

Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías
Creciendo unidos para seguir cuidando
Barcelona 18, 19 y 20 Mayo 2016



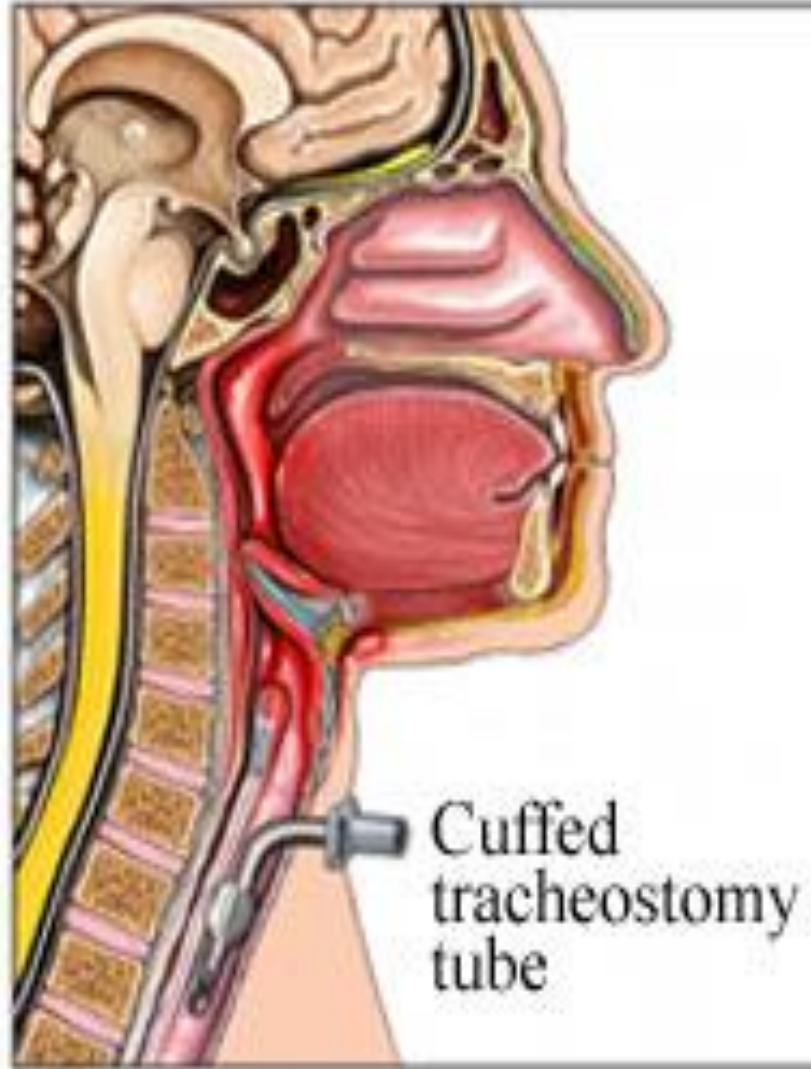
OSTOMIAS RESPIRATORIAS Y DE NUTRICION

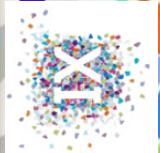
TIPOS, CUIDADOS Y COMPLICACIONES

Esther Bru
Helena Vivancos
Maribel Iborra



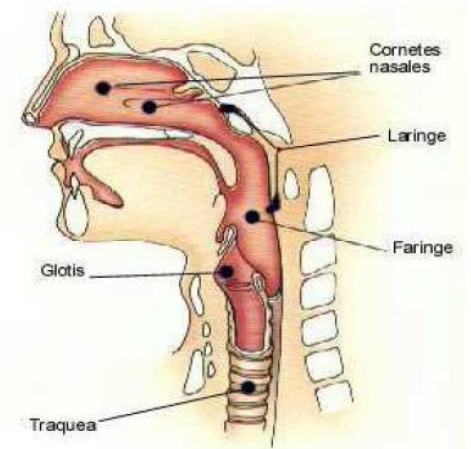
Estomas Respiratorios



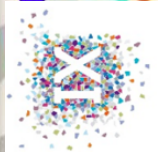


Introducción.

- ❑ La realización de un estoma respiratorio, supone para la persona un cambio importante en todos los aspectos bio-psico-sociales.
- ❑ Relacionada con:
 - Temporal
 - Definitivo



Definitivas: imagen corporal, dificultad relacional por las barreras de comunicación.

