente.

XVIII.7 OBSTRUCCIÓN PARCIAL/COMPLETA

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN:

Descenso o ausencia del efluente debido a factores dinámicos o adinámicos

- Factores adinámicos: íleo paralítico (secundario a cirugía, medicación, afectación espinal, enfermedad metabólica o trauma)
- Factores dinámicos: enfermedad de Crohn, adherencias, hernia estrangulada, fecalomas. En estomas urinarios, estenosis, hiperplasia epitelial.

Síntomas en ostomías intestinales:

- Distensión abdominal.
- Dolor cólico.
- Náuseas y vómitos.
- Ausencia de sonidos intestinales.

Síntomas en urostomías:

- Infecciones de orina de repetición.

INTERVENCIONES:

Enseñar a los cuidadores a:

- Dar al niño un baño templado.
- Reajustar el dispositivo si hay edema estomal.
- Colocar al niño en decúbito lateral y aplicar masaje abdominal.
- En ausencia de vómitos favorecer la ingesta de líquidos templados para estimular peristaltismo. El equipo médico debe realizar una adecuada exploración e irrigar a través del estoma si es preciso.

PUNTOS CRÍTICOS:

- La obstrucción completa de un estoma urinario o intestinal es una urgencia médica.

XIX COMPLICACIONES PERIESTOMALES DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN

- Se considera poco frecuente, es una respuesta inflamatoria debida a una hipersensibilidad a componentes químicos en productos de los dispositivos, barreras .
- La característica de la dermatitis de contacto es que suele afectar a un área igual en tamaño y forma a la del alérgeno.
- Los síntomas pueden variar en severidad, desde el eritema hasta la lesión exudativa, acompañada de dolor y prurito.

INTERVENCIONES:

- Discontinuar el uso de los materiales potencialmente alérgenos.
- Consultar con el equipo médico el uso de antiinflamatorios tópicos.
- Ante la persistencia de la respuesta alérgica, derivar al dermatólogo.

XIX.1 INFECCIÓN FÚNGICA

DEFINICIÓN/DESCRIPCIÓN:

- La causa más común de infección fúngica en pacientes con ostomías es el sobrecrecimiento de una Cándida.

- Se presenta con pústulas o pápulas, eritema difuso y maceración, pueden observarse también lesiones satélite y los pacientes suelen referir prurito y sensación de ardor alrededor del estoma .

Factores de riesgo:

- Exposición prolongada a la humedad
- . - Inmunosupresores, corticoterapia prolongada.
- Diabetes Mellitus.
- Antibioterapia prolongada.

INTERVENCIONES:

- Optimizar ajuste del dispositivo.
- Uso de polvos antifúngicos y selladores libres de alcohol.

PUNTOS CRÍTICOS:

- La prescripción de antifúngicos sistémicos puede ser precisa en casos severos
- Evitar el uso de cremas antifúngicas que pueden interferir en la adhesividad de la placa



**INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO MODELO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8858-12**

ENCUESTA

Fecha de elaboración 24 de mayo del 2022

Esta encuesta está dirigido al personal de enfermería al área de pediatría mixta 3 y 4 en el servicio de gastroenterología del Hospital Infantil de México Federico Gomez.

Objetivo, tiene la finalidad de recabar información complementaria a la elaboración de tesis y así lograr el grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Tema de cuidados de enfermería en pacientes recién nacidos osteomizados con ileostomía, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez el 01 de agosto al 30 de diciembre de 2021.

1. ¿Conoces la clasificación de las estomas?

Si No

2. ¿Identificas el estoma de ileostomía en pacientes recién nacidos?

Si No

3. ¿Conoces las funciones de las estomas en pacientes recién nacido?

Si No Algunas

4. ¿Has recibido curso sobre los cuidados de enfermería de estomas en estos últimos dos años?

Si No Nunca

5. ¿Has manejado pacientes recién nacido con ileostomía?

Si No Nunca

6.- ¿Aplicas las valoraciones del cuidado la piel en un estoma de ileostomía en el recién nacido?

Si No Siempre

7. ¿Conoces los cuidados generales de enfermería en los estomas de ileostomía en el recién nacido?

Si No Nunca

8.¿Conoces los diferentes tipo de materia al cambiar la balsa recolectora en los pacientes recién nacidos ?

