

Análisis de la morbilidad y cuidados de las enterostomías en el niño

Dres. F. Vázquez Rueda, J.M. Ocaña Losa

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario "Reina Sofía". Córdoba. España.

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo de las enterostomías practicadas a niños menores de 14 años de edad en nuestro Hospital Infantil, en un periodo de 15 años (1983 a 1997).

Un total de 94 varones y 42 mujeres entre 0-8 años de edad fueron sometidos a 136 enterostomías: yeyunostomías (n=4), ileostomías (n=22) y colostomías (n=110), por las siguientes patologías: Enfermedad de Hirschsprung (n=53), Malformación Anorrectal (n=37), Enterocolitis Necrotizante (n=34), ileo meconial (n=6), atresia intestinal (n=4), vólvulo (n=1) y perforación intestinal postraumática (n=1). Se observaron complicaciones en el 38,23% de los ostomizados, mayormente en las colostomías transversas e ileostomías: lesiones cutáneas (n=32), prolapso (n=8), retracción (n=5), obstrucción intestinal por bridas (n=4), hemorragia (n=2) y evisceración (n=1). El tiempo transcurrido hasta el cierre osciló entre 60 y 185 días. Los resultados muestran que las ostomías digestivas en el niño, presentan una morbilidad que puede disminuirse, mediante la adecuada protección cutánea, unido a la mejora de las técnicas quirúrgicas y los cuidados de enfermería en el periodo postoperatorio.

Palabras clave: Enterostomía - Niño - Complicaciones - Cuidados.

Summary

Between 1983 and 1997 we retrospectively analyzed enterostomies done to children less than 14 years of age in our Children's Hospital. In a total of 94 males and 42 females less than eight years of age 136 enterostomies were needed as follows: four jejunostomies, 22

ileostomies and 110 colostomies. Pathology consisted of 53 cases of Hirschsprung's disease, 37 anorectal malformations, 34 necrotizing enterocolitis, six meconium ileus, four intestinal atresias and one traumatic bowel perforation. Complications occurred in 38.2% cases, most commonly in transverse colostomies and ileostomies. Such complications included cutaneous problems (32), prolapse (8), retraction (5), adhesive bowel obstruction (4), bleeding (2), and evisceration (1). Time for closure ranged between 60 and 185 days. Results demonstrate that ostomies in children are associated with increase morbidity that can be reduced with adequate cutaneous protection, better surgical technique and nurse care during the postoperative period.

Index words: Enterostomy - Children - Complications - Care

Resumo

Foi realizado um estudo retrospectivo das enterostomias praticadas em crianças menores de 14 anos no nosso Hospital Infantil, em um período de 15 anos (1983 a 1997). Um total de 94 masculinos e 42 femininos entre 0-8 anos de idade foram submetidos a 136 enterostomias:

jejunosomias (m = 4), eliosomias (m = 22) e colostomias (m = 110), pelas seguintes patologias: Doença de Hirschsprung (m = 53), malformação anorretal (m=37), enterocolite necrotizante (m = 34), ileo meconial (m = 6), atresia intestinal (m = 4), vôlvulo (m = 1) e perfuração intestinal postraumática (m = 1). Foram observadas complicações em 38,23% dos ostomizados, principalmente nas colostomias de transversas e ileostomia: pro-

blemas cutáneos ($m = 32$), prolapso ($m = 8$), retração ($m = 5$), obstrução intestinal por bridas ($m = 4$), hemorragia ($m = 2$) e evisceração ($m = 1$). O tempo decorrido até o fechamento variou entre 60-185 dias. Os resultados mostram que as ostomias digestivas na criança, apresentam uma morbidade que pode ser diminuída mediante uma adequada proteção cutânea, aliada à melhora das técnicas cirúrgicas e nos cuidados de enfermagem no período pós-operatório.

Palavras chave: Enterostomia – Criança – Complicações – Cuidados.

