

Cuidando a Mar

Resumen

Las ostomías intestinales en la población pediátrica suponen un desafío para los profesionales sanitarios, debido a las características peculiares de esta población.

En la mayoría de las ocasiones, las ostomías se realizan en el periodo neonatal y, concretamente, en los pacientes prematuros, en situaciones de extrema urgencia, lo que conlleva un aumento de las complicaciones.

El recién nacido prematuro, aquel que nace antes de la 37.^a semana de gestación, se caracteriza por una inmadurez general de todos sus órganos, lo que supone un aumento de la morbilidad en los casos en los que estos niños deban someterse a un cirugía de urgencia que desemboca en una ostomía abdominal.

PALABRAS CLAVE: OSTOMÍA, PREMATURIDAD, CUIDADOS DE LA PIEL.

Introducción

La ostomía es un tratamiento eficaz, pero se comporta como una agresión física y psíquica que afecta la integridad corporal, la capacidad funcional y la calidad de vida, y que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente. A pesar de los grandes avances que se han realizado en lo que se refiere a la cirugía y a su tratamiento posterior, las ostomías intestinales, en el grupo poblacional de pacientes pediátricos, continúan siendo un desafío para los equipos de salud [1].

La apertura de estomas en niños se realiza, en la mayoría de los casos, durante el periodo neonatal, y más concretamente, en los recién nacidos prematuros.

Desde el nacimiento, el recién nacido se debe adaptar a su nueva vida y a las situaciones adversas que pueden perjudicar a su salud. Estas situaciones son más complicadas si el nacimiento se produce antes de tiempo. La prematuridad es un alto factor de riesgo de deficiencia y discapacidad, con sus repercusiones familiares y sociales [2].

El recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37.^a de gestación. Se define la variable fisiológica de la gestación en 280 días más-menos 15 días. La mayor parte de la morbilidad afecta a los recién nacidos muy pretérmino, cuya edad de gestación (EG) es inferior a 32 semanas (SG), y especialmente a los pretérminos extremos, que nacen antes de 28 SG [2].

La patología prevalente del pretérmino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, debido a la edad gestacional temprana, la adaptación respiratoria ineficaz y a la inmadurez de todos sus órganos.

La prematuridad afecta directamente a la motilidad inmadura del tracto gastrointestinal, lo que conlleva una predisposición mayor de la colonización y sobrecrecimiento de gérmenes patógenos [3].

La enterocolitis necrotizante (ENC) es la patología digestiva adquirida más frecuente y grave durante este periodo. Se define como una respuesta inflamatoria intestinal de índole multifactorial que afecta principalmente a los prematuros: 6 % de los RN de muy bajo peso, menos de 1500 g (RN-MBP), y al 8 % de los recién nacidos extremos con peso menor de 1000 g (RNEBP) [4].

La etiopatogenia de la enfermedad sigue siendo desconocida, aunque distintos trabajos de investigación sugieren que el origen es multifactorial.

Entre los factores predisponentes está: la prematuridad, por la menor

ANA MARTÍNEZ CANO: Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Pediátrica. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. Hospital General Universitario de Castellón.
ANTONIA VALERO CARDONA: Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería médico-quirúrgica. Profesora asociada a la Universidad Jaume I. Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos del Hospital General Universitario de Castellón
Correo e.: nurseana78@hotmail.com

2.º PREMIO

secreción gástrica, la deficiente actividad enzimática, la menor inervación intestinal; la presencia de flora bacteriana anormal; la isquemia intestinal; la alimentación enteral y mediadores inflamatorios. También se sugiere la etiología infecciosa, ya que hay epidemias de la enfermedad producida por gérmenes gram-positivos y gram-negativos [5].

La ENC tiene dos formas de presentación: una forma insidiosa, que habitualmente se caracteriza por signos inespecíficos, durante la segunda a cuarta semana de vida, cuando ya se han resuelto los problemas respiratorios y de adaptación a la vida extrauterina; otra forma de presentación que es fulminante, y cuya aparición es más frecuente en la primera semana de vida [5].

La ENC se suele presentar con una diversidad de signos y síntomas de muy variado espectro. Una de las clasificaciones es la de Bell, que divide en estadios de sospecha, enfermedad definida y avanzada.

- El estadio I es de sospecha, con signos inespecíficos, distensión leve, residuos y vómitos. En la radiografía se observa un íleo moderado y distensión abdominal.