Si No Algunos

9.¿Aplicas la técnica correcta de enfermería para realizar el cambio de bolsa recolectora en pacientes recién nacido?

Si No Casi siempre

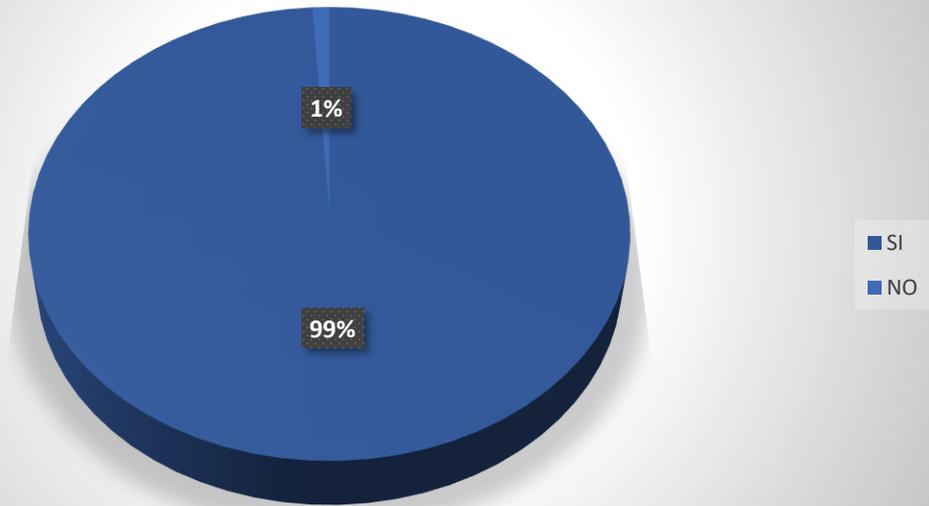
10.¿Te consideras con los conocimientos para tratar a pacientes recién nacido con ileostomía?

Si Poco Mucho



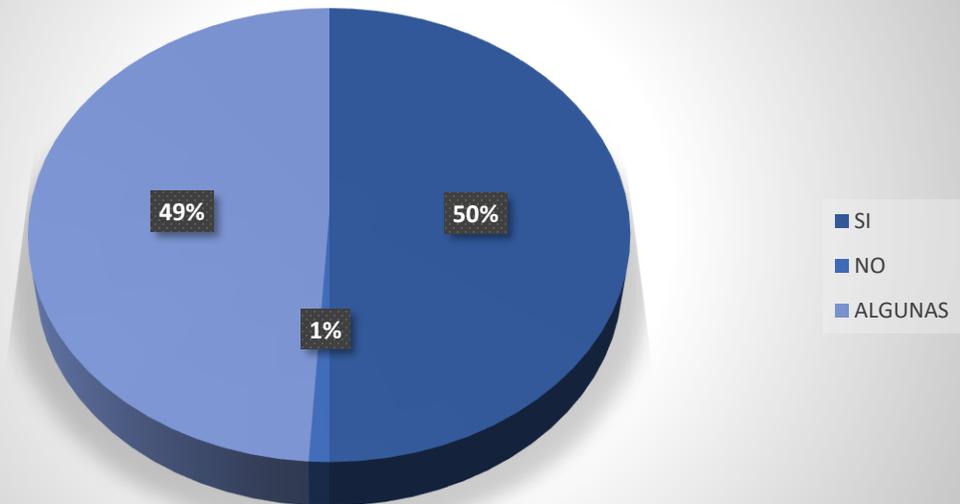
1.¿Conoces la clasificación de los estomas?