Introducción

Las ostomias digestivas constituyen un procedimiento quirúrgico que forma parte del tratamiento de diversas enfermedades en la infancia, tanto congénitas como adquiridas. En la cirugía pediátrica, las enterostomias tienen unas connotaciones que las diferencian de los adultos: La mayoría se realizan en el periodo neonatal y suelen ser temporales, por lo que una vez resuelto el problema que las originó, se procede a su cierre. Además, es siempre una intervención de riesgo en el recién nacido y en el lactante, ya que las pérdidas hidro-electrolíticas y la prevención de las lesiones cutáneas periestomales, son mucho más difíciles de controlar que en el adulto, por lo que la tasa de complicaciones es elevada y tienen una mortalidad que oscila entre 1-5%¹⁻¹³.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la problemática de las enterostomias en el niño, tanto la relacionada con la cirugía, como con la propia evolución del ostoma a corto y largo plazo, así como conocer las recomendaciones actuales en el manejo de las ostomias, tras el advenimiento en los últimos años, de los actuales dispositivos de ostomias que han contribuido a mejorar el manejo del niño ostomizado y a disminuir su morbilidad.

Material y método

Se analizan retrospectivamente las historias clínicas de pacientes menores de 14 años sometidos a enterostomias en nuestro

Hospital Infantil, durante el periodo comprendido entre los años 1983 y 1997. Se recogieron los siguientes datos: frecuencia, edad, sexo, diagnósticos, localización y tipo de ostoma. Tiempo transcurrido hasta el cierre del ostoma y complicaciones, tanto precoces como tardías. Además se analizan los cuidados del ostoma y los tratamientos de las complicaciones.

Resultados

Un total de 136 niños (94 varones y 42 mujeres) entre 0 y 8 años de edad, han sido sometidos a 110 colostomias, 22 ileostomias y 4 yeyunostomias por diferentes patologías abdominales, la mayoría congénitas, entre las que destacan 53 niños con Enfermedad de Hirschsprung (EH), dos de ellos con aganglioneosis colónica total, seguido de 37 malformaciones anorrectales (MAR): 23 altas y 14 bajas, que afectaban a 24 varones y a 13 mujeres. Los 6 pacientes con ileo meconial estaban afectados de fibrosis quística. De las 4 atresias intestinales, dos se localizaban a nivel yeyuno-ileal y otras dos en el colon. Se registró un caso de vólvulo colónico y un paciente de 8 años con perforaciones múltiples del colon producidas por un traumatismo abdominal cerrado (Tabla 1).

En la Tabla 2 se muestran las localizaciones de las enterostomias, según las diferentes patologías. La mayoría eran colostomias en "asa", en "cañón de escopeta" o terminales de sigma, que se confecciona-

Patología	Nº casos
Hirschsprung	53
Malformación anorrectal	37
Enterocolitis necrotizante	34
Ileo meconial	6
Atresia intestinal	4
Vólvulo intestinal	1
Perforación traumática	1
Total	136

Tabla 1: diagnósticos de los pacientes ostomizados.

Colostomias (n=110)	Colon derecho (n=49)	32 Hirschsprung (EH) 12 Enterocolitis (ECN) 4 Mal. anorrectal (MAR) 1 Atresia intestinal
	Transverso (n=33)	18 EH 8 MAR 6 ECN 1 Traumatismo abdomen
	Colon izquierdo (n=28)	25 MAR 2 ECN 1 EH
Ileostomias (n=22)	12 ECN 6 Ileo meconial 2 Aganglioniismo cólico total 1 Atresia intestinal 1 Vólvulo intestinal	
Yeyunostomias (n=4)	2 Atresia intestinal 2 ECN	