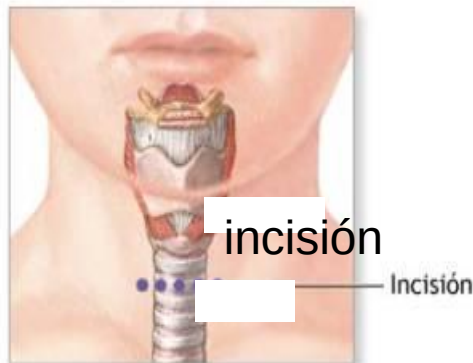


Estomas respiratorios.

Traqueotomía /

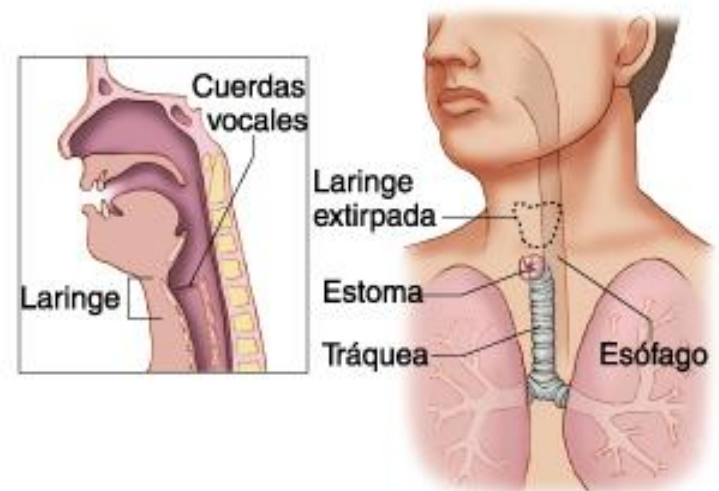
Traqueostomía temporal:
incisión que abre la tráquea.

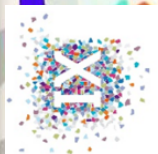
- **Percutánea:** técnica de dilatación percutánea con inserción de una cánula a través de una guía.
- **Abierta:** se realiza mediante procedimiento quirúrgico.



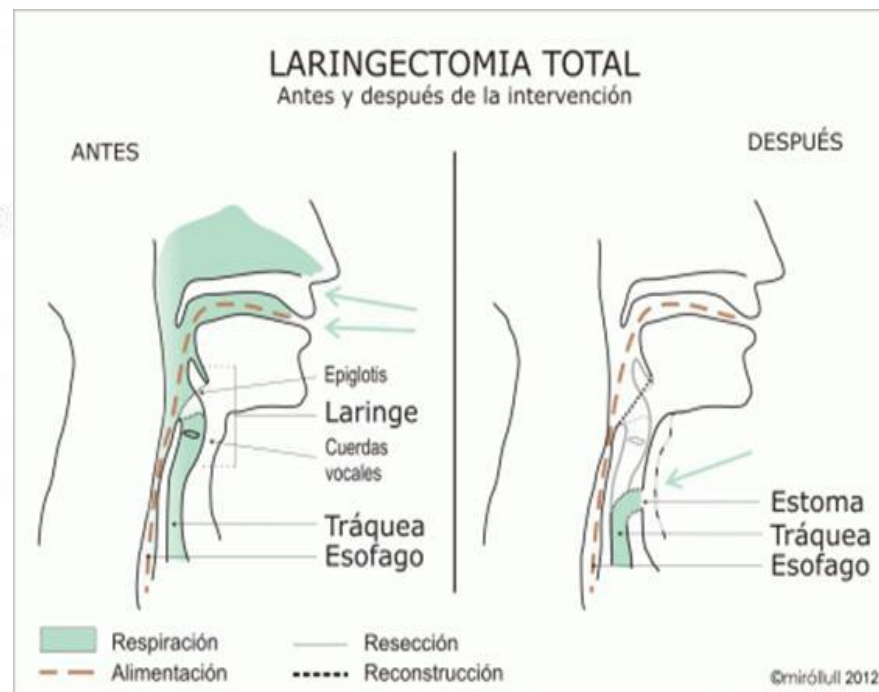
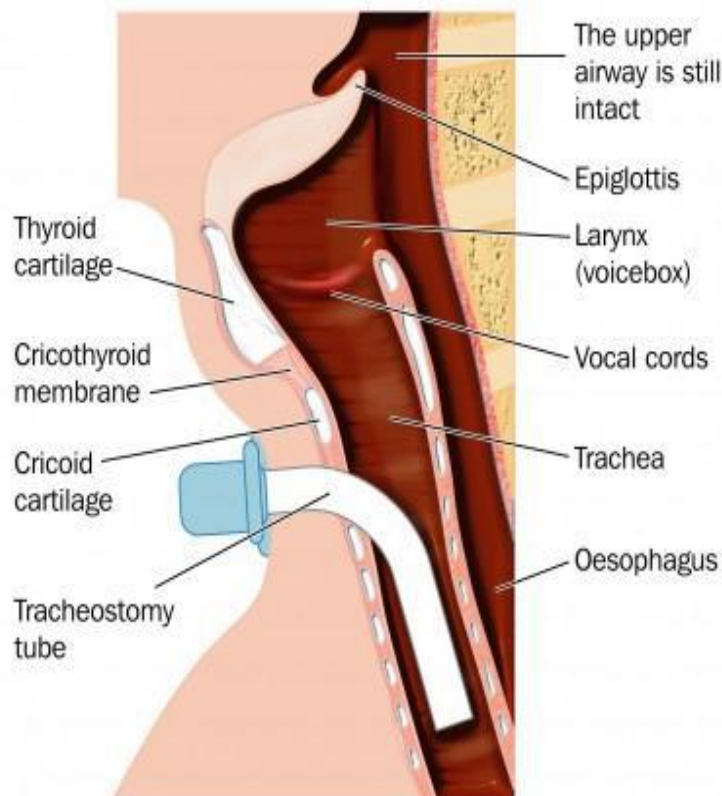
Traqueostomía/

