

Cuidados del paciente con colostomía necrosada

A propósito de un caso

Resumen

Las tasas de complicación de las ostomías son altas. Entre las complicaciones posibles, y derivada de la técnica quirúrgica, figura la necrosis de la mucosa del estoma. Para una atención integral es necesaria la figura del enfermero experto. En el siguiente caso clínico se muestra la metodología en relación con los cuidados enfermeros aplicados a un paciente intervenido por una neoplasia estenosante de colon, al cual se le realizó una colostomía que se necrosó en el posoperatorio inmediato. La actuación enfermera se basó en la observación directa del estoma y la adaptación del dispositivo adecuado en cada valoración (para evitar la desinserción y el hundimiento y proteger la piel periestomal). La necrosis del estoma fue una complicación de carácter transitorio y el paciente respondió bien al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: COLOSTOMÍA, NECROSIS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Introducción

El cáncer de colon es una enfermedad de crecimiento exponencial en la sociedad actual, siendo mayor en los países desarrollados, sin duda por los malos hábitos o estilos de vida que la sociedad industrializada y urbanita nos hace seguir. El tratamiento para el cáncer de colon o colorrectal pasa en la mayor parte de las ocasiones por la cirugía (abierta o laparoscópica), aparte de tratamiento coadyuvante de quimioterapia o radioterapia. La cirugía supone, en un porcentaje alto, que el paciente tenga que convivir con un estoma temporal o permanente [1].

El cáncer colorrectal es la indicación más común para las colostomías, pero también se utilizan para la gestión de anomalías congénitas anorrectales, la enfermedad diverticular, la enfermedad inflamatoria del intestino y en numerosos traumas, incluyendo el daño por radiación. Actualmente, del 15 % al 20 % de los pacientes con cáncer colorrectal operable requerirá una colostomía permanente, siendo las colostomías sigmoideas las más comunes [2].

La colostomía tiene el objetivo de conducir al exterior la materia fecal o descomprimir el intestino grueso a través de una vía alternativa [2]. Por lo tanto, no es una enfermedad, sino que es un cambio en la anatomía [4].

La realización de una colostomía implica un entrenamiento adecuado del paciente para desempeñar los cuidados adecuados de su colostomía.

Un estoma digestivo no es una herida, es mucosa intestinal [5]. Se realiza a partir de un segmento del intestino, por lo que es de color rojizo o rosado y está húmedo al tacto [3].

La intervención quirúrgica del paciente ostomizado conlleva alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de esta modificación anatómica [6, 7]. En el posoperatorio inicial un edema leve o moderado es normal y el estoma puede tener un ligero sangrado, debido a la alta vascularización de la zona [8].

LUCÍA HERREROS SÁEZ: Diplomada en Enfermería. Supervisora de Unidad Cirugía General-Cirugía Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

M.^a JOSÉ AYUSO SÁNCHEZ: Diplomada en Enfermería. Supervisora de Unidad Cirugía General-Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

M.^a CARMEN VAZQUEZ GARCÍA. Diplomada en Enfermería. Estomatoterapeuta. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Correo e.: lherreross@sescam.jccm.es

3.^{ER} PREMIO

Los factores que se asocian a complicaciones de los estomas son la cirugía de urgencia, la edad avanzada del paciente, la malnutrición, los tratamientos inmunosupresores, las dificultades de manejo por parte del paciente (por artrosis, pérdida de agudeza visual...), los derivados de la propia ubicación o construcción del estoma y, por último, la utilización de dispositivos inadecuados.

Las tasas de complicación de las ostomías son muy altas. En estudios amplios se describe una tasa del 34 % al 46 % [9, 10], y otras series muestran una tasa de hasta el 96 % durante las tres primeras semanas [11].

Entre las complicaciones precoces más frecuentes se hallan: el daño en la piel periestomal (6 %-42 %), la infección o los abscesos (2 %-15 %), la retracción/hundimiento (3 %-35 %), la dehiscencia mucocutánea (7 %-25 %), la necrosis (1 %-34 %) y, aunque son menos conocidos, los problemas hidroelectrolíticos y nutricionales asociados a un débito excesivamente alto por la ostomía [12-14].

Complicaciones en el posoperatorio tardío son: estenosis, retracción del estoma, prolapso del estoma, hernia de la pared abdominal y recidiva tumoral y otras complicaciones son: alergias, separación mucocutánea, granulomas y dermatitis de contacto irritante [15-17].

