

Cuidados de Enfermería en el deterioro de la integridad tisular en un lactante portador de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)

María José Játiva Bravo

Estudiante de Práctica Preprofesional de Enfermería
Universidad Mariana

Resumen

Existen diversas patologías y alteraciones donde la capacidad de deglución o absorción de los alimentos en los pacientes pediátricos se ve disminuida o impedida. La colocación de una sonda, cuyo objetivo es alimentar a través de una gastrostomía endoscópica percutánea que va directamente al estómago, es un método muy seguro y efectivo para administrar nutrición enteral prolongada a pacientes cuyas patologías no lo permiten. En el presente reporte de caso, se da a conocer la descripción una paciente lactante de 9 meses de edad, procedente de Tumaco, Nariño, que debido a su antecedente de cardiopatía congénita y mala absorción de nutrientes, es usuaria portadora de gastrostomía y presenta complicaciones. Por lo cual, los cuidados de enfermería cumplen un papel muy importante en el acompañamiento del proceso de recuperación y en el buen mantenimiento de su mecanismo de alimentación temporal, para que a largo plazo pueda compensar su propio sistema de nutrición desde casa, sin necesidad de acudir a dispositivos médicos.

Palabras clave: lactante, gastrostomía, neumonía, granuloma, cuidados de enfermería, botón gástrico.

Introducción

En los niños menores, la alimentación es la función vital más importante para un adecuado bienestar y es la base de un crecimiento y desarrollo saludable; sin embargo, en ocasiones, se encuentran pacientes lactantes que, por sus dificultades fisiopatológicas y congénitas, como síndromes neurológicos, desnutrición asociada a enfermedades cardíacas o estenosis esofágica, están condicionados a suplementar la función alimentaria que en circunstancias normales lo hacen desde su boca, por lo cual, en la búsqueda de métodos de soporte nutricional, se reemplaza las vías de acceso para poder brindar una alimentación oportuna.

“Inicialmente, el abordaje de estos pacientes se hacía con técnicas abiertas, como la gastrostomía de Stamm. En 1980 (...), Gauderer y Ponsky describieron la gastrostomía endoscópica percutánea [o PEG], la cual tuvo mucha aceptación por ser mínimamente invasiva” (Salamanca et al., 2017, p. 176).

Este procedimiento consiste en una intervención quirúrgica guiada por un endoscopio, un tubo delgado y flexible que tiene una cámara muy pequeña y luz en su punta. Este aparato se introduce por la boca hasta

el estómago para orientar la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen e introducir un tubo de alimentación directamente en el estómago, de manera permanente o transitoria.

Para el orificio de gastrostomía o estoma existen dos tipos de mecanismos, a saber: la sonda de gastrostomía o el botón gástrico. El primer mecanismo radica en el paso de una sonda por medio del estoma hacia el interior del estómago, quedando fija por dentro con un balón y por fuera con una barrera sobre la piel, la mayor parte de la sonda flexible queda por fuera, aproximadamente 10 cm; esta, generalmente, es la primera opción elegida por los médicos en pacientes que inician con estos métodos de alimentación alternos. El segundo mecanismo, el botón gástrico es un tubo de silicona transparente corto y sin extensión, que se ubica, de igual manera, en el interior del estómago fijado con un balón por dentro, a este se le pueden adaptar sondas, las cuales se las puede retirar después de la administración, ya sea de alimentación o medicamentos; este dispositivo, a diferencia de la sonda, brinda mayor confort y movilidad al paciente pediátrico.

Anexo a la PEG, existen otras opciones para realizar este tipo de procedimientos, como la técnica por laparoscopia o por cirugía abierta, las cuales no se utilizan



con frecuencia, ya que tienen más desventajas, por ejemplo, hay más manipulación de las asas intestinales y, por lo tanto, se prolonga el íleo posoperatorio, se pueden producir adherencias peritoneales que pueden causar obstrucción intestinal y más tiempo quirúrgico, entre otras.