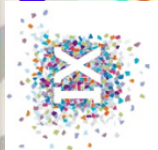
Traqueostomía definitiva:
Apertura creada en la pared anterior de la tráquea, abocándola mucosa traqueal a la piel mediante técnica quirúrgica.





Funcionalidad respiratoria.





Clasificaciones.

Según la permanencia:

☐ *Temporales:*

- Quirúrgicas
- Percutáneas

☐ *Definitiva:*

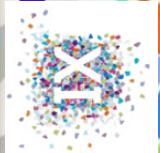
- Laringuectomía total
- Laringuectomía parcial

Según indicación:

☐ Urgentes

☐ Electivas





Indicaciones: Urgentes.

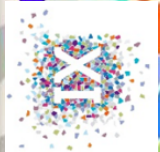
- Cuerpos extraños laríngeos
- Neoplasias laríngeas
- Edemas de la laringe
- Parálisis de cuerdas vocales
- Edemas de la base de la lengua
- Traumatismos laríngeos
- Epiglotitis
- Difteria laríngea, infecciones agudas
- Estenosis laríngea o subglótica
- Traumatismos craneoencefálicos
- Malformaciones congénitas



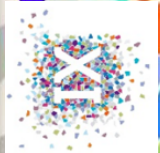


Indicaciones: Electivas.

- Preoperatorio de grandes intervenciones, neuroquirúrgicas y del cuello.
- Previo a la irradiación del cáncer laríngeo.
- Enfermedades neurológicas degenerativas .
- Comas (cuando no es recomendada la intubación).
- Excepcionalmente para eliminar secreciones traqueales en enfermedades respiratorias crónicas/agudas.



Cánulas???



Características a tener en cuenta.

Valorar:

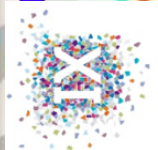
Longitud y diámetro

- Con / sin pneumotaponamiento.
- Con / sin fenestra



Objetivo:

- Balón ➡ Aislar vía respiratoria
- Fenestrada ➡ Utilización laringe



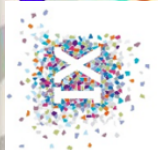
Tipos temporales I.

Con pneumotaponamiento
y sin fenestra.



Con pneumotaponamiento
y fenestra.





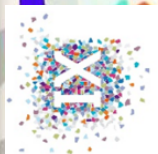
Tipos temporales II.

Cánula percutánea.