Por lo tanto, dentro de las complicaciones más frecuentes en el posoperatorio inmediato, y derivada de la técnica quirúrgica, figura la isquemia o necrosis de la mucosa estoma. Esta tiene su causa en una pérdida

de vascularización del intestino durante la disección, o por una mayor compresión del orificio de la aponeurosis, o por una tensión excesiva que causa la retracción [3, 16]. Es fácil de reconocer por el color morado azulado o grisáceo oscuro que adopta el estoma [18]. Si es superficial, con retirar algún punto de sutura suele ser suficiente, pero si se compromete el colon en su porción interior habrá que pasar nuevamente por quirófano [19]. Suele manifestarse dentro de las primeras 24 h del posoperatorio, y puede aparecer incluso en el quirófano antes de la finalización de la intervención.

La isquemia puede ser superficial de la mucosa o extenderse hacia la cavidad peritoneal, lo que determinará sin duda la actuación que se debe llevar a cabo: tratamiento conservador, dependiendo de la extensión lesionada y las condiciones generales del paciente, o reintervención urgente. En el colon se pueden originar necrosis en las zonas más sensibles de la mucosa, al contrario que en el intestino delgado, en el que existe circulación colorrectal intramural que permite que la mucosa se regenere desde sus capas más profundas. En el caso del asa intestinal se produce por problemas previos del intestino (ileítis por radiaciones) o de vascularización del mismo [20].

La actuación enfermera se basa en la observación directa del estoma según las agujas del reloj durante las primeras horas para detectar cualquier cambio en la coloración de la mucosa [21]. Esto manifestará la isquemia y advertirá de la necrosis de forma precoz, incluso si evoluciona con otros signos, como pueden ser la infección y la desinserción del estoma. Hay que identificar hasta qué nivel llega la isquemia: si es total, el tratamiento es la resección y reconstrucción del estoma.

Es conveniente la colocación de un dispositivo transparente para poder observar con facilidad la evolución.

La enfermería juega un papel muy importante en la educación y como identificador de riesgos de problemas de salud.

Estos enfermos consiguen un cuidado óptimo de la colostomía y evitan complicaciones locales cuando reciben una atención integral, personalizada y especializada por el estomatoterapeuta que es una figura importante en la atención a estos pacientes para mejorar la adaptación de las personas a su colostomía. [3].

Presentación del caso

Paciente varón de 75 años diagnosticado de neoplasia de sigma y colon izquierdo estenosante (neoplasia de colon descendente estenosante T3N2M1, metástasis hepáticas de 7 cm en LHD y mtx en LM y LLI.8/04/16 TAC), enfermedad de Alzheimer posible, que ingresa en el servicio de Cirugía General de forma urgente (no programada) por aumento del dolor abdominal y vómitos (28/04/16).

El paciente es intervenido quirúrgicamente de forma urgente el día 30/04/2016 a través de laparotomía media supra-infraumbilical y bajo anestesia general colectomía izquierda y Hartmann con colostomía en FII por tumoración estenosante microperforada a pared abdominal y metástasis hepáticas.

Como antecedentes personales en relación con el episodio actual, se debe destacar un estreñimiento de meses de evolución. No fiebre. Pendiente de cita programada con Cirugía General.

Durante los 8 días de hospitalización posquirúrgica el paciente presentó una necrosis de la colostomía que obligó a adaptarle diferentes dispositivos según la evolución de aquella.

El paciente marcha de alta portando colostomía y necesitando cura diaria de herida quirúrgica. El personal de enfermería (enfermera estomatoterapeuta) le facilita las recomendaciones oportunas y realiza el informe de con-

tinuidad de cuidados. Tras su buena evolución en general, salvo la necrosis del estoma, el paciente es dado de alta el día 07/05/2016.

Hasta el día 15/07/16 (fecha en la que se considera la resolución total de la necrosis colostomal), el paciente se reevalúa semanalmente en la consulta de ostomías de forma ambulatoria y se le adapta el dispositivo necesario según el caso.

Queda pendiente de programar para la intervención quirúrgica: hepatectomía derecha (con embolización portal derecha previa).

Objetivos del estudio

- Mostrar la metodología seguida en nuestra unidad en relación con los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente colostomizado, con necrosis del estoma.
- Identificar los materiales necesarios en el tratamiento del estoma necrosado, conociendo los diversos aspectos de interés sobre su uso.

