

Cuidado de la colostomía en paciente con epidermolisis ampollosa intervenida de adenocarcinoma de recto

Presentación de un caso

Resumen

La epidermolisis ampollosa (EA) es una enfermedad hereditaria de la piel. Su asociación con un adenocarcinoma rectal requiere unos cuidados especiales.

OBJETIVOS. Valorar la eficacia de cuidados de enfermería prestados a una paciente con EA en relación al manejo de la ostomía.

METODOLOGÍA. Estudio descriptivo observacional prospectivo. Se crea un equipo multidisciplinar para coordinar los cuidados de la paciente.

RESULTADOS. A los 93 días de la intervención programada, y tras la realización de una colostomía por complicaciones en la cirugía, se consigue una autonomía de la paciente en el cuidado y manejo de la ostomía con varios dispositivos de Coloplast®.

CONCLUSIONES. La unión de la práctica enfermera con la evidencia científica ha permitido proporcionar cuidados de mayor calidad a la paciente.

PALABRAS CLAVE: EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA, ADENOCARCINOMA RECTAL, OSTOMÍA.

Introducción

La epidermolisis ampollosa (EA) o piel de mariposa es una enfermedad hereditaria de la piel dentro de las enfermedades consideradas como «enfermedades raras». Se manifiesta por la aparición de ampollas y heridas en la piel y mucosas al contacto. Las lesiones de mucosas se localizan con más frecuencia en la cavidad oral, esófago, cavidad nasal, faringe, tracto genitourinario, ano y conjuntivas, siendo también muy frecuentes la aparición de lesiones de piel localizadas en la zona de flexura y manos. Estas lesiones varían según el grupo o subgrupo de EA al que pertenezca el paciente.

Las heridas que experimentan los pacientes pueden evolucionar hasta heridas crónicas e hipergranuladas de manejo muy difícil. Esto motiva la búsqueda de nuevos materiales de curación y el uso de apósitos no adherentes, que permitan disminuir el exudado y favorecer la epitelización de la herida.

En la actualidad, la EA no dispone de tratamiento curativo. El manejo de estos pacientes tiene como objetivos: minimizar la aparición de flictenas; proporcionar mejores condiciones para una cicatrización correcta evitando sobreinfecciones; controlar el dolor y posibles complicaciones, todo ello para conseguir mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La rareza de esta patología –en nuestra comunidad autónoma (Castilla y León) hay 2,5 casos por millón de habitantes– y su asociación con un adenocarcinoma rectal (ADC rectal), caso del cual no se ha publicado ninguno similar en España hasta el momento y que requirió cirugía radical y ostomía terminal, motivó el interés de los profesionales de enfermería para su seguimiento, ya que era la primera vez que un paciente con estas características se trataba en la Unidad de Cirugía de nuestro Hospital. Además, existía la dificultad añadida de no disponer de un Servicio de Dermatología.

SOFÍA MARTÍN MONJAS, LUCÍA FERRERO SAN MARTÍN, M.^a JESÚS BADA DÍEZ, M.^a CARMEN DUEÑAS DÍEZ, PAULA FERNÁNDEZ ARAQUE, ESTRELLA ZORITA TÉLLEZ, CRISTINA FERNÁNDEZ CUADRADO, M.^a INMACULADA CONCEPCIÓN PRADOS CANTARERO, SARA MANJARRÉS MUÑOZ: Diplomadas en Enfermería. Unidad de Cirugía. Hospital Medina del Campo. LAURA E. HERNÁNDEZ VÁZQUEZ. Graduada en Enfermería. Hospital Medina del Campo. Correo e.: sofiamartin80@yahoo.es

ACCÉSIT

Presentación del caso

Se describe el caso de una paciente de 47 años de edad con EA a la que se intervino de forma programada de ADC rectal en estadio T2N0 con posteriores complicaciones tras la cirugía programada, que requirieron finalmente una ostomía temporal tras una intervención quirúrgica de urgencia.

Se valoran los cuidados prestados por el personal de enfermería, las curas de la herida quirúrgica, las heridas cutáneas propias de su enfermedad y el manejo de la ostomía realizada. Se crea y se describe un plan de cuidados de enfermería para la paciente.

Secundaria a su patología de base, la paciente presenta una desnutrición moderada y anemia. Previo a la cirugía programada, la paciente estuvo en tratamiento neoadyuvante con radioterapia (finalizada 10 semanas antes de la intervención) y con corticoides orales y tópicos para prevenir un empeoramiento de su enfermedad.

La paciente es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (escala Barthel: 100 puntuación) y sin riesgo de úlceras por presión (escala Norton: 20 puntuación).