- El estadio II es el definido con distensión marcada, sangrado intestinal, acidosis metabólica, con radiografía de dilatación de asas, neumatosi y asciti.

- El estadio III es el avanzado, donde podemos observar un deterioro general, con signos de *shock* séptico y acidosis mixta. En la radiografía hay neumoperitoneo y el tratamiento es quirúrgico [5].

Otro de los problemas que presenta el prematuro es la especificidad de la piel. El prematuro posee un estrato córneo con pocas capas, tiene aumentada la permeabilidad, disminuido el manto ácido –lo cual aumenta la posibilidad de colonizaciones–, la cohesión entre la dermis y la epidermis está disminuida –lo que acrecienta el daño por el uso de las telas adhesivas–, y tiene una dermis edematosa que reduce el flujo sanguíneo, cosa que incrementa el riesgo de daño y necrosis. Estas características tendremos que tenerlas en cuenta a lo hora de elegir el apósito adecuado para la ostomía del paciente.

Presentación del caso

Evaluación clínica

Segunda gemela de 33 SG bicorial-biamniótica con maduración pulmonar completa, que nace el 06/06/2016 por cesárea electiva debido a preclampsia. Nace con un Apgar de 6 al minuto de vida y puntuación de 8 a los 5 minutos de vida.

Ingresa en la Unidad de Neonatología con un peso 1645 g, adecuado a su edad gestacional (AEG). Durante las primeras horas de vida presenta hipoglucemia neonatal precoz que se normaliza. Posteriormente presenta tendencia a las hiperglucemias. En la analítica de riesgo infeccioso que se realiza a las 6 horas de vida llama la atención una tendencia a la leucopenia con neutropenia.

Inicia tolerancia a la alimentación enteral con fórmula de bajo peso (menor 1800 g) a 30 ml/kg/día por gastroclisis con sonda orogástrica (SOG). Realiza un vómito a las 21.00 del día del nacimiento y luego otro a las 10.00 del día siguiente. Hace deposición meconial y diuresis espontánea antes de las primeras 24 h de vida. La palpación del abdomen indica que es globuloso, blando y depresible, sin masas ni megalias, con peristaltismo conservado, y no impresiona dolor.

A las pocas horas de vida presenta un leve tiraje subcostal y varias desaturaciones. Se le diagnostica enfermedad de membrana hialina leve.

Durante las siguientes 48 h, la paciente, a nivel respiratorio, presenta empeoramiento con varias desaturaciones, que precisa estimulación para que remonte, tiraje subcostal leve-moderado y varios episodios de apneas. A nivel digestivo, se va aumentando paulatinamente la alimentación, con buena tolerancia; realiza deposiciones y micciones espontáneas.

Al 5.º día de vida, con una edad gestacional de 33 semanas + 4 días y peso 1500 g, se observa un abdomen no globuloso pero poco depresible, con tiraje subcostal leve. Se decide su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) para una monitorización más estrecha.

En la UCIN se realizan analítica y radiografía de abdomen, donde se observa dilatación de asas de intestino delgado y dudosa imagen de doble carril. La paciente ha presentado un deterioro clínico progresivo, con tendencia a las apneas, hipoactividad, coloración pálida. La analítica de sangre demuestra un empeoramiento de los parámetros infecciosos.

Se le diagnostica enterocolitis necrotizante IIa, leucopenia en proceso infeccioso e hipocoagulabilidad.

Ante este empeoramiento se decide intubar y conectar a ventilación mecánica y analgesia con fentanilo, pauta de antibióticos, dejar a dieta absoluta con SOG abierta a bolsa y actitud expectante. Se comenta el caso con Cirugía Pediátrica.

Los siguientes días en UCIN presenta un empeoramiento a nivel digestivo con abundantes restos biliosos, un eritema en la base del ombligo, el abdomen sigue distendido y doloroso a la palpación. En las analíticas sucesivas que se realizan hay un aumento progresivo de los valores infecciosos con

crecimiento de un gram-negativo en sangre. En las radiografías se observa un patrón de miga de pan en flanco derecho con mayor dilatación de asas fijas en flanco izquierdo. Aire distal. Impresión de más ascitis. Se le diagnostica ENC IIIa.

El día 14/06/2016, Cirugía Pediátrica decide realizar exploración quirúrgica ante la evolución tórpida de la ENC.

