

Cuidados enfermeros en un caso de colostomía con complicación por dehiscencia

Resumen

Exponemos el caso clínico de una mujer de 81 años con diverticulitis aguda perforada, a quien en noviembre de 2015 se intervino de manera urgente por peritonitis fecaloidea y a la que se le realizó una colostomía terminal. Días después, presentó dehiscencia de estoma.

Mostramos el seguimiento de las curas y el plan de cuidados enfermeros llevados a cabo por enfermería desde el ingreso en planta hasta el alta y, posteriormente, por parte de la enfermera estomatoterapeuta en Consultas Externas, hasta la resolución de la complicación.

PALABRAS CLAVE: COLOSTOMÍA, DESHISCENCIA DE ESTOMA, CUIDADOS ENFERMERÍA, ENFERMERA ESTOMATOTERAPEUTA.

Introducción

La enfermedad diverticular del colon (EDC) es una patología frecuente en los países desarrollados, donde su incidencia está en aumento. Tiene una clara relación con los hábitos dietéticos (dietas pobres en fibra y ricas en azúcar y carne) y hábitos intestinales estreñidos. Aunque es más frecuente en edades avanzadas, actualmente se está observando una presentación cada vez mayor en personas menores de 50 años.

Los divertículos pueden localizarse en cualquier tramo del colon, pero su localización más frecuente es en el colon izquierdo y sigma.

Formas de presentación clínica

- Diverticulosis sintomática: constituye un grupo reducido de pacientes ligados a la clínica del síndrome de colon irritable con dolor abdominal continuo o intermitente, localizado en hemiabdomen inferior izquierdo, que mejora con la evacuación, a menudo con despeños diarreicos, síntomas dispépticos y emisión de moco.
- Diverticulitis simple o no complicada: se presenta en un 10-25 % de pacientes con enfermedad diverticular. Es el resultado de la inflamación de uno o varios divertículos cólicos. La mayoría regresan de forma espontánea o con el tratamiento médico, pero un 15-30 % de los casos ingresados precisará tratamiento quirúrgico por complicaciones evolutivas.
- Diverticulitis complicada: es una progresión del proceso inflamatorio con sepsis, presencia de abscesos, peritonitis difusa purulenta o fecal y, cuando se desarrollan, fistulas o estenosis. Las fistulas más frecuentes son las colovesicales en el hombre y las colovaginales en mujeres hysterectomizadas

Clasificación

Actualmente se emplea la clasificación modificada de Hinchey:

- A. Grado I: flemón o absceso mesentérico o pericólico (de pequeño tamaño).
- B. Grado II: absceso pélvico o pericólico.
- Grado IIa: absceso a distancia con posibilidad de drenaje percutáneo.
- Grado IIb: abscesos complejos.

M. ISABEL MELGUIZO CASTILLO: Diplomada en Enfermería. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
FRANCISCA HERNÁNDEZ LUQUE: Diplomada en Enfermería. Enfermera estomatoterapeuta. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.
Correo e.: marisa_87_3@hotmail.com

ACCÉSIT

C. Grado III: peritonitis difusa purulenta.

D. Grado IV: peritonitis difusa fecaloidea.

En cuanto al tratamiento, tenemos diversas opciones en función del diagnóstico y del estado general del paciente:

- Diverticulitis simple: se realiza tratamiento conservador con reposo digestivo, fluidoterapia y antibióticos de amplio espectro durante 7-10 días.
- Diverticulitis complicada: en caso de abscesos, según el tamaño pueden tratarse de modo conservador o, si son más grandes de 3 cm, se podría realizar un drenaje percutáneo, lo que permite una cirugía electiva en un solo tiempo que evita la ostomía temporal.

Las indicaciones de cirugía urgente serían la presencia de peritonitis difusa purulenta o fecal, la peritonitis focalizada, la perforación libre y los abscesos grandes que no se hayan resuelto con drenaje percutáneo o que no se hayan podido puncionar.