Objetivos

- Valorar la eficacia de los cuidados de enfermería prestados a una paciente con EA en relación con el manejo de la ostomía y la piel periestomal durante su hospitalización en la Unidad de Cirugía de nuestro Hospital tras una intervención quirúrgica.

- Prestar educación en materia de ostomía a la paciente y a su familia tanto en el periodo preoperatorio como en el posoperatorio.

Metodología

Para la realización del caso clínico, se realiza un estudio descriptivo observacional prospectivo.

Desde un primer momento, se crea un equipo multidisciplinar formado por supervisora, enfermeras y TCAE de la Unidad de Cirugía, cirujano y anestesta, apoyados por la supervisora de Quirófano y la enfermera y psicóloga de la Asociación Piel de Mariposa-DEBRA España. Este equipo multidisciplinar trabaja para coordinar los cuidados necesarios que va a requerir la paciente durante su periodo de hospitalización previo y posterior a la cirugía programada.

La asociación DEBRA España, desde un primer momento, nos proporciona la información y apoyo necesario para elaborar un documento propio del Hospital basado en diferentes niveles de evidencia científica, con las indicaciones que seguir para los cuidados dirigidos a un paciente con EA durante su hospitalización. No se encontraron publicaciones sobre el manejo de una ostomía en un paciente con EA, por lo que no se incluyó ninguna indicación referente a la ostomía. Se tuvo que aplicar el método ensayo-error junto con las indicaciones generales del documento creado. Dicho documento fue accesible a todo el personal durante el periodo en el que la paciente estuvo hospitalizada.

Además, se formó al personal de enfermería (enfermeras y TCAE) de la Unidad de Cirugía y Unidad de Quirófano acerca de los cuidados de enfermería dirigidos al paciente con EA.

Tras una valoración integral de la paciente y una educación preoperatoria somera en materia de ostomías por parte de las enfermeras, la intervención quirúrgica programada tiene lugar a mediados de junio de 2014. Se efectuó una resección anterior de recto por laparoscopia con histerectomía total y doble anexectomía. Al décimo día de la intervención quirúrgica programada, se interviene de forma urgente a la paciente por una dehiscencia de sutura causada por la presencia de un fecaloma gigante con reconversión a laparotomía media y realización de colostomía terminal temporal.

La primera valoración del estoma y piel periestomal se realiza a las 6 horas de la intervención urgente en la Unidad de Reanimación. Las valoraciones continuaron en la Unidad de Cirugía mediante un formulario de registro de ostomías en el programa Gacela Care®, establecido en el centro.

A las 24 horas de la intervención quirúrgica urgente, en la Unidad de Cirugía se realiza una reevaluación del estoma. Su aspecto es normal, no funcionante y con piel periestomal íntegra, aunque la cercanía de la incisión quirúrgica de la laparotomía dificulta el sellado correcto de la base. En ese momento, la paciente porta un dispositivo Alterna® Confort de 3 piezas bolsa urostomía con aro de 60 mm (colocado en el quirófano).

Desde un primer momento, las enfermeras establecieron un plan de cuidados de enfermería del paciente ostomizado y el plan de cuidados de neoplasia de colon individualizado con formato (NANDA, NIC, NOC), y se aplicó el protocolo de educación al paciente ostomizado.

Trascurridas 72 horas desde la primera cura en planta, se retira el disco del dispositivo con la ayuda de un aerosol de silicona. Se observan lesiones cutáneas en diferente grado de curación en la piel periestomal por hipersensibilidad de la piel, que ha estado en contacto con el efluente al no conseguirse un sellado correcto por la proximidad de la incisión quirúrgica, y una pequeña lesión en la piel por contacto con el grifo de la bolsa de urostomía.

Ante las complicaciones surgidas, se procede a realizar un cambio en los

cuidados del estoma. Se coloca en la piel periestomal un apósito de silicona con espuma polimérica absorbente (apósitos que utilizaba la paciente en las lesiones de la piel producidas por su enfermedad en otros lugares de su cuerpo) y se realiza un círculo en el centro del mismo del diámetro de la ostomía, en el que se pega posteriormente el disco del dispositivo Alterna® Confort 3 piezas cerrada aro de 60 mm. Se refuerza con un anillo de papel sobre el dispositivo para asegurar mayor adherencia.

Se programó la frecuencia de las curas y revisiones de la ostomía cada 24 horas, en turno de mañana, aunque finalmente se tuvieron que realizar en cada turno por necesidades de la paciente, y siempre de forma estéril.

Al cabo de 3 días, la piel periestomal se observa muy enrojecida, irritada y edematosa, debido a las continuas fugas del efluente líquido de la colostomía a través de la espuma polimérica.