Se le realiza una laparotomía transversa más ileostomía con resección intestinal. Durante la intervención, se revisa todo el intestino y se hallan 8 cm de íleon terminal, ciego, apéndice y colon ascendente necrótico y papiráceos (fig. 1), líquido libre tipo reactivo, plastrón de fibrina en gotera cólica derecha y subhepático. Realizan una ileostomía (funcionante, proximal y superior) y una colostomía (no funcionante), ambas permeables.



Figura 1. Intervención

Objetivos

Principal

Describir un caso clínico de cuidados de ostomías en un recién nacido prematuro por la complejidad de elegir el dispositivo adecuado.

Objetivos específicos

Propuesta y puesta en marcha de una guía de seguimiento y control de las ostomías con el propósito de disminuir la variabilidad de los cuidados, detectar precozmente las posibles complicaciones y disminuir la morbilidad asociada a ellas

Metodología

Descripción de un caso clínico

Para el cuidado y cura de las ostomías que presenta nuestra paciente, seguimos el protocolo de nuestra unidad para el cuidado de colostomía consensuado con el equipo de Cirugía Pediátrica. Para la recogida de datos y optimización de los cuidados, realizamos una lista de control o *checklist* de elaboración propia, donde recogemos toda la información sobre el estoma, la unión mucocutánea, el aspecto de la piel periestomal, el tipo y el aspecto del residuo, el tipo de dispositivo, los accesorios para la zona periestomal y las observaciones (anexo 1).



Figura 2. Inicio de las curas

ADAPTACIÓN DE REGISTRO DE EVALUACIÓN DE LA OSTOMÍA. GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS			
CHECKLIST OSTOMÍAS		Nombre:	
Fecha		Fecha	
ESTOMA		RESIDUOS	
Tamaño	Redondo	Heces	Espesa
	Ovalado		Grumosa
Color	Rojo		Mucosa
	Pálido		Líquida
	Violáceo	TRATAMIENTO DE LA OSTOMÍA	
	Necrótico	TIPO DISPOSITIVO	
Aspecto	Saludable		· Bolsa de una pieza
	Edematoso		· Bolsa de dos piezas
	Desgarrado		· Easiflex® Confort
	Granulomas		· Transparente
Elevación	Normal		· Opaca
	Mucosa elevada	ACCESORIOS	
	Mucosa retraída	ZONA PERIESTOMAL	
	Prolapso		· Spray eliminación adhesivo piel
UNIÓN MUCOCUTÁNEA			· Spray barrera cutánea
Intacta	Sutura intacta		· Polvos
Separada de la piel	Sutura alterada		· Disco adhesivo
PIEL PERIESTOMAL			· Placa autoadhesiva
Color	Saludable		· Disco autoadhesivo
	Presenta eritema		· Resina moldeable
	Contusionada (amarillenta/verdosa)		· Spray barrera cutánea
Integridad	Intacta		· Polvos
	Macerada		· Disco autoadhesivo
	Erosionada		· Pasta de sellado
	Erupción		· Crema barrera
	Ulceración	OTROS	

OBSERVACIONES:

www.mao.org (realización propia).

Se inicia la cura de los estomas el día 15/06/2016, día posintervención: se realiza lavado con suero fisiológico y se pone pomada de mucipirona en estomas más malla de silicona y gasa. Cura pautaada por Cirugía Pediátrica (fig. 2).

16/06/2016: La ileostomía es funcionante y se decide poner bolsa de colostomía. Se realiza lavado con suero fisiológico caliente. Sobre la piel perilesional se aplican polvos secantes Brava® Polvos para Ostomía más disco con abertura solo del estoma funcionante, y bolsa Easiflex® Confort. Durante 24 no se cambia el disco porque está bien. Fijado a la piel (figs. 3-5).

17/06/2016: La piel periestomal y ambos estomas presentan buen aspecto, la ileostomía es funcionante. Se cambia el disco porque presenta fugas.



Figuras 3, 4 y 5. Fijado a la piel

Se cura con agua y jabón, secado a toques con gasa y polvos secantes, y se aplica el disco dando calor, más bolsa. Durante 24 horas no se cambia el disco porque está bien fijado a la piel.

18/06/2016: La piel periestomal y ambos estomas presentan buen aspecto, la ileostomía es funcionante. Se cambia el disco porque presenta fugas. Se cura con suero fisiológico, secado a toques con gasa y polvos secantes, y se aplica el disco dando calor, más bolsa. Durante 24 no se cambia el disco porque está bien fijado a la piel. La herida quirúrgica presenta bordes enrojecidos y dehiscencia.

Por un lateral, se cura con suero fisiológico más alginato con plata y apósito transparente por orden de Cirugía Pediátrica.