Tabla 2: localización de las enterostomías

ron en los pacientes con EH, MAR y atresia colónica completa. Las ileostomías practicadas eran terminales de ostomas separados y se realizaron en todos los casos de ileo meconial, ECN, aganglioniismo colónica total y en el vólvulo y atresia colónicas. El tiempo medio transcurrido hasta el cierre de la enterostomía osciló entre 60-185 días, dependiendo en cada caso que la familia controlase bien los cuidados del paciente fuera del hospital, o bien se procedió antes a su cierre, si el medio social del paciente no lo permitía. La técnica empleada en el cierre del ostoma con-

Dermatitis	24
Prolapso	8
Retracción	5
Obstrucción intestinal	4
Absceso herida	4
Dehiscencia cutáneo-mucosa	3
Hemorragia mucosa	2
Estenosis cutánea	1
Evisceración	1
Total	52

Tabla 3: complicaciones de las enterostomías

sistió en liberación del anclaje y anastomosis término-terminal de ambos cabos.

Se observaron complicaciones en el 38,23% de los pacientes sometidos a enterostomías (52 casos) cuya frecuencia desglosada se recoge en la Tabla 3. Los problemas más frecuentes son los dermatológicos (dermatitis, excoriación, ulceración, infección, absceso de la herida, dehiscencia cutáneo-mucosa), que ocurrieron en 1 de las 4 yeyunostomías (25%), en 7 de las 22 ileostomías (31,08%) y en 24 de las 110 colostomías practicadas (21,81%). Le siguen en frecuencia los prolapsos y las retracciones del ostoma, la obstrucción intestinal por bridas tras el cierre de la colostomía, las hemorragias y una evisceración, que precisaron todas ellas, reintervención quirúrgica.

Discusión

En nuestra casuística, la enterostomía practicada con más frecuencia es la colostomía temporal (enfermedad de Hirschsprung, atresia anorrectal, ECN, atresia cólica)⁴⁻⁷. En cuanto a la localización de la colostomía, generalmente se utilizan las asas de colon transverso o de sigma, por su mayor movilidad, debido a que solamente está fijo por el mesenterio, lo que permite una mejor exteriorización. La elección del emplazamiento cutáneo de la colostomía debe hacerse teniendo en cuenta que el orificio del ostoma, debe ser independiente de la vía de abordaje. De lo contrario existe mayor riesgo de infección de la pared abdominal, y de evisceración precoz con evisceración posterior.^{3,6-8, 11,12,14}

Las indicaciones de la ileostomía en el niño, son el ileo meconial, la ECN, la aganglionirosis colónica total, la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la poliposis colónica, entre otras. Las ileostomías deben ser siempre terminales y desfuncionalizantes, de ostomas separados. Aunque las yeyunostomías suelen practicarse generalmente para alimentación enteral, también se utilizan para derivación del contenido intestinal, como ocurrió en dos pacientes con ECN de nuestra serie^{2,4,11,13,15}. En general, las ileostomías, debido a su mayor incidencia de complicaciones tanto generales como locales, presentan mayor dificultad en el manejo que las colostomías, ya que en éstas últimas, al eliminar heces menos líquidas, son menos corrosivas para la piel que el contenido de las ileostomías, por lo que la permanencia de los dispositivos de contención de las heces, es mayor en las colostomías que en las ileostomías. Además, durante el postoperatorio, hay que reponer las pérdidas hidro-electrolíticas, que son muy abundantes en las ileostomías, provocando en algunos casos deshidratación y alteraciones del equilibrio ácido-base^{1,2,4,8,11,15}.

Las complicaciones locales de las ostomías digestivas pueden ser inmediatas (necrosis, absceso, dehiscencia cutáneo-mucosa, hundimiento, hemorragia, edema) o tardías (estenosis, hernia paraostoma, prolapso, retracción, fistula, irritación cutánea, malposición, obstrucción intestinal, úlceras, granulomas, etc.)^{1,3,5-9}.