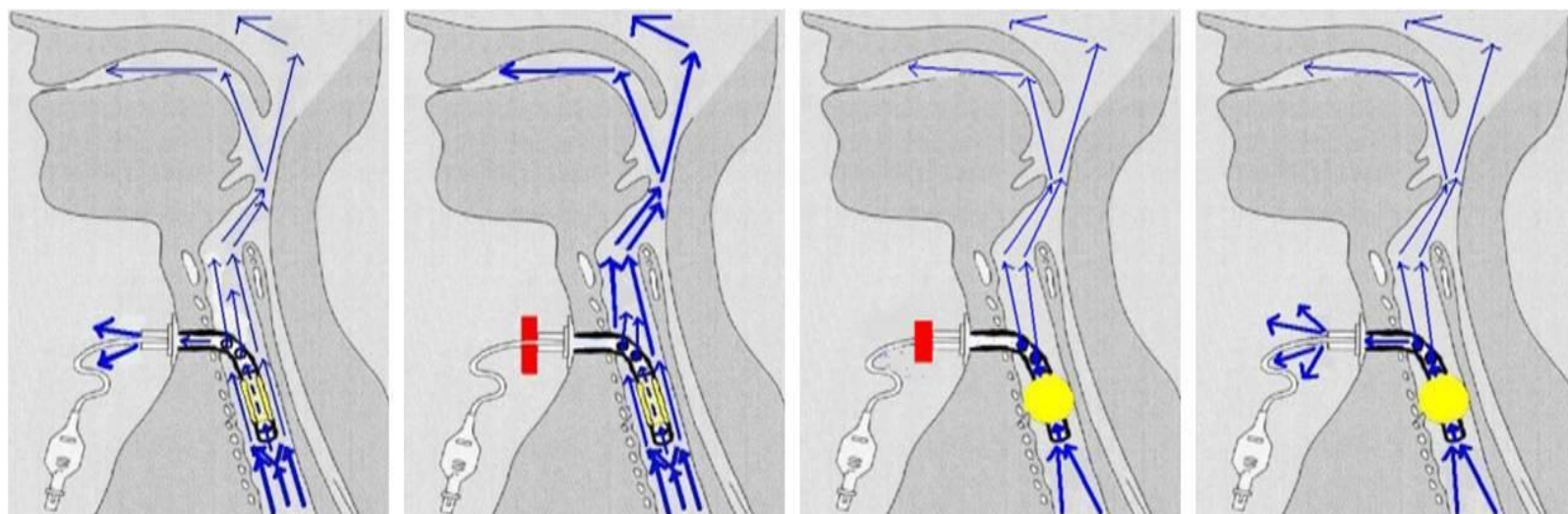
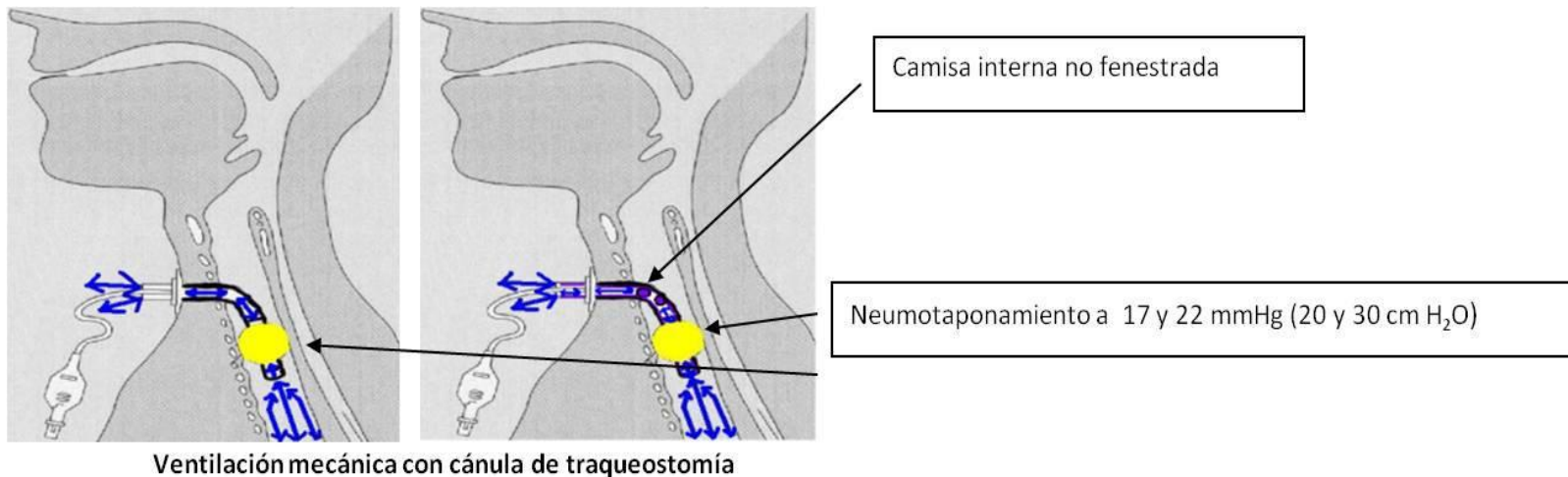


