

Congresos

Medwave. Año IX, No. 12, Diciembre 2009. Open Access, Creative Commons.

Cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: gastrostomías

Autora: Milena Pimstein⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Clínica Los Coihues, Santiago, Chile; Sociedad Chilena Pediatría

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.12.4311>

Ficha del Artículo

Citación: Pimstein M. Cuidado de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: gastrostomías. *Medwave* 2009 Dic;9(12) doi: 10.5867/medwave.2009.12.4311

Fecha de publicación: 1/12/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada de la conferencia que se dictó en el XLVIII Congreso Chileno de Pediatría realizado en Viña del Mar entre el 26 y el 29 de Noviembre de 2008. El congreso fue organizado por la Sociedad Chilena de Pediatría bajo la presidencia de la Dra. Lidya Tellerías C.

Introducción

En esta conferencia se analizará algunos aspectos prácticos en la atención de los pacientes que requieren cuidados especiales de atención en salud, cuyo número va en aumento en los sistemas públicos de atención primaria y en otros sistemas de salud.

Uno de los elementos fundamentales de los cuidados especiales es el manejo de las ostomías, que con frecuencia es motivo de conflicto en los lugares de atención primaria porque allí consideran que este manejo debe ser efectuado "por el especialista". Este enfoque debe cambiar, porque si bien hay algunos pacientes crónicos con patología muy circunscrita a cierta especialidad, se está generando un número cada vez mayor de niños con múltiples secuelas secundarias a compromiso de distintos órganos y sistemas, lo que implica que deben ser atendidos periódicamente por múltiples especialistas, con el consiguiente gasto de tiempo y energía para los pacientes y sus familias. En este contexto, el enfoque actual se orienta a *desmedicalizar* a estos niños y a facilitar su inserción en el medio que los rodea en la forma más normal posible; para ello se debe contar con un médico de cabecera que sea capaz de resolver la mayor parte de sus problemas.

En la primera parte se hablará sobre las gastrostomías (GTT); en la segunda parte se expondrá los principales aspectos del manejo de las traqueostomías.

Gastrostomías

En la atención primaria de salud es cada vez más frecuente encontrar pacientes con necesidades especiales de atención en salud portadores de GTT, cuya mantención y buen uso es fundamental para prevenir la aparición de

complicaciones posteriores, como por ejemplo, el daño pulmonar secundario a neumonías aspirativas en pacientes con trastornos de la deglución. Existe una gran variedad de GTT: botón, sonda balón, sonda petzer y sondas gastroduodenales de uno o dos lúmenes; incluso, si no se dispone de recursos se puede utilizar la sonda foley (Fig. 1).



Figura 1. Sondas de gastrostomía.

Los cuidados habituales de la GTT deben ser conocidos no sólo por el médico tratante, sino también por la cuidadora del niño, que generalmente es la madre; si se la capacita en forma adecuada disminuirá notablemente la necesidad de acudir a centros de salud por complicaciones de la GTT. Los cuidados habituales son:

- Aseo peri-gastrostomía: en los hospitales se utiliza solución fisiológica y gasa, pero a la larga esto barre las células epiteliales superficiales de la piel que rodea a la GTT, lo que favorece el desarrollo de erosiones e infecciones. Por ello se recomienda limpiar con agua o agua destilada por arrastre, evitando tocaciones.
- Movilización periódica: todos los días se debe movilizar hacia adentro y abajo con movimientos giratorios, de modo que no se generen adherencias.
- Limpieza del lumen: en el domicilio la sonda se puede retirar, lavar con lavalozas, enjuagar y reinstalar, para eliminar residuos de grasas.
- Vigilar el estado de la sonda: se debe verificar que no se produzca acodamiento, que la sonda no tenga demasiado desgaste y que no tenga riesgo de fractura y caída hacia el lumen intestinal.
- Vigilar la posición de la sonda: las sondas largas, no así los botones, pueden ser arrastradas por el peristaltismo y producir problemas de suboclusión intestinal y síndrome pilórico, entre otros.
- Evaluar la permeabilidad.

Cuando se instala la sonda o el botón de GTT se recomienda probar primero el *cuff*; luego instalar e inflar con agua bidestilada, no con suero fisiológico que daña más rápidamente. Luego se debe evaluar *in situ* mediante los siguientes pasos: instilar aire y auscultar para escuchar el borborismo; movilizar; palpar el balón al traccionar; instilar agua y después aspirar el contenido gástrico; y en última instancia, en caso de duda, se puede tomar una radiografía.