PREGUNTA 2



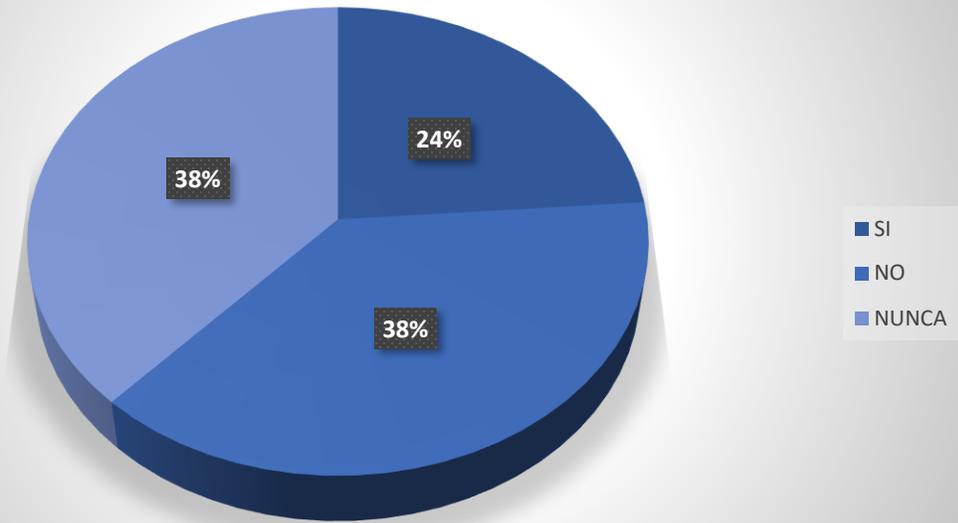
2. ¿Identificas el estoma de ileostomía en pacientes recién nacidos?

PREGUNTA 3



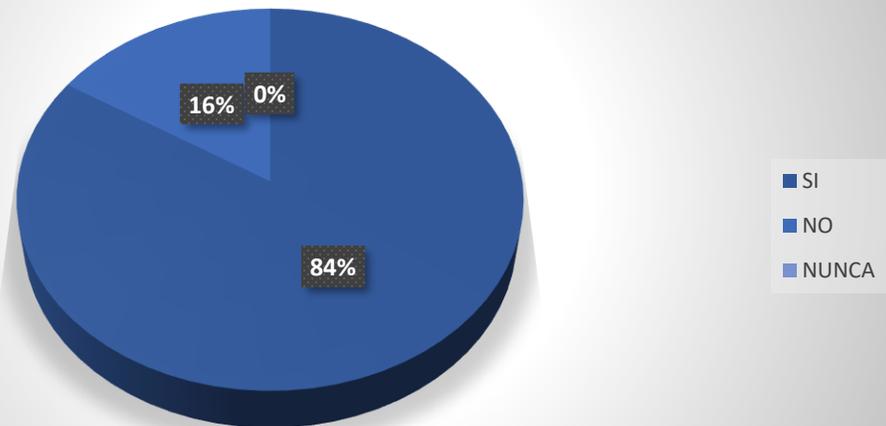
3. ¿Conoces las funciones de los estomas en pacientes recién nacido?