Metodología

Estudio longitudinal descriptivo de un caso clínico de un paciente al que se le ha practicado una colectomía izquierda (Hartmann con colostomía en FII) sin marcaje previo, con los siguientes objetivos clínicos:

- Mejora de la calidad de vida en el paciente con una colostomía necrosada.
- Mantenimiento de la integridad de la piel.
- Capacitación del paciente para el manejo de los dispositivos colectores.
- Adquisición de los conocimientos necesarios para el manejo de su dieta.
- Aceptación de su estado de salud.
- Evitar resección quirúrgica del estoma necrosado, por desinserción y hundimiento.

Se ha procedido a hacer un seguimiento de la evolución de la colostomía desde su intervención quirúrgica, el día 30/04/2016, hasta el alta (8 días de ingreso) y durante 67 días después de forma ambulatoria, durante el que se establecieron

los diagnósticos enfermeros y planes de cuidados correspondientes. Se ha elegido este caso clínico con objeto de mostrar, no solo los cuidados enfermeros prestados habitualmente en un proceso quirúrgico como es la colectomía con colostomía, sino también aquellos cuidados derivados de una de las complicaciones más usuales a las que tiene que enfrentarse el personal de enfermería: la isquemia y necrosis del estoma.

El material empleado es el habitual en el servicio: protocolos de acogimiento y cuidados del servicio, registros de enfermería habituales (gráfica de constantes vitales, registro de valoración inicial, plan de cuidados, registro de evolución de cuidados, registro de control de constantes y actividades desarrolladas), recomendaciones de enfermería al alta e informe de continuidad de cuidados.

Se ha llevado un control fotográfico del proceso desde su intervención quirúrgica, tanto en planta como en la Consulta de Ostomías.

Los cuidados se realizaron cada 24 h durante el ingreso (limpieza con agua y jabón). También se instruyó gradualmente al paciente en la adquisición de autocuidados, para su posterior alta hospitalaria.

En todo momento se ha cumplido con la normativa ética-legal del centro, tanto para la recogida y manipulación de datos, como contando con la autorización (por escrito) del paciente, protegiendo siempre su identidad.

Resultados

Evolución de la colostomía

Primer día postquirúrgico: el estoma, todavía no funcionando, mostraba un color parduzco-grisáceo. Se le colocó un dispositivo de dos piezas (placa más bolsa), con un aro de 60 cm. La piel circundante se consideró dentro de la normalidad.

El día 06/05/16, transcurridos 6 días desde la intervención quirúrgica, se observa una necrosis de mucosa del estoma, probablemente como consecuencia a una mala técnica quirúrgica debida a la necesidad de la urgencia de la intervención. La colostomía ya es funcionante. Se le adapta un dispositivo abierto de dos piezas, Alterna® Confort aro 60 abierta. Se le deja soporte para practicar el manejo del dispositivo (fig. 1).

Al día siguiente (07/05/2016) se procede al alta del paciente. El aspecto del estoma es necrosado, con un tamaño de 35 x 45mm de diámetro y con una piel periestomal normal. Se le adapta un dispositivo Alterna® Confort aro 60 abierta opaca maxi. Se le entrega un kit de cuidados.

La primera revisión en Consulta se realiza el día 11/05/2016. En ese momento se observa un estoma necrosado, de 35 mm de diámetro y piel periestomal con los bordes enrojecidos. La colostomía es funcionante a líquidos. Se le acopla un disco Alterna® Confort Convex de 35 mm por una ligera retracción del estoma. Como dispositivo se le sigue poniendo la Alterna® Confort aro 60 abierta opaca maxi. Se añade un cinturón de sujeción para aumentar la presión y por existir ciertas dificultades en mantener la adherencia del dispositivo y la bolsa de colostomía en el lugar adecuado (fig. 2).

El día 16/05/16 el paciente vuelve a acudir a revisión en Consulta Externa de Ostomías. Presenta un estoma necrosado, de 28 mm de diámetro, y continúa con la piel periestomal con bordes enrojecidos. Se recortan esfaelos y se retiran los puntos periestomales. Se pone polvo protector Brava® Polvos de ostomía, Coloplast® pasta de relleno selladora y se le adapta un disco Alterna® Confort Convex 25 mm por disminución del diámetro y retracción del estoma. Se le pone un dispositivo Alterna® Confort aro 50 abierta opaca maxi. Continúa con el Brava® Cinturón para bolsas (fig. 3).

