

# Atención de enfermería en una fístula enterocutánea funcionante

## Resumen

La realización de una ostomía supone un gran cambio en todos los aspectos de la vida de cualquier persona, sobre todo en su imagen corporal. Si a esto añadimos un mal manejo del estoma por fístula enterocutánea con importante débito, que precisa curas cada dos o tres horas, el problema de adaptación del paciente y las alteraciones que sufre en su vida cotidiana se agravan en extremo.

La actuación de enfermería en la Consulta de Estomatoterapia es fundamental para lograr un buen control del débito de la ostomía, así como una buena adaptación al dispositivo que permita al paciente su independencia en el autocuidado y evitar posibles complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** OSTOMÍA, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS, DISPOSITIVO OSTOMÍAS, FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA, AUTOCAUIDADO.

## Introducción

Cualquier intervención quirúrgica supone una alteración en la vida de las personas. Si a esto añadimos un diagnóstico oncológico, la realización de una ostomía, varias reintervenciones y una evolución tórpida del proceso, el paciente sufre un gran problema de adaptación y, por lo tanto, perturbaciones en su vida diaria e imagen corporal, autocuidado, autoestima, etc.

La intervención enfermera es fundamental para dar a los pacientes cuidados individualizados, integrales y de calidad para lograr su recuperación y lograr la independencia en el autocuidado.

Se ha desarrollado un plan de cuidados individualizado de enfermería realizando una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y utilizando como herramientas la taxonomía NANDA, la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados NOC.

No obstante, el objetivo primordial de nuestra actuación ha sido lograr una atención correcta de la herida quirúrgica y sus complicaciones con un dispositivo para ostomías apropiado.

## Presentación del caso

Paciente de 59 años intervenido de forma programada de neoplasia de colon transversal y colon sigmoide. Se le realiza laparotomía suprainfraumbilical con resección tumoral de sección del íleon terminal, recto superior y del mesocolon con anastomosis ileorrectal mecánica.

Antecedentes personales de:

- NAMC.
- Exbebedor importante.
- Cirrosis hepática enólica estadio B de Child, no encefalopatía. En seguimiento por el servicio de Digestivo.
- Exfumador desde hace 23 años con criterios clínicos de bronquitis crónica.
- Síndrome depresivo tras fallecimiento de su esposa hace siete años.
- Independiente para las actividades de la vida diaria. Incapacidad laboral

MARÍA JESÚS BERNARTE SORRIBAS: Graduada en Enfermería. Consulta de Enfermería de Cirugía General y Estomatoterapia. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid.

ANA MARÍA GONZÁLEZ BUENADICHA: Diplomada Universitaria en Enfermería. Consulta de Enfermería de Cirugía General y Estomatoterapia. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid.

Correo e.: chusbernarte@gmail.com

**ACCÉSIT**

por alcoholismo. A los siete días de la intervención, presenta *shock* séptico por dehiscencia de sutura. Se le efectúa ileostomía terminal y, al décimo día de la segunda operación quirúrgica, se le interviene de urgencia por *shock* hipovolémico en relación con hemoperitoneo importante y evisceración. Se realiza cierre abdominal temporal y colocación de terapia de presión negativa (TPN), que debe retirarse posteriormente por presentar salida de líquido intestinal a través de la herida quirúrgica. Se confirma fístula enteroatmosférica en posible relación con el sistema de presión negativa. Conforme las curas locales de herida abdominal evidencian un mínimo débito de líquido intestinal, se procede a resección y plicatura de la malla con intención de aproximar bordes y permitir cierre por segunda intención.

La herida presenta una correcta granulación y precisa curas cada 24 horas. Ileostomía funcionante con buen manejo de la misma por parte del paciente. Para continuar su rehabilitación física, se decide su ingreso en un centro de media estancia de



Figura 1. Estoma no funcionante y fistula enterocutánea



Figura 2. Fistula



Figura 3. Cambio de dispositivo en estoma y fistula



Figura 4. Cambio de dispositivo en estoma y fistula



Figura 5. Fistula

donde es nuevamente remitido para valoración por débito abundante a través de fistula enterocutánea (que se comporta como ostomía). Precisa curas de herida abdominal frecuentes, cada 2 horas aproximadamente, por filtración de heces, con irritación de piel perilesional, herida con mala evolución e ileostomía no funcionante (figs. 1, 2).

En el momento de la derivación a la Consulta de Estomatoterapia, el paciente utiliza dispositivo de dos piezas para la ileostomía aunque no es funcionante y se realizan curas de herida quirúrgica abdominal cada 2-3 horas según el débito que presente la fistula enterocutánea.