El prolapso de uno de los extremos del ostoma está producido por la protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo abdominal a través del orificio de la ostomía. Suele ocurrir más en las colostomías en "asa" que en las terminales, sobre todo en colon transversal, como hemos comprobado nosotros. Esta complicación es más frecuente en el niño que en el adulto, debido al menor calibre del colon y epiplón más corto. Las ileostomías no suelen presentar prolapsos y sólo los casos de prolapso masivo necesitan reducción, fijándolas de nuevo. La retracción es más frecuente en los primeros días de la intervención, y se observa cuando el asa queda a tensión, necesitando por lo general una reintervención.

La infección y separación muco-cutánea, se produce por la formación de un absceso que se localiza, ge-

neralmente, sólo en una parte del contorno del ostoma. Si la dehiscencia afecta a toda la circunferencia, se debe suturar nuevamente el ostoma para evitar la estenosis. La evisceración por el orificio de la colostomía, es una grave complicación debida a infección de la herida, por lo que se recomienda abrir la colostomía a las 24 o 48 horas, aunque esto no siempre es posible. La estenosis del ostoma y/o del orificio cutáneo de la colostomía proximal puede resolverse mediante dilataciones, necesitando a veces, plastia quirúrgica. Es más frecuente en las colostomías descendentes y sigmoideas. No hemos observado en nuestra serie, ningún caso de necrosis del ostoma, de hernia paraostoma o de granulomas de la mucosa, que son más frecuentes en el adulto.

La hemorragia del asa por sangrado de algún vaso submucoso o de la mucosa, es relativamente frecuente en las colostomías. En las ileostomías, se produce por ulceración de la mucosa, que se puede prevenir y tratar mediante un protector tópico de la mucosa.

La erosión de la piel periestomal es una complicación muy frecuente, tanto de las colostomías como de las ileostomías, resultando por su manejo, un problema médico-social, tanto para los padres de los niños ostomizados, como para el personal sanitario que los atiende. La dermatitis irritativa circundante a la enterostomía, se trata, mediante la aplicación de calor seco local, una crema protectora cutánea (pasta lassar) y dieta pobre en residuos, así como la aplicación constante de bolsas colectoras que recojan el contenido intestinal drenado. Para evitar fugas del contenido líquido del ostoma que pueda irritar la piel, se debe practicar la enterostomía en un lugar que facilite la colocación del dispositivo de ostomía, ajustándose a la placa firmemente. Además el orificio de la bolsa no debe ser más grande que el orificio del ostoma y el vaciado de la bolsa debe ser frecuente y fácil. Se debe dejar mínima superficie cutánea (2-3 mm.) alrededor del ostoma, mediante el ajuste de la bolsa colectora y el disco protector cutáneo a la placa de material hipoalérgico (resina natural, sintética o mixta con adhesivo microporoso flexible en su superficie), previamente fijado a la piel. Las placas de protección en forma de anillo dispuestas estrechamente alrededor de la ostomía, tratan y previenen la ulceración cutánea, sobre todo en las ileostomías.

Según nuestra experiencia y la de otros autores^{1,5,6,15-18}, deben considerarse las siguientes reco-

mendaciones en el cuidado de las enterostomías en el niño, para evitar así las complicaciones locales:

1ª- En las primeras 24 o 48 horas postoperatorias, se deben proteger las ostomías con gasas vaselinadas y mantener la asepsia. A las 48 o 72 horas, se deben colocar las bolsas colectoras y dispositivos de ostomías, para evitar lesiones irritativas cutáneas por las heces, protegiendo la herida de laparotomía con asepsia y separándola de la ostomía con un apósito.

2ª- La dermatitis debe prevenirse, mediante el ajuste de los dispositivos de contención con placa protectora cutánea, que lleva un aro incorporado, con cambios frecuentes cada 24 o 48 horas de la bolsa, para evitar la presencia de fugas que irriten la piel. Se debe limpiar y secar minuciosamente la piel periestoma antes de colocar la nueva bolsa.