Figura 1

Ubicación anatómica de sonda de gastrostomía o botón gástric

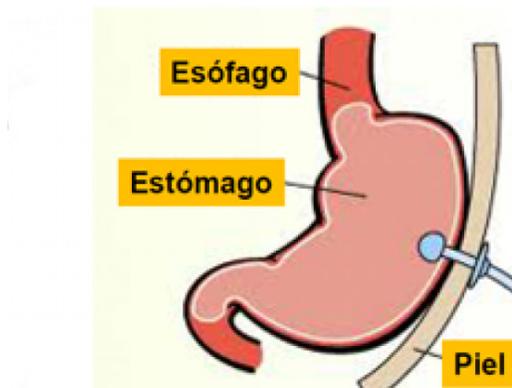


Figura 2

Botón gástrico pediátrico



Figura 3

Sonda de gastrostomía pediátrica



Descripción del paciente

Anamnesis

Lactante femenina de 9 meses de edad, procedente de Tumaco (Nariño). Dentro de sus antecedentes prenatales, se destaca una buena asistencia a controles prenatales (7), toma de micronutrientes, sin patologías complicadas durante el embarazo, pero no asiste al curso psicoprofiláctico para la maternidad y paternidad. En cuanto a los antecedentes natales y neonatales, la madre refiere que la bebé nace a la edad gestacional de 40.1 semanas, por cesárea, sin complicaciones, en presentación cefálica, llora al nacer, sin apego inmediato, peso al nacer 4.030 kg, talla 50 cm, lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses con suplemento de fórmula sin lactosa y presenta hipoglicemia e hiperbilirrubinemia.

Respecto a los antecedentes patológicos y quirúrgicos de la menor, la madre refiere que presentó ductus arterioso persistente, problemas de absorción con desnutrición proteico-calórica, hasta los 4 meses de edad; gastrostomía endoscópica percutánea con sonda, colocada a los cuatro meses de su nacimiento e inmunodeficiencia primaria mixta.

Cronología

Motivo de consulta

La madre refiere: “mi niña sigue con tos, congestión y fiebre”.

Enfermedad actual y evolución

Lactante de 9 meses de edad, con diagnóstico actual de neumonía multilobar, usuaria de gastrostomía con granuloma e inmunodeficiencia primaria mixta. La paciente es llevada por su madre al hospital local de primer nivel en Tumaco por el servicio de urgencias, con un cuadro de evolución de 8 días persistente en rinorrea, sibilancias, fiebre mayor 38 °C, que no cede con analgésicos ni medios físicos; además, se encuentra desaturada al ingreso, por lo tanto, se realizan paraclínicos, sin embargo, no encuentran un foco de infección y deciden iniciar esquema de antibiótico empírico, sin tener claro el germen infectante, por este motivo su madre, que en múltiples ocasiones ya ha sido remitida a un sitio de alta complejidad en la ciudad de Pasto, decide pedir el alta voluntaria.

Al ingreso por urgencias, en un hospital pediátrico de alta complejidad de la ciudad de Pasto, se realizan diferentes estudios paraclínicos, además de una

placa de tórax, la cual reporta infiltrados pulmonares algeodinosos bilaterales, que sugieren neumonía bacteriana; por medio de la anamnesis y realización de revista médica, se concluye que el foco de infección respiratorio en cuadro de neumonía, por el cual está pasando, se asocia muy probablemente a bronco aspiración de micropartículas, debido a una mala técnica de alimentación y mal uso de gastrostomía, además de un cuadro clínico secundario asociado a daño del tejido periostomal con granuloma, eritema y secreción serosa.

Por lo anterior, se inicia manejo antibiótico con 350 mg de Ceftriaxona x 1gr intravenosa, cada 12 horas y 35 mg de Clindamicina x 600 mg intravenosa, cada 6 horas, durante los siguientes días de hospitalización, con resultados de hemocultivo, el cual reporta Cocos Gram positivos, por ello, se decide seguir la antibioticoterapia con Ceftriaxona y para granuloma 50 mg de Fluconazol susp. Oral x 50mg/5ml, cada 24 horas; además de nutrición enteral complementaria por sonda de gastrostomía. Al hacer el seguimiento y revisión de este dispositivo, se toma como decisión médica realizar cambio por botón gástrico, ya que la paciente se verá más beneficiada y se espera que no tenga nuevas complicaciones que afecten su bienestar en el futuro.

Hallazgos en la valoración de Enfermería

Se realiza una valoración por dominios de salud alterados y con enfoque del presente estudio, según taxonomía NANDA-I, dominio 4 actividad/reposo, dominio 11 seguridad/protección, y dominio 12 confort.