Para solucionar esta complicación, se utiliza en la piel periestomal un aerosol de silicona, que forma una película que protege la piel periestomal del efluente y de los adhesivos de los apósitos. Para evitar las fugas a través del apósito de espuma por ser heces más líquidas, se retira el *film* superior del apósito de silicona utilizado y la espuma del mismo. Queda entonces expuesta la capa intermedia de tejido sin tejer del apósito y la lámina de silicona, donde se pegó el disco del dispositivo de Alterna® Confort 3 piezas cerrada, aro de 60 mm. Además se añade Brava® Cinturón para lograr una mayor estanqueidad y así evitar las fugas.

Resultados

A los 20 días de la intervención quirúrgica urgente, y superadas las complicaciones ocurridas, se logran estabilizar las fugas de la colostomía hacia la piel pericostómica. Las lesiones cutáneas tienen tejido de granulación. Se continúa con el mismo procedimiento de curas (pautadas



Figuras 1 y 2. Lesiones en manos, nalgas y piernas



Figura 3. Dispositivo empleado

cada 24 horas) y se sigue registrando la evolución de la ostomía y la piel periestomal en el formulario de registro de la ostomía del programa Gacela Care®.

A los 50 días de la intervención quirúrgica de urgencia, a pesar de la mala evolución general de la paciente, las fugas han remitido y la piel periestomal está íntegra, por lo que se retira el Brava® Cinturón.

Con el fin de conseguir la autonomía de la paciente en el cuidado y manejo de la ostomía, y teniendo en cuenta las lesiones crónicas que sufre la paciente en sus manos por su enfermedad de base (ausencia de uñas, dedos con piel atrófica, heridas retráctiles en manos...) (figs. 1, 2), se decide cambiar el dispositivo Alterna® Confort por un dispositivo Easiflex® Confort bolsa cerrada de 2 piezas, por resultar de manejo más fácil. Se continúa con el aerosol protector de silicona y apósitos de silicona (en este momento no se retira la espuma ni el *film* superior por no ser necesario, ya que las heces son más pastosas) (fig. 3).

Finalmente, a los 93 días de la intervención quirúrgica, la paciente es dada de alta. Es independiente en los autocuidados de la ostomía, con conocimientos en relación con el estilo de vida que tiene que seguir y con la detección de posibles complicaciones en la ostomía y la piel periestomal.

Al alta, además, se le proporciona un informe de continuidad de cuidados específico del paciente ostomizado, un folleto informativo sobre el estilo de vida que se recomienda seguir y una primera cita para la Consulta de Ostomías a los 15 días del alta.

Conclusiones

El que un paciente sea portador de una ostomía supone una pérdida de continuidad de la piel y, por lo tanto, una pérdida de la barrera de protección natural.

En nuestro caso, la situación se ve agravada por la enfermedad cutánea crónica que sufre la paciente y que, en muchos casos, es desconocida por los profesionales. Además, la EA predispone, en mayor medida, a un alto riesgo de que se produzcan alteraciones cutáneas (irritaciones, lesiones, dermatitis, ulceraciones...). Teniendo en cuenta lo anterior, el personal de enfermería de la Unidad de Cirugía ha prestado unos cuidados dirigidos a la ostomía, y conseguido, de forma satisfactoria, un buen manejo de la misma por parte de la paciente, lo que mejora de este modo su calidad de vida.

La educación prestada por los profesionales de enfermería a la paciente ha permitido proporcionarle autonomía en el cuidado y manejo de su esto-

ma y, además, formarla para detectar posibles complicaciones que ocurran en él o en la piel periestomal.

La unión de la práctica enfermera con la evidencia científica ha permitido proporcionar cuidados de mayor calidad a la paciente y también ha ofrecido a los profesionales la oportunidad de adquirir conocimientos sobre una enfermedad desconocida hasta el momento en nuestra práctica diaria, como es la epidermolisis ampollosa o piel de mariposa.

Bibliografía

- Asociación Piel de Mariposa (DEBRA España) [sitio web]. [Acceso 3 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.pielde mariposa.es/index.html>
- Baquero C, et al. Guía de Atención Clínica Integral de la Epidermolisis Bullosa Hereditaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones; 2008. [sitio web]. [Acceso 13 Jun 2016] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/EpidermolisisBullosa.htm>.
- Cañadas Núñez F. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con Epidermolisis Bullosa. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009.
- González E. Protocolo de curas. Epidermolisis bullosa distrófica recesiva. Asociación de Epidermolisis Bullosa de España. AEBE-DEBRA España; 2006. p. 10.
- Hernández-Martín A, et al. Unidades de referencia para epidermolisis ampollosas e ictiosis: una necesidad urgente en España. Actas Dermosifilográficas. 2013 Jun; 104(5). Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/unidades-referencia-epidermolisis-ampollosas-e/articulo/S0001731013000045/#autores>