A continuación se revisarán las posibles complicaciones de la GTT y el manejo que se recomienda para cada una de ellas, considerando que cuando una GTT deja de funcionar, el problema puede ser: de la sonda o botón, del ostoma o del tubo digestivo.

Complicaciones de la gastrostomía: de la sonda o botón

La sonda o botón se puede complicar por obstrucción del lumen, ruptura del trayecto, salida accidental o migración.

La obstrucción del lumen puede ser intrínseca, por depósito de residuos de comida, leche o medicamentos; para destapar este tipo de obstrucción se puede aplicar compresión o aire, que es lo que se recomienda habitualmente, pero también es muy útil la instilación durante dos o tres horas de jugo de piña o papaya, o mejor aún, de bebida cola. La obstrucción del lumen también puede ser extrínseca: acodamiento de la sonda u obstrucción por brida, sobre todo en pacientes que tienen múltiples intervenciones quirúrgicas; en este caso se debe intentar movilizar, especialmente si se trata de una sonda yeyunal.

En caso de ruptura del trayecto, solamente hay que cambiar la sonda.

Frente a la salida accidental es muy importante determinar si han pasado más de 7 a 10 días desde que se hizo la cirugía, porque en este caso hay riesgo de falsa vía. Si la sonda tiene balón desinflado se debe evaluar el estado del balón y la válvula del *cuff*, para considerar el cambio. Si la salida se produjo con balón inflado se debe evaluar el grado de traumatismo: ver el estado del ostoma, observar si hay sangramiento hacia el interior, aspirando o hacia el exterior y saber que existe riesgo de crear una falsa vía, sobre todo si la colocación tuvo algún grado de dificultad.

La migración de la sonda ocurre cuando ésta es larga; por acción del peristaltismo puede migrar hacia arriba, hacia el esófago o hacia el duodeno. En el primer caso el paciente presenta síntomas como arcadas, vómitos y regurgitación desde el inicio de la alimentación; en caso de migración hacia el duodeno los síntomas son los propios del síndrome pilórico, con distensión abdominal, arcadas y vómitos que se presentan después de que se inicia la alimentación (más tardío). El manejo consiste en aplicar tracción suave, desinflar el *cuff*, retirar y volver a reinstalar.

En la siguiente imagen se observa un paciente con gran distensión abdominal secundaria debido al uso de una sonda foley, que a diferencia de las sondas habituales, cuya punta termina muy cerca del balón, tiene una punta muy larga de modo que el balón quedó situado a la salida del píloro, con la punta hacia dentro del estómago. La paciente tenía gastroparesia y varias otras dificultades gastrointestinales, de modo que tomó varios días resolver esta complicación (Fig. 2).



Figura 2. Complicaciones de la GTT: migración de la sonda.

Complicaciones de la gastrostomía: ostomía

Un problema muy frecuente de las ostomías es la irritación de la piel por filtración de contenido gástrico, debido a que la sonda es muy pequeña o a que el ostoma agranda o se moviliza en exceso, produciendo gran eritema, erosión y riesgo de infección; como el contenido gástrico es ácido y produce erosión tipo úlcera, se puede utilizar sucralfato para crear una película que impide que el contenido ácido entre en contacto con la piel y favorece la re-epitelización. En casos muy graves, en que además hay pérdidas digestivas por razones intrínsecas del tubo digestivo, se debe proteger con Duoderm e incluso con una bolsa de colostomía; esto se aplica a aquellos pacientes de bajos recursos que no tienen acceso a mejores medios.

La ostomía también se puede complicar por compresión excesiva debido a instalación de un botón muy apretado o a que el paciente sube de peso y el botón queda comprimiendo la pared abdominal, lo que produce erosiones y mucho dolor a la movilización (Fig. 3).



Figura 3. GTT: complicaciones de la ostomía.

Otro problema frecuente del ostoma es el granuloma, que sangra, pero no duele, y las cicatrizaciones queloideas, que tienen el problema de que si se retira accidentalmente la sonda y no se reinstala de inmediato el ostoma tiende a cerrarse más rápidamente que las ostomías habituales.

También se puede producir sangrado, que puede ser: perigastrostomía, del mismo granuloma, de contenido gástrico o de origen sistémico. En la siguiente figura, en la imagen inferior se observa una fisura producida por un botón que estaba muy apretado y produjo una erosión que podría ser el punto de entrada para una celulitis (Fig. 4).