Examen físico:

Signos vitales: T/A: 98/64 mmHg; F/C: 118 latidos por minutos; F/R: 38 respiraciones por minuto; T°: 36.4°C; medidas antropométricas: peso: 7.200kg; talla: 68 cm; IMC: 15.6; escala de dolor FLACC: 5, dolor moderado.

Según la valoración física cefalocaudal se encuentra, a nivel general: álgida, irritable, sin signos de cianosis, movilidad física normal; a nivel de tórax posterior: se auscultan sibilancias en ambos campos pulmonares; a nivel de abdomen: se observa distendido, timpánico, gastrostomía de sonda en flanco izquierdo con granuloma periostomal, salida de secreción serosa y eritema, ruidos peristálticos presentes, blando con dolor a la palpación.

Evaluación de diagnóstico de enfermería e intervenciones

Utilizando los dominios de la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), por medio de la aplicación “Nanda Noc Nic Students”, se valoró a la lactante, según dominio 11 seguridad/protección, patrón 02 nutricional/metabólico, necesidad 08 higiene y piel y clase 02 lesión física; de lo cual se identificó el siguiente diagnóstico de enfermería: deterioro de la integridad tisular R/C, factores mecánicos: fricción con tubo de gastrostomía M/P granuloma periostomal, secreción serosa y eritema; secundario a mal uso de gastrostomía por conocimientos deficientes y falta de cuidados e higiene, para un manejo adecuado en la alimentación por sonda de gastrostomía.

Según los objetivos, la Nursing Outcomes Classification (NOC): Curación de la herida: por segunda intención, e indicadores: granulación, secreción serosa y eritema cutáneo circundante. Se pretende que durante la estancia hospitalaria haya una recuperación de los tejidos afectados y se garantice un buen funcionamiento del mecanismo de alimentación enteral, además de un acompañamiento educativo para que, en la ausencia de los cuidados multidisciplinarios del personal de salud en la institución, no se produzcan complicaciones y mantenga un bienestar integral.

Siguiendo las intervenciones oportunas de la Nursing Intervention Classification (NIC) y cuidados de enfermería: cuidados de las heridas, administración de medicación, cuidados de la piel: tratamiento tópico y educación, se resaltan las siguientes intervenciones que se tuvo con la lactante:

- Se da manejo con profilaxis de 50 mg de Fluconazol susp, oral x 50 mg/5 ml, cada 24 horas y 105 mg de Acetaminofén susp, oral x 150 g/5 ml, cada 6 horas.
- Teniendo en cuenta gastropediatria de la institución, se debe realizar curación periostomal diaria durante 15 días, con limpieza diaria del estoma, con gasa estéril y agua destilada y dejar secar el estoma y la zona circundante, sin ejercer presión sobre ella. Si se observa suciedad debajo del soporte, se puede levantar o girar ligeramente el soporte externo para limpiarlo mejor y evitar fijaciones.
- Cauterización de tejido aplicando polvo de bicarbonato de sodio en granuloma, también se recomienda aplicar nitrato de plata; además se indica lo siguiente:



- ✓ Cambiar de sonda a botón gástrico. Por lo tanto, se intenta retirar la sonda de GEP por medio de extracción manual, sin necesidad de endoscopia ni anestesia general, habitualmente, el estoma cierra espontáneamente a los pocos días.
- ✓ Limpieza interna: después de cada ingesta pasar agua por la sonda lentamente, hasta que no queden restos de alimento.
- ✓ No mezclar diferentes medicamentos en una misma jeringa.
- ✓ Antes de la administración de la alimentación, comprobar el residuo gástrico aspirando lentamente con una jeringuilla de 50 ml. Si este es superior a 100 ml, se esperará una hora. Comprobar permeabilidad.
- ✓ Para evitar aspiración del contenido gástrico por reflujo, mediante adopción de postura semisenatada, aplicar la técnica de alimentación correctamente con lavado de manos, y esperar aproximadamente media hora mientras pasan los alimentos.
- ✓ La administración de la nutrición ha de ser lenta y gradual. El volumen y el ritmo serán establecidos por el personal médico.
- ✓ De forma complementaria, se educa a la madre acerca de la patología y de los cuidados que debe tener en casa, tanto con el estoma, el botón y la manera correcta de alimentar y administrar medicamentos a su hija, para ello, se utiliza material didáctico como videos e imágenes, todo entregado virtualmente, con el fin de que sus padres adquieran las habilidades y los conocimientos necesarios para mantener la integridad de la piel periestomal y otras complicaciones por la gastrostomía (Pérez et al., 2019).