19/06/2016 y 20/06/2016: La piel periestomal presenta buen aspecto. Se siguen las mismas curas pautadas en el protocolo y checklist de las ostomías. Solo precisa el cambio de disco una vez por turno.

21/06/2016: Se decide cambiar a un disco más grande, para introducir bien los dos estomas dentro, y se hacen dos orificios. La piel perilesional está intacta. Buena fijación del disco.

Durante los siguientes 8 días, se sigue con la misma pauta de cura. La piel periestomal presenta enrojecimiento y erosión (figs. 6, 7), que se trata con polvos secantes Brava® Polvos para Ostomía más el disco Easiflex® Confort y bolsa. Se pone Coloplast® Pasta para un mejor sellado de los agujeros de los estomas. Las heces son de consistencia líquida y espesa. La unión mucocutánea presenta una sutura intacta.

La paciente recibe el alta de la UCIN y pasa a la sala de neonatos el día 30/01/2016, con el mismo plan de curas.

01/07/2016: La piel periestomal sigue enrojecida y presenta descamación, por lo que se decide el cambio de pauta de la cura: limpieza con suero fisiológico, secado a toques, crema Conveen® Critic Barrier en piel periestomal, secado con O₂ entre 15-20 minutos, para que seque y absorba bien la pomada, más disco y bolsa Easiflex® Confort (fig. 8). Se debe cambiar y curar la ostomía tres veces en 24 h. Se inicia la formación a los padres junto con la enfermera estomatoterapeuta del Hospital.

02/07/2016: Se sigue con la misma pauta de cura. Enfermería refiere que el disco le molesta mucho a la paciente y se despegar. Precisa 4 curas de la ostomía con cambio de bolsa.

03/07/2016: Se decide el cambio de disco por el apósito Brava® Arco de Sujeción (figs. 9-11), en forma de círculo con dos orificios centrados para las estomas, que se adapta mejor al abdomen de la paciente, y sobre este se pega la bolsa. Se realizan 2 curas en 24 horas.

04/07/2016: La ostomía presenta buen aspecto, evolución favorable. Precisa 6 veces cambio de apósito y cura.

05/07/2016: Misma pauta de cura. Se cambia 6 veces el apósito y la bolsa. En todos los cambios se cura la piel perilesional con crema Conveen® Critic Barrier más O₂.

Los días siguientes, 06, 07 y 08/07/2016, precisa de 2 a 4 cambios de apósito y bolsa. La piel periestomal presenta mejor aspecto. La enfermera que realiza las curas opta por utilizar el disco de ostomía o el apósito formado por Brava® Arco de Sujeción.

09/07/2016: La ostomía presenta buena evolución. Se suspende cura con Conveen® Critic Barrier. Se ponen polvos secantes Brava® Polvos para Ostomía (fig. 12).

11/07/2016: Se decide la finalización del estudio. Los padres, durante la última semana, han recibido formación en cuidados de los estomas y han curado las ostomías varias veces a lo largo del día. Se los adiestra en la utilización del disco y bolsa Easiflex® Confort de Coloplast. La piel periestomal esta sonrosada y no presenta eritema, por lo que se seguirá con misma pauta de cura: limpieza con suero fisiológico o agua, polvos secantes Brava® Polvos para Ostomía y disco más bolsa Easiflex® Confort o Brava® Arco de Sujeción.



Figura 6. Enrojecimiento y erosión de la piel periestomal



Figura 7. Enrojecimiento y erosión de la piel periestomal



Figura 8. Cambio de pauta de la cura

Resultados y discusión

1. La observación y análisis del seguimiento diario de este caso nos permite observar la evolución, así como la toma de decisiones y prevención de complicaciones añadidas. Hay que tener en cuenta que la prevención de las complicaciones es prioritaria, ya que pueden llegar a ser de gran envergadura, con las consiguientes secuelas sobre el paciente.

2. Podemos constatar que el cuidado y cura de las ostomías en pacientes prematuros son más complicados a causa de sus propias características. La piel de estos pacientes es un punto muy importante para que la evolución de la ostomía sea favorable. Como consecuencia, debemos tener

precaución en el tipo de dispositivos que utilizamos, ya que la piel se desca-ma e irrita con mucha facilidad.

Como hemos reflejado en la descripción del caso, ante la aparición de un eritema periestomal, hemos comprobado que, el empleo de la crema Con-veen® Critic Barrier en conjunción con un flujo de oxígeno durante 15-20 minutos a cada cambio de disco produce una mejoría del eritema.