Cánula silicona.

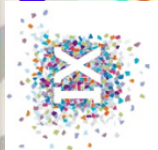




Funcionalidad respiratoria



Opciones de ventilación con cánula de traqueostomía fenestrada



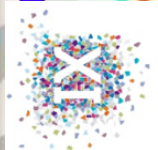
Cánulas definitivas.

**Cánula plata:
sin fenestra**



**Cánula plata:
con fenestra**





Evolución clínica.



En clínica



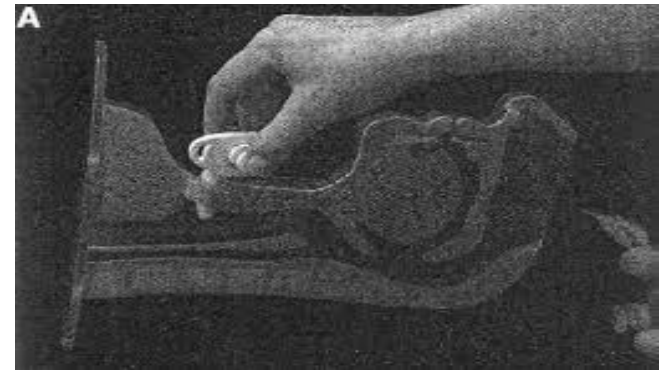
En período de consolidación





Cambio de cánula

- Preparar cánula similar sobre campo estéril. Comprobación.
- Paciente en posición de Semi-Fowler. Hiperextensión cervical.
- Guantes no estériles: retirar cánula.
- Guantes estériles: limpieza, desinfección, cambio cánula, inflar pneumotaponamiento.



Cuidados I.

Aspiración secreciones:

- Realizar según necesidad. **Nivel II**
- Sonda estéril . **Nivel IV**
- Adecuar el calibre de la sonda. **Nivel IV**
- Presión de aspiración entre 80-120 mmHg. **Grado B**
- Aspiración no más de 15 segundos. **Grado B**
- Las aspiraciones múltiples aumentan el riesgo de neumonía nosocomial. **Nivel I**
- Reacciones vasovagales . **Nivel IV**

Humidificación: periódica. **Nivel IV**

Hidratación: eliminación de secreciones. **Grado B**





Cuidados II.

Pneumotaponamiento: 20-25 mmHg. **Nivel IV**

Preoxigenación: reduce hipoxia. **Nivel I**

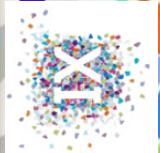
Cuidado del estoma:

- ***Técnica:*** aséptica. **Grado B**
- ***Incisión:*** mantener limpia y seca **Nivel IV**
- ***Signos de infección:*** **Nivel IV**

Cambio de cánula: **Grado B**

- ***Cánula interna***
- ***Cánula completa***

Posición del paciente: cabecera 45° **Grado B**



Cuidados III.

Control constantes vitales:

- Disnea (obstrucción)
- Fiebre (infección)
- T.A. (hemorragia)

Fisioterapia respiratoria: drenado de secreciones.

Evitar desplazamientos de la cánula:

- Abrasiones en la mucosa
- Enfisema subcutáneo



Complicaciones.

Complicaciones tempranas:

- Hemorragia
- Infección de la herida
- Enfisema subcutáneo
- Obstrucción.

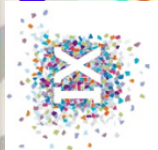
Complicaciones tardías:

- Estenosis traqueal
- Problemas de deglución
- Granulomas
- Fístula traqueo-esofágica.