Figura 4. GTT: complicaciones de la ostomía. Abajo: fisura secundaria a botón demasiado ajustado.

Otras posibles complicaciones de la ostomía son: la filtración, la disminución del tamaño del ostoma y el aumento del tamaño de éste secundario a filtración, a exceso de tracción o a aumento de la presión intraabdominal. En la siguiente imagen se muestra el abdomen de un niño con patología crónica neurológica que tuvo una suboclusión duodenal que se agravó debido a un trastorno metabólico; en un lapso de sólo cuatro horas el aumento rápido de la presión intragástrica empujó el balón de tal manera que éste, ayudado por la pérdida de contenido gástrico, horadó la pared. La intervención inicial en este caso, mientras se esperaba la resolución quirúrgica de la suboclusión, consistió solamente en retirar la sonda y dejar al paciente en régimen cero por tres horas, con lo que el estado de la piel y del ostoma mejoraron notablemente sin otras medidas (Fig. 5).

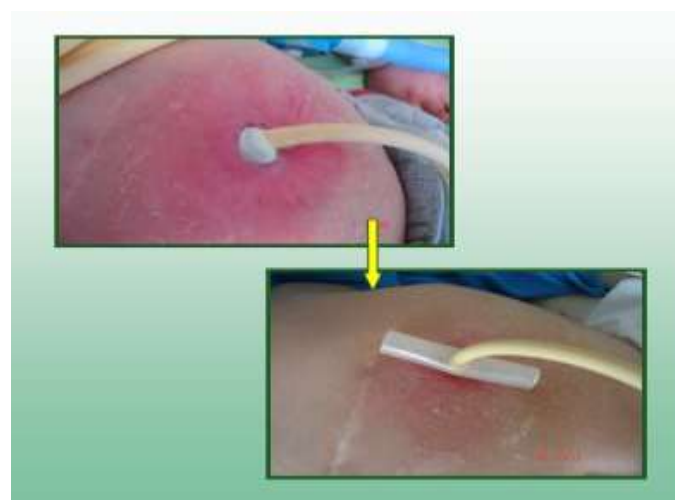


Figura 5. GTT: complicaciones de la ostomía. Arriba: alteración del tamaño del ostoma debido a aumento de presión intraabdominal. Abajo: Mejoría local después de aliviar la presión.

Complicaciones de la GTT a nivel del tubo digestivo

El dolor durante la infusión debe hacer pensar en obstrucción intestinal, perforación, peritonitis o falsa vía; también se debe descartar el síndrome de Buried Bumper, como se denomina a la migración del botón de gastrostomía en la pared abdominal o gástrica.

Otra complicación de la GTT que se origina en el tubo digestivo es la presencia de distensión abdominal y vómitos recurrentes, debido a la gastroparesia que desarrollan estos pacientes o a la presencia de una suboclusión. En la siguiente imagen se observa la radiografía de un paciente que sentía mucho dolor cada vez que se movilizaba la sonda y además presentaba gran distensión abdominal, dificultad para la alimentación y mal vaciamiento gástrico; se puede ver un asa interpuesta entre la pared abdominal y el estómago. Se trata de un paciente que presentó lo que los cirujanos chilenos llaman *síndrome del anticucho*: es una GTT que se instaló por vía endoscópica y el botón traspasó un asa de colon y quedó en el estómago, es decir tunelizó el asa la cual estuvo permanentemente distendida, causando mucho dolor a la movilización durante nueve meses, al cabo de los cuales se llegó al diagnóstico (Fig. 6).

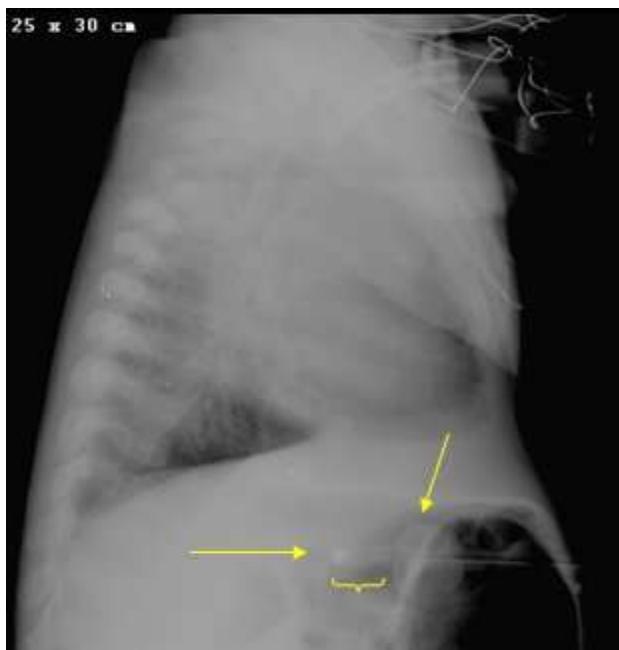


Figura 6. Complicaciones de la GTT a nivel del tubo digestivo (véase explicación en el texto).