PREGUNTA 4

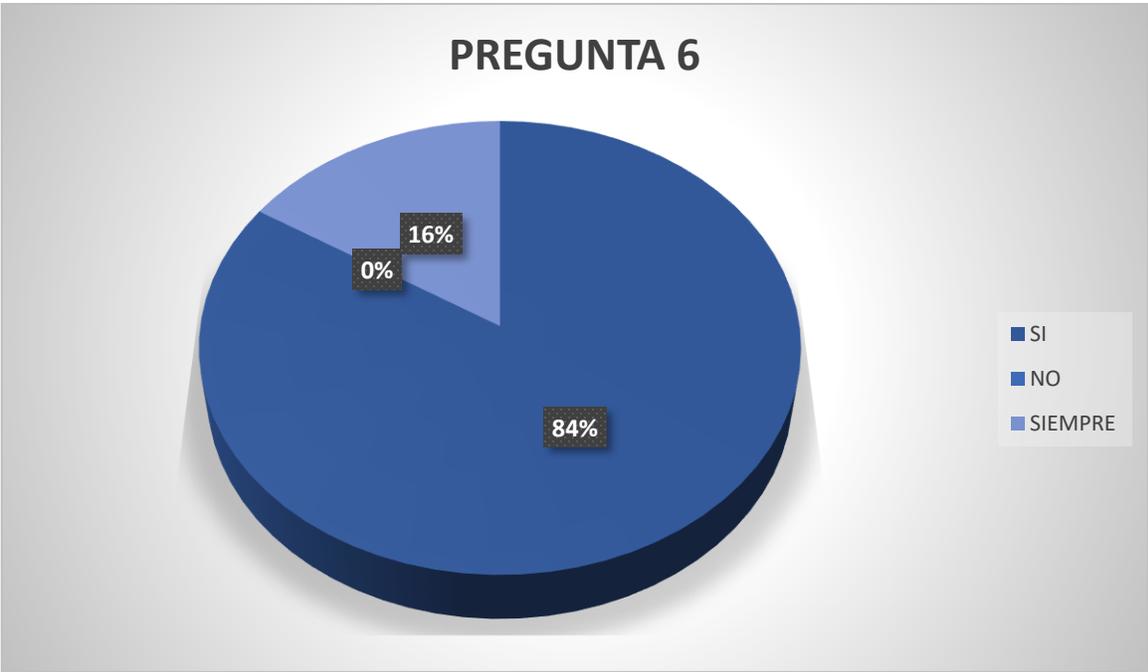


4. ¿Has recibido curso sobre los cuidados de enfermería de estomas en estos últimos dos años?

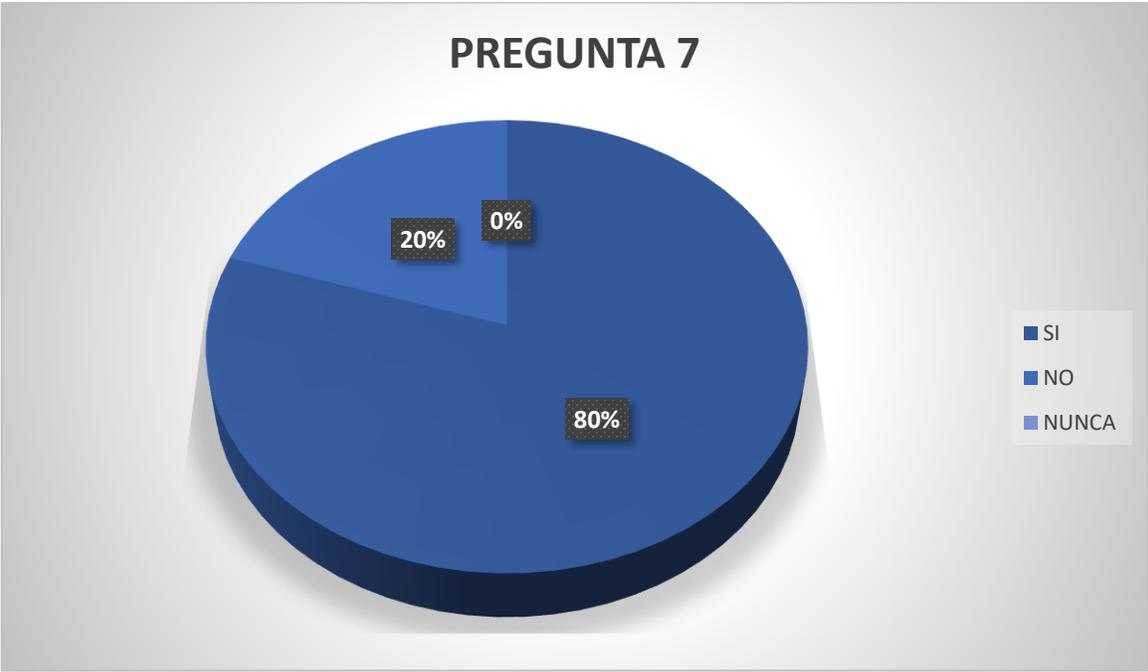
PREGUNTA 5



5. ¿Has manejado pacientes recién nacido con ileostomía?