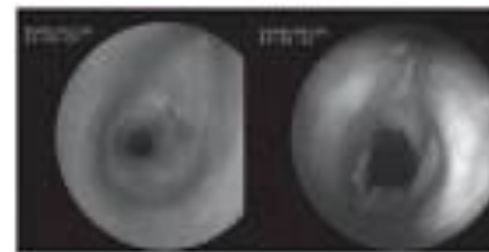
Complicaciones tempranas.

- **Hemorragia postoperatoria:** Apósito compresivo alrededor de la cánula, inflar balón, avisar ORL.
- **Enfisema subcutáneo:** Abrir parcialmente la herida, colocar cánula con balón.
- **Oclusión cánula:** Cambio cánula interna, aspiración de secreciones.
- **Infección de la herida:** profilaxis ATB y cuidados de la herida.



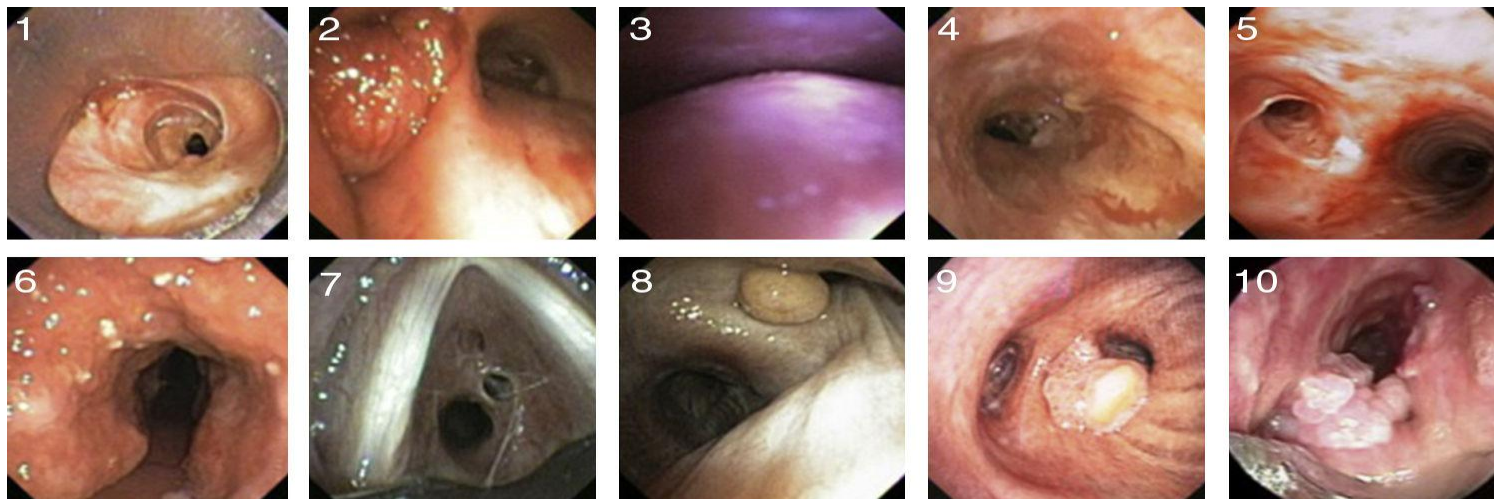
Complicaciones tardías.

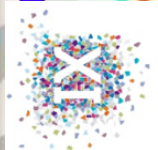
- Estenosis traqueal/laringe (1, 5, 7)
- Traqueomalacia (3)
- Granulomas (4)
- Fístula traqueo-esofágica



Tratamiento:

- Quirúrgico (reparación/stent)
- Endoscópico





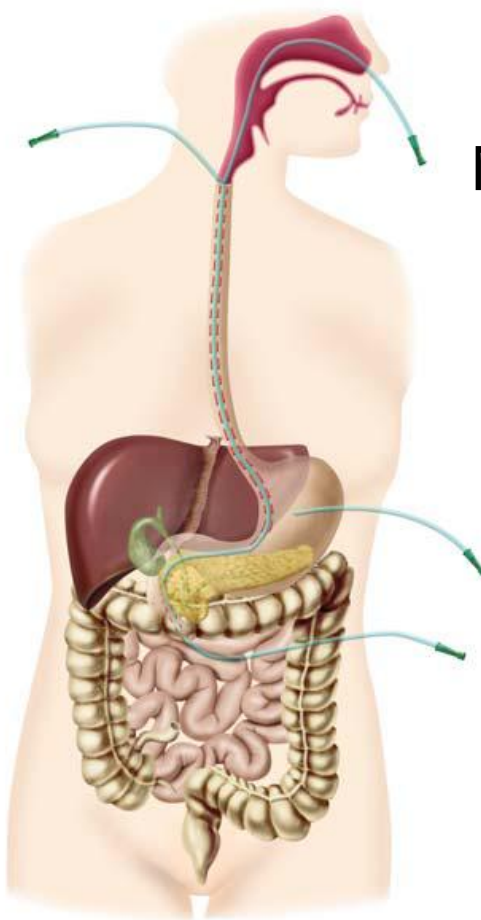
Estomas de nutrición.

Esofagostomía

Nasogástrica

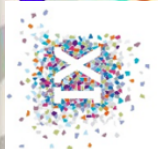
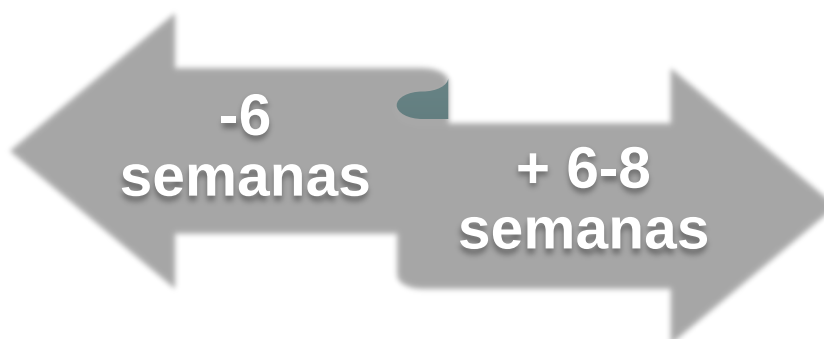
Gastrostomía

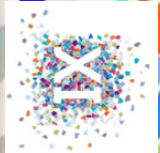
Yeyunostomía



Introducción.

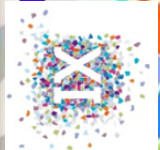
- La ostomía de alimentación es la apertura artificial del tracto gastrointestinal, para la colocación de una sonda que facilite la administración de nutrientes.
- Colocación de la sonda:





Indicaciones

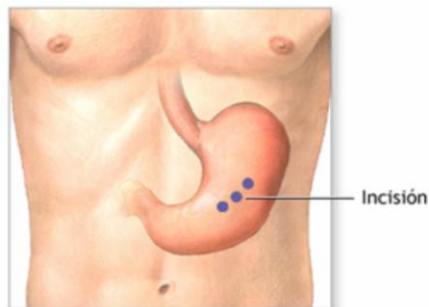
- Pacientes con alteraciones deglutorias neurológicas.
- Tumores de cabeza y cuello.
- Disfagias, como en la esclerosis lateral amiotrófica.
- Pacientes ancianos o con demencias.
- Grandes quemados o traumas severos.
- Pacientes con lesiones orofaríngeas orgánicas que impiden la alimentación oral.
- Durante el post-operatorio de cirugía esofágo-gástrica
- En lesiones estenóticas del tracto superior.



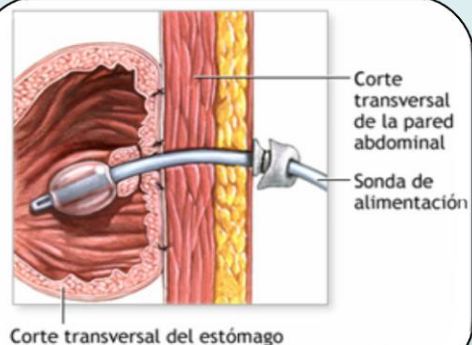
Vías de acceso.