El sangrado del tubo digestivo es otra posible complicación de la GTT. En este contexto es importante señalar que la sonda foley urinaria puede servir cuando no hay recursos, pero no es lo ideal: las sondas diseñadas para GTT tienen uno o dos milímetros de distancia entre la punta y el balón, cosa que no se da en la foley, por lo que en estómagos muy pequeños la punta puede erosionar y producir úlceras sangrantes en la pared posterior; la

hemorragia también puede ser secundaria a una gastritis erosiva de otra causa, a una úlcera gástrica o duodenal en la pared contralateral a la GTT causada por la punta de la sonda o a un trastorno de la coagulación, por ejemplo, por un cuadro séptico de base.

Cuando hay dolor a la movilización se debe pensar en erosión de la mucosa, adherencias o síndrome de Buried Bumper, sobre todo en sondas que quedan muy apretadas contra la pared abdominal de modo que se produce una reepitelización de la mucosa sobre el balón. En la siguiente imagen, una mirada endoscópica muestra el orificio permeable, pero el balón está completamente recubierto por mucosa gástrica y cada vez que se moviliza produce intenso dolor. En algunos casos este recubrimiento de la mucosa gástrica puede alcanzar parcialmente el lumen; en ese caso la infusión del contenido puede producir un bolsillo que incluso puede disecar la mucosa, produciendo una condición de mayor riesgo quirúrgico (Fig. 7).

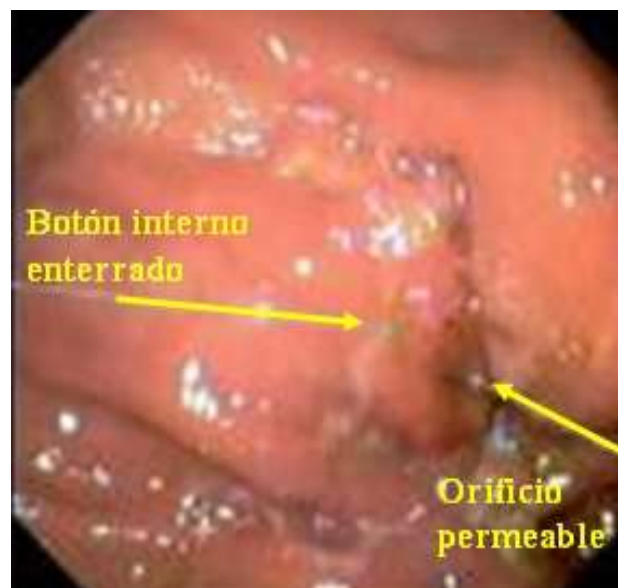


Figura 7. Complicaciones de la GTT: dolor a la movilización.

En la segunda parte de esta exposición se mostrarán algunos elementos del cuidado de las traqueostomías.

Bibliografía recomendada

1. NHS Quality Improvement Scotland 2007. Caring for the patient with a tracheostomy. Best Practice Statement, 2007.
2. Butnaru CS, Colreavy MP, Ayari S, Froehlich P. Tracheotomy in children: evolution in indications. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006 Jan;70(1):115-9. Epub 2005 Sep 16.
3. Epstein SK. Late complications of tracheostomy. Respir Care. 2005 Apr;50(4):542-9.
4. Dhand R, Johnson JC. Care of the chronic tracheostomy. Respir Care. 2006 Sep;51(9):984-1001; discussion 1002-4.

5. Vives L, Alarcón T, Faúndez R, Miguel I, Tassara I. Migración Recurrente del Botón de Gastrostomía: "Síndrome de Buried Bumper". Rev Chil Pediatr. 2005 76 (2); 173-176.
6. NHS Quality Improvement Scotland 2007. Caring for children and young people in the community receiving enteral tube feeding. Best Practice Statement, 2007.
7. Royal college of nursing. Guidance for new nurse managers in hospices and specialist and palliative care. United Kingdom, 2008.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.