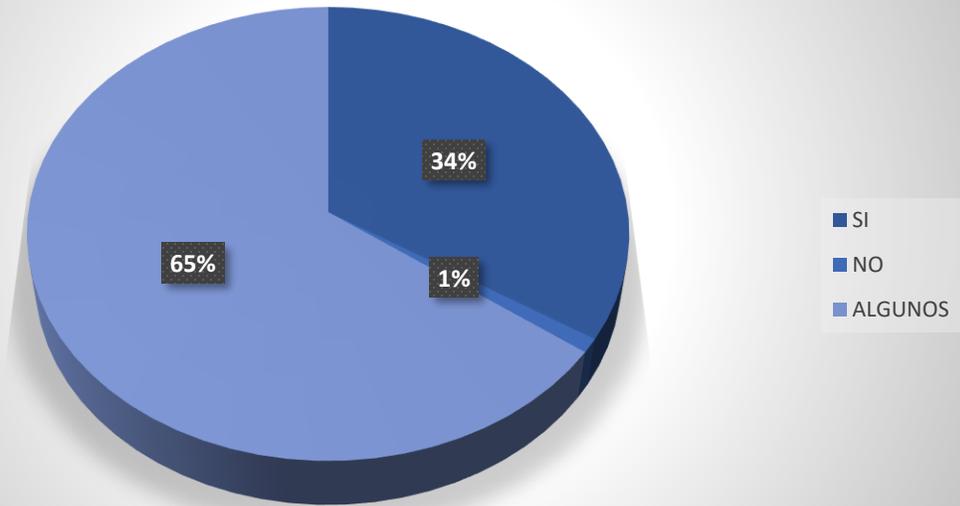


6-¿Aplicas las valoraciones del cuidado la piel en un estoma de ileostomía en el recién nacido ?



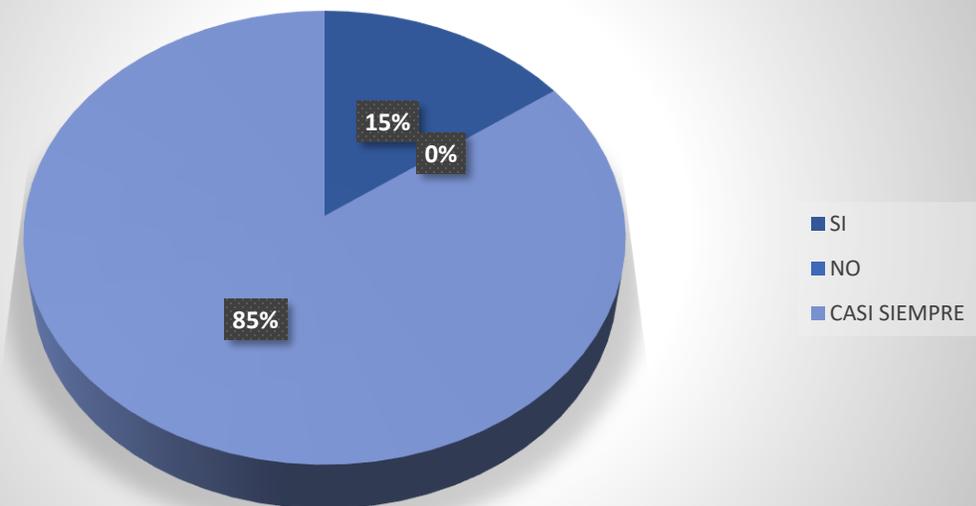
7.¿Conoces los cuidados generales de enfermería en los estomas de ileostomía en el recién nacido?