Faringostomía	Técnica quirúrgica abierta
Gastrostomía	Técnica quirúrgica abierta Técnica quirúrgica por laparoscopia Gastrostomía percutánea endoscópica
Yeyunostomía	Técnica quirúrgica abierta Técnica quirúrgica por laparoscopia Endoscópica a través de gastrostomía percutánea
Esofagostomía cervical	Técnica quirúrgica abierta (por la necesidad de eliminar la saliva)

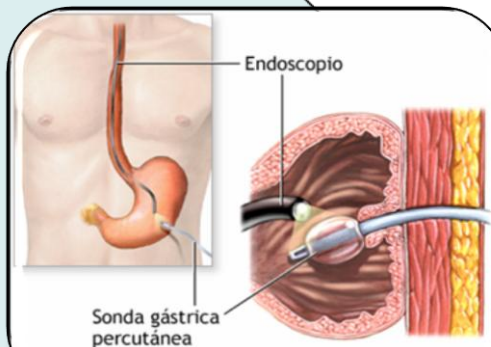
Gastrostomía I



ADAM



ADAM



ADAM

Antes



Después

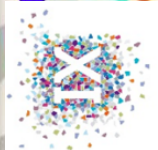




Gastrostomía II

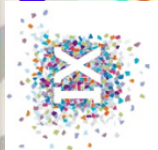
Ventajas:

- El estómago es la mejor vía para la administración de nutrientes por:
 - Su capacidad de reservorio.
 - La regulación osmótica.
 - La prolongación del tracto intestinal, permitiendo mayor flexibilidad tanto en la composición de la dieta como en la frecuencia y el volumen de la alimentación.
- Mejora la imagen corporal.
- Cuidados sencillos del estoma.



Gastrostomía. PEG/GEP





Tipos sonda PEG/GEP

Sonda de balón

- Radiopaca
- Silicona
- Dos vías:
 - ✓ Llenado balón
 - ✓ Conector para la alimentación.



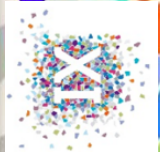
Sonda de botón

- Radiopaca
- Silicona
- Una vía:
 - ✓ Con válvula extraíble anti-reflujo.



Cuidados I

- Lavar la sonda desde la base a la zona de punción con agua y jabón, secando bien la piel alrededor del estoma y después se aplicará un antiséptico. A partir de la tercera semana se lavará sólo con agua y jabón.
- Comprobar diariamente que alrededor del estoma no existe irritación cutánea, inflamación o secreción gástrica.
- El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca hay que tirar de él.





Cuidados II

- Girar diariamente la sonda al menos una vuelta completa para evitar que quede adherida a la piel.
- Comprobar todos los días que el soporte externo no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre él y el estoma.
- Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de la sujeción de la sonda de PEG.
- Cerrar los tapones de la sonda cuando no se usen.
- Si se trata de una sonda con balón, cada dos semanas, aproximadamente, debe comprobarse el volumen del balón.



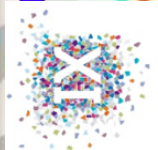
Cuidados III

- Inicio de la alimentación con agua y progresar a fórmulas nutricionales.
- Infundir 50cc de agua tras cada administración de fórmula o medicación, o cada 4-6 horas, en caso de nutrición continua.
- Antes de cada toma deberá comprobar la posición correcta de la sonda.
- No mezclar la medicación con el alimento ni varios fármacos en la misma jeringa.
- Solo se utilizaran fármacos en formato líquido o comprimidos triturados en polvo fino.



Cuidados IV

- Se han de realizar controles de temperatura y glucemias.
- Ayudar al paciente a afrontar su cambio de imagen, proporcionándole, si lo precisa, apoyo psicológico.
- Enseñar al paciente y a su familia a detectar de forma precoz las posibles complicaciones.
- Si la zona del estoma no presenta ninguna complicación el paciente podrá ducharse después de una semana (es preferible la ducha al baño).



Complicaciones

INMEDIATAS	TARDÍAS
Obstrucción de la sonda	Salida accidental de la sonda
Extracción accidental de la sonda	Fuga de contenido gástrico a través del estoma
Infección de los bordes del estoma	Crecimiento excesivo del tejido de granulación
Íleo intestinal	Infección periestomal
Filtración de contenido gástrico	Broncoaspiración que precisa gastroyeyunostomía
Desplazamiento de la sonda	Balón roto
Hundimiento de la sonda en la pared gástrica	
Peritonitis aguda	
Hemorragia	
Fascitis necrotizante	
Reflujo gastroesofágico	

Preguntas???



Gracias por su atención



Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías
Creciendo unidos para seguir cuidando
Barcelona 18,19 y 20 Mayo 2016