En la revisión del día 23/05/2016 el estoma ha vuelto a disminuir de tamaño (25 mm) y presenta una separación mucocutánea en todo el diá-



Figura 1. Necrosis de mucosa del estoma (06/05/2016)



Figura 2. Estoma necrosado, piel periestomal con bordes enrojecidos (11/05/2016).



Figura 3. Estoma necrosado (16/05/2016)



Figura 4. Estoma a 01/06/2016



Figura 5. Estoma después del nitrato de plata (10/06/2016)



Figura 6. Estoma con mejoría. Aplicación del dispositivo (17/06/2016)



Figura 7. Estoma con mejoría. Aplicación del dispositivo (17/06/2016)



Figura 8. Estoma con mejoría. Aplicación del dispositivo (17/06/2016)



Figura 9. (22/06/2016)



Figura 10. (13/07/2016)

metro. La piel periestomal es normal. La colostomía es funcionante a heces blandas. Para estas características se le adapta una placa Alterna® Confort Convex de 25 mm y una bolsa Alterna® Confort aro 50 abierta opaca maxi.

El día 01/06/2016 el paciente presenta una estoma de 20 mm hundiéndose, con separación mucocutánea, granulomas y sobre elevación del tejido de granulación circundante al estoma. Se dan toques con nitrato de plata. Se ajusta el diámetro del dispositivo a 21 mm (discos Convex 21 mm) y se le acopla una bolsa Alterna® Confort aro 40 abierta opaca maxi (fig. 4).

La revisión siguiente se realiza 10 días después (10/06/2016). El tamaño del estoma se sigue reduciendo (15 mm) con las mismas características que en la revisión previa. Presenta mejor aspecto y se aprecia más la mucosa. Se vuelven a dar toques con nitrato de plata en la zona sobregranulada. Se continúa con el mismo dispositivo (fig. 5).

El 17/06/2016 el estoma mantiene el tamaño de 15 mm, pero presenta una importante mejoría. Solo queda una pequeña zona de irritación en la zona superior, donde se pone polvo protector. Se mantiene el mismo dispositivo. Se utiliza Brava® Resina Moldeable para sellar el disco (diámetro 21 mm) y se continúa utilizando el Brava® Cinturón para bolsas (figs. 6-8).

En las revisiones siguientes (22/06/2016 y 13/07/2016) se sigue encontrando un estoma de 15 mm, retraído, pero con la mucosa con un muy buen aspecto, que presenta buen paso al realizar la dilatación con el dedo meñique (fig. 9). Mantenemos el mismo dispositivo (discos Alterna® Confort Convex de 21 mm, Brava® Resina Moldeable y la bolsa Alterna® Confort aro 40 abierta opaca maxi). Se considera el alta del proceso de la necrosis del estoma el día 13/07/2016 (fig. 10).

Conclusiones

En este tipo de intervenciones quirúrgicas mayores, el papel jugado por enfermería es absolutamente fundamental, tanto durante el ingreso hospitalario como de forma ambulatoria. En el caso que exponemos, la realización de una colostomía, supone para el paciente un hecho nuevo: portar un estoma. Ello va a requerir atenciones y cuidados que debe conocer perfectamente. El personal de enfermería aprovecha la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas del cambio de bolsa y limpieza del estoma, lo que hace constar asimismo en el correspondiente informe de continuidad de cuidados. La información que se facilita al paciente se dirige a su actividad diaria (ejercicio físico, descanso necesario...), a la higiene y cuidado del estoma (agua y jabón neutro, esponja y papel de celulosa suave, etc.) y dieta (no requiere una pauta alimenticia especial), debiendo ser esta equilibrada (carne, pescado, frutas, etc.), con líquidos abundantes. En el momento del alta hospitalaria, se le facilita un número de teléfono (de la Consulta de Ostomías) y una primera cita para revisión, para que pueda aclarar cuantas dudas le vayan surgiendo, lo cual disminuye de forma importante el grado de ansiedad que suele acompañar estas intervenciones.