PREGUNTA 8

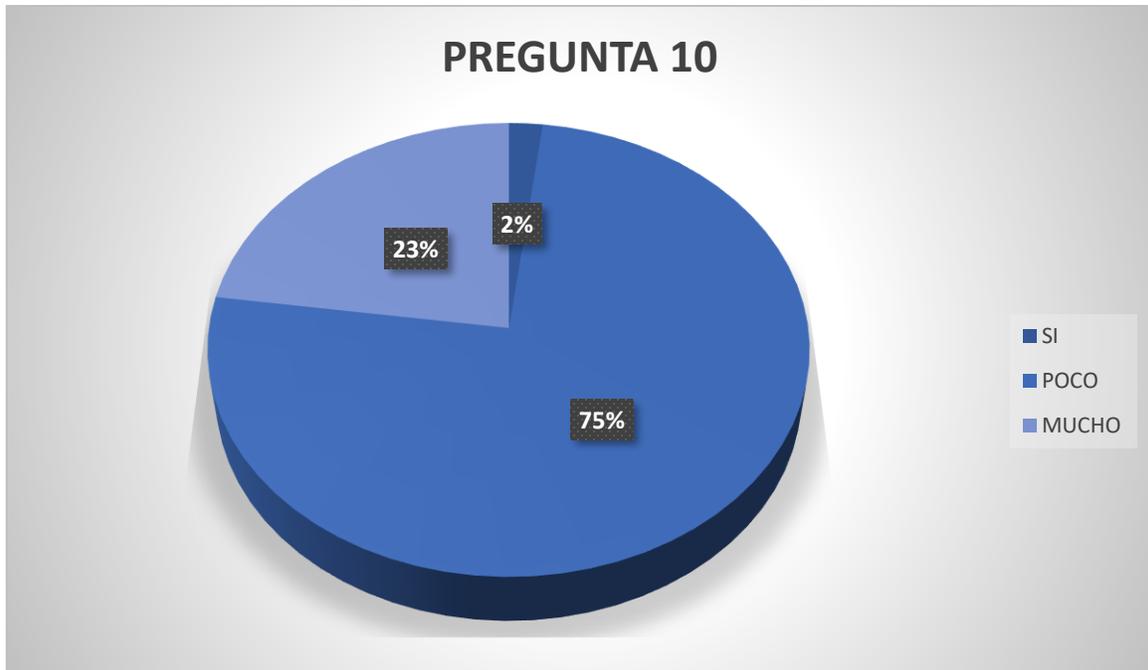


8.¿Conoces los diferentes tipo de materia al cambiar la balsa recolectora en los pacientes recién nacidos ?

PREGUNTA 9



9.¿Aplicas la técnica correcta de enfermería para realizar el cambio de bolsa recolectora en pacientes recién nacido?



10.¿Te consideras con los conocimientos para tratar a pacientes recién nacido con ileostomía?

XX INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO APLICADO

P1) Se encuentra que el personal de enfermería del área de pediatría mixta 3 y 4 del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se plantea la pregunta sobre la clasificación de los estomas, lo cual el personal de enfermería contesta que un 99% que si, P2) De igual forma el personal encuestado contesta que si sabe la identificación de ileostomía en los pacientes recién nacido por lo que nos da un 99%, el 1% del personal que contesta que no identifica es por ser de nuevo ingreso, P3) En área de gastroenterología identifica y conoce algunas de las funciones de los estomas, lo cual eso nos da un porcentaje de un 49%, en la encuesta aplicada, el 1% no conoce las funciones de las mismas, y el 50% de las enfermeras conocen muy bien el funcionamiento de los estomas, P4) Como al igual han contestado que si han tomado cursos, de estomas y el 38% mencionan que nunca se les han impartido un curso de estomas, el otro 38% menciona que no han tomado en los últimos dos años, P5) y al ser posible un 84 % de las enfermeras del turno mixto si

han manejado pacientes recién nacido con ileostomía y el otro 16% del personal de enfermería al no ser del servicio, no han manejo recién nacido con ileostomía, P6) A su vez la aplicación de la valoración de los cuidados de la piel en el estoma de ileostomía en paciente recién nacido son aplicados un 80% por lo que eso nos da el bien del estoma, P7) lo que nos da como resulta que el personal de enfermería conoce los cuidados de enfermería para el manejo de ileostomía en pacientes recién nacido, P8) El 65% conocen los diferentes tipo de materia al cambiar la bolsa [recolectora en los pacientes recién nacidos, P9) 85 % del personal de enfermería aplicas la técnica correcta para realizar el cambio de bolsa recolectora en pacientes recién nacido, P10) El personal de enfermería el 75 % se considera con escasas conocimientos para tratar a pacientes recién nacido con ileostomía.

XXI CONCLUSIONES DEL CUESTIONARIO

Se ha identificado que el personal de enfermería del área de pediatría mixta 3 y 4, del servicio de gastroenterología, se requiere conocimientos básicos sobre el cuidado de enfermería en los estomas de ileostomía, ya que por medio de la encuesta se logra notar que solo un 24 % del personal ha tomado curso en los últimos dos años del cuidado de enfermería en pacientes recién nacido osteomizados.

XXII CONCLUSIONES GENERALES

El personal de enfermería del Hospital Infantil de México Federico Gómez del servicio de pediatría mixta 3 y 4 en conclusión sobre el tema visto para la realización de tesis con el tema de cuidado de enfermería en pacientes recién nacidos osteomizados con ileostomía, coordine con los profesiones que atienden pacientes recién nacido en el servicios de herida y estomas, impartido nuevas estrategias para fortalecer los conocimientos para así la atención que brinda el personal de enfermería sea valida y adecuada .