Discusión

Desde 1980, la PEG ha sido una alternativa de elección en pacientes en los que está excluida la vía oral por distintos motivos, o es insuficiente para mantener la alimentación. Sin embargo, a pesar de sus ventajas, una serie de complicaciones han sido descritas durante la instalación, permanencia o retiro de la sonda de gastrostomía, con una tasa de complicaciones que varía entre un 5 y un 50 %. (Vives et al., 2005, p. 175)

La implementación de una nutrición enteral por medio de gastrostomía, como cualquier otra técnica médica, no está exenta de riesgos; en general, con un correcto seguimiento y cuidados constantes se pueden minimizar las complicaciones, entre las cuales, la lactante del presente caso presentó granuloma

periestomal, que es un tejido inflamatorio que puede aparecer alrededor del estoma mientras este cicatriza, aunque puede durar mucho tiempo debido a la proliferación de la granulación del estoma donde sangra y las cicatrizaciones queloideas por la fricción del tubo con el tejido por falta de rotación, fricción por presión en la piel o reacción a un cuerpo extraño, esto también provoca que se produzca una posible fuga de contenido gástrico, lo cual causa irritación de la piel y se produce la secreción serosa, porque la sonda es muy pequeña o porque el estoma se agranda o se moviliza en exceso.

Teniendo en cuenta la segunda complicación, por la cual consulta la madre, que es la del estoma –la aspiración del contenido gástrico por reflujo gastroesofágico–, que generalmente se da por cambios en el ángulo de His o alteraciones de la motilidad gástrica, además de técnicas inadecuadas de alimentación, por ejemplo, mala posición, ya que se presenta un escape de micropartículas de comida por aspiración hacia el aparato respiratorio, por lo cual, estas sustancias migran hacia los pulmones, lo que genera una broncoconstricción rápida.

Las personas sanas suelen aspirar pequeñas cantidades de secreciones (...), pero los mecanismos de defensa normales usualmente eliminan el inóculo sin secuelas. La aspiración de cantidades más grandes o en un paciente con alteraciones de las defensas (...) a menudo causan neumonía. (Sethi, 2020, párr. 6)

Lo anterior unido a una sobreinfección bacteriana puede producir infección pulmonar, conocida como neumonía aspirativa, como se presentó en este caso.

Conclusiones

La gastrostomía, sea con sonda de alimentación o botón gástrico, es un proceso de alta complejidad, por lo tanto, el cuidado, por parte de prestadores de salud y de los mismos padres, que en estos casos son los responsables directos de la alimentación de sus hijos, debe ser el mejor, para evitar una posible afectación en la salud del portador de una gastrostomía.

El cuidado efectivo de las gastrostomías endoscópicas percutáneas facilita una adecuada nutrición enteral a los niños, evitando así que estos tengan que pasar estancias hospitalarias prolongadas por complicaciones, además, también es importante una adecuada alimentación en el hogar, sin el uso de dispositivos médicos, donde el paciente comience a usar sus propios mecanismos de nutrición y aproveche al máximo los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

Referencias

- Pérez, I., Abeledo, M, Argibay, C., Bas, M., Cabada, M., Campos, L., Carabelos, P., Carballo, R., Castro, M., Costa, M., Esperón, J., Gago, M., González, M., Hevia, M., Lema, S., Recamán, J., Rosendo, J., Sánchez, S., Turnes J., Vila, B. (2020). Procedimiento de cuidados de la gastrostomía esdoscópica percutánea. Xunta de Galicia.
- Salamanca, E., Sebá, J. y Suárez, A. (2017). Experiencia en niños de la gastrostomía laparoscópica por miniestoma. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32(3), 176-181. <https://doi.org/10.30944/20117582.22>
- Sethi, S. (2020). Neumonitis y neumonía aspirativa. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/neumon%C3%ADa/neumonitis-y-neumon%C3%ADa-aspirativa>
- Vives, L., Alarcón, T., Faúndez, R., Miquel, I. y Tassara, R. (2005). Migración recurrente del botón de gastronomía: “síndrome de Buried Bumper”. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(2), 173-176.