3. La utilización de los polvos secantes Coloplast desde el primer día ayuda a retrasar la aparición de complicaciones en la piel del prematuro.

4. Observamos que los discos que hay en el mercado para esta franja de edad no se llegan a adaptar al total de la superficie corporal del paciente, ya que en muy poco espacio nos encontramos con la herida quirúrgica, los dos estomas y el ombligo, lo que dificulta la adaptación del disco. Por eso hemos acoplado el apósito Brava® Arco de Sujeción. Aun así, hemos tenido que realizar, como media diaria, 2-4 cambios de disco y bolsa, mientras que la media de cambio de disco es de 24-48 h en el resto de población

5. En el cien por cien de las curas de las ostomías, el personal de enfermería se ha basado en el protocolo de la unidad.

6. Durante los 26 días de curas se ha cumplimentado el 80.77 % de las valo-raciones del *checklist*, lo que demuestra que se ha de incidir en el uso de esta herramienta.

Conclusiones

A los profesionales de enfermería, tener un protocolo establecido, con crite-rios unificados, les ha servido para conseguir unos cuidados de las otomías satisfactorios. Hemos observado que el conocimiento adecuado de los dispo-sitivos Easiflex® Confort ha mejorado la toma de decisiones para la elección del dispositivo, lo que garantiza una mejor terapia y una menor aparición de problemas innecesarios. Los padres nos han expresado que la educación recibida desde el primer día de salida a la Sección de Neonatología los ha ayudado a disminuir el estrés que suponía el cuidado de su hija y a tener más tranquilidad, ya que han aumentado sus conocimientos sobre el cuidado es-pecífico de los estomas, sobre las posibles complicaciones y sobre el material disponible. Con el aumento de implicación en el cuidado conseguimos que la decisión de las curas la tomaran los propios padres, a los que se ayudaba solo cuando aparecía algún problema.

Bibliografía

- [1] Espinoza C, Pereira N, Benavides J, Rositon C. Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión de la literatura. Revista electrónica [Internet]. 2008, 5(3). p. 38-48.
- [2] Rellán Rodríguez S, García de Ribera C, Aragón García MP. El recién nacido prematuro. En: Junta directiva de la sociedad Española de neonatología (SEN). Protocolos de Neonatología. 2.ª ed. Madrid: AEpel; 2008. p. 68-77.
- [3] Olivares M, Shinabuko R, Clirinas J, Costta R, Ticana M, Mestaiza M, Barrienta A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en Perú. Proyecto multicéntrico. Rev Soc Per pediatría. 2002; 55(3): 18-24.
- [4] Kim JH. Necrotizing enterocolitis: the road to zero. Semin Fetal Neonatal Med [Internet]. 2014 Feb [Acceso 29 May 2016]; 19(1): 39-44. Disponible en <http://www.sfnjournal.com/article/S177-165X%2813%2900093-0/fulltext>
- [5] Argumga Salazar Y, Fernández Córdoba MS, González Piñera J, Hernández Auselni E, Baquero Cano M, Median Monton C, Rubio Ruiz A, Martínez Gutiérrez A. Enterocolitis necrotizante y perforaciones intestinales en pre-maturos de muy bajo peso. ¿Cuál es la mejor opción quirúrgica? Cir pediatría. 2011; 24: 142-5.
- [6] Chattas Guillermina. Cuidados al recién nacido con enterocolitis necrotizante. Revista enfermería. (12): 1-8. Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/archivos/Cuidados%20del%20recien%20nacido%20-%20Chattas.pdf>
- [7] Guía de buenas prácticas en enfermería. Cuidado y manejo de ostomías. Registered Nurses' Association of Notario. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomía_-_Guía_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
- [8] Martínez Cano A, Valero Cardona A, Suzzi CH. Protocolo de cuidado y cura de ostomías en pediatría. Servicio de Pediatría, sección UICN. Hospital General de Castellón. Noviembre 2015.

Reflexión sobre el caso

La utilización del Protocolo de Ma-nejo de Ostomías va a contribuir a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería y garantizará la conti-nuidad del manejo de las ostomías, así como a la solución unificada de los problemas que se puedan presen-tar. El riesgo de aparición de compli-caciones puede disminuir de forma considerable gracias al cumplimien-to de este protocolo por parte de todo el personal enfermero.



Figuras 9, 10 y 11. Cambio de disco por apósito



Figura 12. Buena evolución