XXIII RECOMENDACIÓN

Se recomienda que el personal de enfermería que atiende pacientes pediátricos osteomizados del área de pediatría mixta 3 y 4 del Hospital Infantil de México, Federico Gómez por el servicio de gastroenterología deberán de instruirse, adecuadamente en base a los protocolos de acción y guía de práctica clínica de la atención en recién nacidos osteomizados, o toma de curso en el manejo de estomas, con el objetivo de mejorar la atención correctamente de los pacientes osteomizados, o de igual manera que coordinen con los profesionales que atienden a los pacientes con estomas en el servicio de heridas y estomas, para así se pueda impartir nuevas estrategias para fortalecer los conocimientos, para que así la atención que brinda el profesional de enfermería se valida y adecuada.

XXIV ANEXOS

ANEXO 1.

En la imagen se presenta ileostomía de dos bocas proximal y distal.



Ileostomía de dos bocas

ANEXO 2.

En la imagen se presenta ileostomía de una boca.



Ileostomía de una boca

ANEXO 3.

En la imagen se muestra la bolsa recolectora.



Bolsa recolectora

ANEXO 4.

La imagen presenta lesión grado tres lesiones abiertas que se extiende al tejido subcutáneo, y por debajo pérdida total del espacio de la piel.



Laceración en la piel grado 3 (lesión ulcerosa)

ANEXO 5.

La imagen presenta sangrado en la estoma.



Sangrados en el estoma

XXV GLOSARIA

1. **Ostemizado:** Operación realizada para crear una abertura (estoma) desde un área en el interior del cuerpo hacia el exterior
2. **Ileostomía:** Abertura del íleo, parte del intestino delgado, desde afuera del cuerpo.
3. **Estoma prolapsado:** Ocurre cuando el intestino delgado desciende al interior de la cavidad pélvica inferior y empuja la parte superior de la vagina, y se forma una protuberancia.
4. **Lesión periestomal:** Es la piel que rodea el estoma.
5. **Fistula:** Es una abertura anormal en el estómago o los intestinos que permite la filtración de los contenidos a otra parte del cuerpo
6. **Infección fúngica:** Don la invasión de los tejidos por una o más especies de hongos
7. **Sigmoidostomía** Es un procedimiento empleado para ver el interior del colon sigmoide y el recto

XXVI BIBLIOGRAFÍA

Batalla, M. L. (2018). Guía de atención integral al niño ostomizado. Madrid. España.: primara editorial.

Cebrián Batalla, M. L., Guijarro González, M. J., & Martín Romero, C. (2018). Guía de Atención Integral al niño ostomizado. En DESCRIPCIÓN DE LOS ESTOMAS EN FUNCIÓN DE SU (págs. 56- 61). Madrid: Madrid.

Gómez-Gómez, M. (Enero-Febrero 2012). Clasificación de los niños recién nacidos. Mexico : 1990: 18-26.

Guía de Atención Integral al niño ostomizado. (2018). Madrid. España.

Perez hernández, B. B. (2015). Embrilogía. México: Avila.

Sayas, M. Á. (2005). ESTOMAS MANUAL PARA EMFERMERIA . MEXICO: Doyma S.A. .

Vallejo, J. C. (2016). Proceso Enfermero desde el modelo de virginia henderson y lenguajes de NNN. Unidad Xochimilco: Primera edicion .

Guijarro González MJ. Gastrostomía y nutrición. Cuidados de enfermería. Rev. ROL Enf 2003; 26(9):618-620

Guijarro González MJ. Cuidados de enfermería en la ostomía digestiva pediátrica. An Pediatr Contin. 2012;10(5):290-4

Jarosz, E. E., Haga, L. J., & Ramasethu, J. (2002). Neonatal ostomy and gastrostomy care. In M. G. MacDonald, & J. Ramasethu (Eds.), Procedures in neonatology (pp. 323-331). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Martinez Cano A, Valero Cardona A, Suzzi CH. Protocolo de cuidado y cura de ostomias en pediatria. Servicio de Pediatria , sección UICN. Hospital general de Castellón .Noviembre 2015