3ª- La higiene del ostoma y de la piel periestoma no debe ser agresiva, utilizando agua y jabón neutro, aclarando suavemente y efectuando un secado cuidadoso con el fin de mantener los mecanismos fisiológicos de protección de la piel periestoma.

4ª- En recién nacidos, se debe utilizar el sistema de una sola pieza, mientras que en lactantes y niños mayores, se debe utilizar el sistema de dos piezas (placa adhesiva periestomal con aro de conexión a la bolsa colectoras).

5ª- En colostomías izquierdas con heces de consistencia similar a las normales, se deben utilizar bolsas cerradas y en ileostomías y colostomías con descarga líquida o semilíquida, se deben usar bolsas abiertas con cierre manual por pinza o con filtro incorporado.

El cuidado de las ostomías en el niño requiere la actuación de un equipo multidisciplinario, formado por los padres, enfermeras, pediatras, cirujanos infantiles, y a ser posible una enfermera ostomaterapeuta, con el objetivo de evitar las posibles complicaciones o tratarlas de forma precoz si estas han aparecido.

Bibliografía

- Leape LL: "Patient care in pediatric surgery". Boston, Little Brown pp: 159-189, 1987.
- Jeter K: "The pediatric patient: ostomy surgery in growing children". En: Broadwell DC, Jackson BS (eds.) "Principles of ostomy care". St. Louis, Mosby, pp: 489-533, 1982.
- Cooney DE, Grosfeld JL. "Cuidado del niño con una colostomía". Pediatrics (ed. esp.) 28: 371-375, 1977.
- Weber TR, Tracy TF Jr, Silen ML et al: "Enterostomy and its closure in newborns". Arch. Surg. 130: 534-537, 1995.
- Nour S, Beck J, Stringer MD. "Colostomy complications in infants and children". Ann. R. Coll. Surg. Engl. 78: 526-530, 1996.
- Garvin G. "Caring for children with ostomies". Nurs. Clin. North. Am. 29: 645-654, 1994.
- Ortiz H, Martí J, Foulkes B. "Indicaciones y cuidados de los ostomas". Ed. Jims, S.A. Barcelona, 2ªed. 1994.
- Vaquero G: "Guía del ostomizado digestivo". Cuidados de enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 1990.
- Baudean MM. "Care of children with stomas". Rev. Infirm. 11: 31-38, 1996.
- Nihoul-Fekété C. "Pediatric stoma therapy". Soins Pédiatr. Pueric. 173: 5-6, 1996.
- Craven DP, Fowler JS, Foster ME. "Management of a neonate with necrotizing entero-colitis and eight prolapsed stomas in a dehisced wound". J. Wound Ostomy Continence Nurs. 26: 214-220, 1996.
- Elloat C. "Stoma care. Identifying patient's problems". Nurs Times. 84: 67-70, 1988.
- O'Connor A, Sawin RS: "High morbidity of enterostomy and its closure in premature infants with necrotizing enterocolitis". Arch. Surg. 133: 875-880, 1998.
- Peña A. "Atlas of surgical management of anorectal malformations". Springer-Verlag. New York. Inc. 1990.
- Boarini JH. "Principles of stoma care for infants". J. Enterostomal. Ther. 1681: 21-25, 1989.
- Garvin G: "Discharge preparation of the pediatric patient with an ostomy". Progressions 2: 56-78, 1990.
- Davies A: "Children with ostomies: Parents helping parents". J ET. Nurs. 19: 207-212, 1992.
- Borkowski S. "Pediatric stomas, tubes and appliances". Pediatr. Clin. North. Am. 45: 1419-1435, 1998.

Trabajo presentado en el XVI Congreso Panamericano de Cirugía Pediátrica. Santo Domingo, República Dominicana, Junio de 1998.

Dr. Fernando Vázquez Rueda
C/ Nicolás Albornoz nº 7, 1º Dcha.
E - 14940 - Cabra
Córdoba, España