### Objetivos

El objetivo propuesto en la Consulta es conseguir aislar el débito por la fístula

la enterocutánea con un dispositivo adecuado que permita la no filtración de heces a la herida quirúrgica, lo cual favorezca su cicatrización y mejore la calidad de vida del paciente, al no tener que realizar curas frecuentes y conseguir que la piel perilesional esté intacta.

De la misma manera, se pretende lograr que el paciente pueda ser autónomo en el cuidado del estoma que, en el momento actual, es la fístula enterocutánea, y favorecer su independencia y alta hospitalaria para facilitar su incorporación a su vida social y familiar.

### Metodología

El trabajo realizado está basado en la evidencia y en los conocimientos empíricos obtenidos en la práctica asistencial.

Se realiza una valoración y plan de cuidados de enfermería del paciente según los Patrones de Marjory Gordon, utilizando como herramientas

la taxonomía NANDA, la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados NOC, si bien en este trabajo no se va a exponer y nos centramos en el cambio de dispositivo de ostomía para poder aislar el débito de la fístula enterocutánea, a fin de lograr controlarlo y la curación de la herida quirúrgica.

Tras valorar el débito por la ileostomía y la fístula enterocutánea, se decide el cambio de dispositivo de dos piezas de ileostomía por Alterna® Mincap (ya que no es funcionante) y se aísla la fístula con dispositivo Easiflex® Confort maxi (bolsa abierta de 2 piezas) con adhesivo en espiral Swiss Roll transparente extra flexible para favorecer la cicatrización de la herida quirúrgica (figs. 3, 4).

Antes de la colocación del disco adhesivo del dispositivo se aplicó en la herida quirúrgica una placa autoadhesiva de protección (Brava® Placa Autoadhesiva) y en la piel perilesional un spray barrera cutánea (Brava® Spray Barrera Cutánea), además de utilizar Coloplast® Pasta en el disco para lograr un mejor sellado.

Si bien con el nuevo dispositivo y accesorios logramos mantener la herida quirúrgica aislada durante 6 horas los dos primeros días, no conseguíamos controlar las fugas de efluente durante más tiempo, por lo que empleamos un anillo moldeable (Brava® Anillo Moldeable)) para garantizar un aislamiento eficaz y evitar fugas.

## Resultados

Como se ha explicado en el párrafo anterior, en los dos primeros días solo se logró aislar la herida quirúrgica durante 6 horas y, si bien ya era un resultado favorable puesto que se disminuía el número de curas, nuestro objetivo era conseguir que el dispositivo aislara la herida al menos 24 horas.

Tras utilizar el anillo moldeable conseguimos adaptar el disco adhesivo a la fístula, lograr controlar el débito y evitar fugas de efluente a la herida quirúrgica. Las curas de esta se realizaron entonces cada 24 horas e incluso cada 36 horas algunos días, lo que facilitó una mejoría importante de la piel perilesional y que la herida quirúrgica comenzara a granular.

Para la retirada de restos de adhesivos se aplicó Brava® Spray elimina adhesivos.

De la misma manera, el paciente pudo recibir el alta hospitalaria y acudir a Consulta diariamente para la valoración y tratamiento de la herida. El paciente es independiente en los cuidados del estoma-fístula para el cambio de

bolsa y se ha incorporado a su vida social y familiar.

## Conclusiones

Como se ha comentado al comienzo del trabajo, cualquier ingreso hospitalario supone una alteración en la vida de cualquier persona. Si a esto se le añaden varias intervenciones quirúrgicas, la realización de una ostomía y el no poder controlar el débito de la misma, con el consiguiente perjuicio para la evolución adecuada de la herida quirúrgica, el paciente va a necesitar un gran esfuerzo de adaptación, siendo fundamental la atención de enfermería para prestarle unos cuidados integrales, individualizados y de calidad.

Una de las funciones principales de la enfermería es elegir un dispositivo de ostomía adecuado para cada paciente según sus necesidades, características del estoma, actividad, etc., con el fin de facilitar tanto su independencia en los cuidados como su reinserción a su vida social y laboral.

Afortunadamente hoy día, y gracias al desarrollo e investigación de empresas especializadas en el cuidado del paciente ostomizado, podemos contar con numerosos dispositivos y accesorios que nos permiten lograr estos objetivos, de manera que la calidad de vida de nuestros pacientes no se vea disminuida.

# Bibliografía

- Ackeley BJ, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- Coloplast. Vademécum. Alternativas terapéuticas en ostomía; enero 2016.
- Enciso Rivilla MD, Conceptos básicos en estomaterapia. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá DL; 2008.
- Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2010. Madrid: Elsevier; 2010.
- Johnson M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de intervenciones de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
- NNN CONSULT [base de datos en Internet]. Barcelona: Elsevier; 2012 [Acceso 7 Jun 2016]. Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.cisne.sim.ucm.es/index>.