La existencia de un estoma representa una pérdida de la continuidad

de la piel y, por lo tanto, de la barrera de protección natural. Por consiguiente, comportan un riesgo alto de que se produzcan alteraciones cutáneas (irritaciones, dermatitis, ulceraciones), debido al contacto tanto de los fluidos de desecho como por los componentes del dispositivo recolector.

El caso aquí descrito nos sirve de ejemplo pedagógico de cómo tratar de forma correcta una de las complicaciones más usuales que surgen por un defecto de la técnica quirúrgica: la isquemia y necrosis del estoma.

En la primeras horas ya se produjo un cambio de color de la mucosa del estoma, de rojizo a grisáceo negruzco. La isquemia fue superficial de la mucosa, lo que determinó una actuación conservadora, ya que la extensión lesionada se limitó a las zonas más sensibles de la mucosa y a la regeneración de un plano más profundo.

La actuación enfermera se basó en la observación directa del estoma y la adaptación del dispositivo adecuado en cada valoración, para evitar las fugas (pasta y resinas moldeadoras, cambios de dispositivo) y proteger la piel periestomal (películas barrera y polvos para estoma), dependiendo del diámetro del estoma, de la retracción de este y del estado de la piel perileisional. Se pudo evitar la dehiscencia completa del estoma con una buena actuación enfermera.

La necrosis de nuestro estoma fue una complicación de carácter transitorio y respondió bien al tratamiento, ya que se realizó una adecuada valoración y seguimiento de la piel y de la mucosa del paciente para identificar el problema relacionado con la alteración cutánea y se pudo así aplicar los cuidados apropiados de forma precoz.

El caso clínico expuesto recoge aquellos cuidados enfermeros administrados habitualmente en este tipo de intervención quirúrgica, y muestra además una de las complicaciones que pueden presentarse (necrosis) y la eficacia del uso de los dispositivos Alterna® Confort.

Bibliografía

- [1] Tan WS, Tang CL, Shi L, Eu KW. Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. *Br J Surg*. 2009; 96: 462-72.
- [2] Rothstein MS. Dermatologic considerations of stoma care. *J Am Acad Dermatol*. 1986; 15(3): 411-32.
- [3] Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de enfermería especializada en ostomía. *Metas Enferm*. 2014; 17(1): 23-31.
- [4] Yu DH. Recent advances in colostomy care. *Patient Educ Couns*. 1995; 26(1-3): 349-52.
- [5] Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012(99): 12-6.
- [6] Mattson Portz C. *Fisiopatología. Salud-Enfermedad: un enfoque conceptual*. 7.ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
- [7] Boletín oncológico del área sanitaria de Teruel. Cuidados del paciente ostomizado. María Martínez Morales [Internet]. 2006. [Citado 1 Jul 2016]. [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html>
- [8] Carbajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses/American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 1997; 12(3): 188-90. <http://search.proquest.com/docview/79107663?accountid=14555>.
- [9] Park JJ, del Pino A, Orsay CP, Nelson RL, Pearl RK, Cintron JR, et al. Stoma complications: The Cook County Hospital experienc. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42: 1575-80.
- [10] Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TR, Lunnis PJ. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. 2010; 97: 1885-9.
- [11] Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007; 9: 834-8.
- [12] De Miguel Velasco M, Jiménez Escobar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. *Revisión de conjunto*. *Cir Esp*. 2014; 92(3): 149-56.
- [13] Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis*. 2007 Jul; 9(6): 559-61.
- [14] Harris DA, Egbeare D, Jones S, Benjamin H, Woodward A, Foster ME. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005; 87: 427-31.
- [15] Vázquez-García MC, Poca Prats T, coordinadoras. *Manual de cuidados de ostomías*. Madrid: DAE, SL; 2015.
- [16] Bosio G, Pisani F, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, Lucibello L. Multicentre observational study on peristomal skin disorders. A proposal classification. *G Chir*. 2006; 27(6-7): 251-4.
- [17] Salvadalena GD. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nur*. 2013, 40(4): 400-6.
- [18] Deitz D, Gates J. Basic ostomy management, part 1. *Nursing*. 2010; 40(2): 61-2.
- [19] Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012; (99): 12-6.
- [20] Solanas Muñoz MP, Noguero Fernández MC. Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Enferm Cientif*. 2001 Jul-Ago; 232-233: 24-8.
- [21] Bell C, Asolati M, Hamilton E. A comparison of complications associated with colostomy reversal versus ileostomy reversal. *Am J Surg* 2005; 190(5): 717-20.