En la cirugía de urgencia inmediata o diferida se plantearían dos opciones:

- Intervención de Hartmann: sería la elección en pacientes con peritonitis difusa fecal, *shock* séptico, inestabilidad hemodinámica o comorbilidad asociada importante.
- Resección con anastomosis primaria con o sin lavado intraoperatorio: se considera un método seguro en pacientes con Hinchey I y II. También se estima adecuada en pacientes con fistulas, flemón persistente y síntomas obstructivos.

De todos modos, la elección del procedimiento en condiciones de urgencia depende no solo de la se-

veridad del proceso, sino de la experiencia del cirujano y de las condiciones clínicas del paciente, antes y durante la operación, así como de la gravedad de las enfermedades concomitantes.

A aquellos pacientes a los que se ha realizado una intervención de Hartmann (colostomía), se les puede proponer la reconstrucción del tránsito pasados unos 3 meses.

La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal mediante sutura a la piel, con el objetivo de crear una salida artificial para el contenido fecal, que presenta una consistencia variable en función del segmento intestinal abocado a la pared, aunque con frecuencia son heces sólidas y poco voluminosas. Las colostomías pueden ser definitivas o temporales.

La categorización de la colostomía depende del tipo de localización del estoma y segmento de intestino utilizado para su formación:

- Cecostomía (ciego, pared abdominal inferior izquierda).
- Transversostomía o colostomía en asa transversa (colon transverso).
- Colostomía ascendente (colon ascendente, pared derecha del abdomen).
- Sigmoidectomía (sigma, pared inferior izquierda del abdomen).
- Colostomía terminal (exteriorización del asa proximal del ciego).

Las ostomías pueden presentar una serie de complicaciones, que suponen entre el 6-25 % del total, entre las que destacan dos tipos, que dependen del momento de aparición:

- Complicaciones precoces: dermatitis periestomal, edema patológico, infección, hemorragias, isquemia-necrosis, retracción-hundimiento y dehiscencia/desincerción.
- Complicaciones tardías: estenosis, granuloma, retracción, prolapsos, eventraciones/hernias, recidiva tumoral/pólipos, dermatitis periestomal (irritativa, mecánica, alérgica y micótica), ulceraciones, granulomas, varices paraestomales, fistulas, malposición del estoma, obstrucción intestinal, lesiones accidentales y hiperplasia epitelial

El paciente portador de una ostomía necesita unos cuidados de enfermería centrados en la satisfacción de sus necesidades (fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, estima, así como aquellas relacionadas con la autorrealización). El profesional de enfermería debe considerar al paciente ostomizado como un individuo único, con necesidades específicas, que necesita apoyo emocional, cariño y comprensión para aceptar su situación de salud, la cual representa cambios en la imagen corporal, alteración del autoconcepto personal y, por ende, reducción de la autoestima, por lo que requiere un tratamiento individual y experto antes y después de la intervención.

En este sentido, la práctica de enfermería debe además focalizarse en la ejecución de actividades educativas para instruir al paciente sobre las medidas de autocuidado y que estén encaminadas a lograr un aprendizaje para su independencia.

Presentación del caso

Mujer de 81 años que consulta en Urgencias de nuestro hospital el 19/10/15 por un cuadro de dolor abdominal continuo, sin irradiación en fosa ilíaca izquierda, de varios días de evolución, que se ha desplazado a mesogastrio. Refiere escalofríos y temperatura de 37 °C. No alteración del ritmo deposicional. Tolerancia a dieta oral.

Tras realización de TAC abdominal se evidencia diverticulitis aguda perforada Hinchey 2.^a, por lo que se procede a ingreso hospitalario para observación en planta de cirugía general.

El 22/10/15, tras el empeoramiento de su estado general, se realiza TAC

abdominal que evidencia peritonitis fecaloidea y se decide intervención por laparotomía exploratoria, con sigmoidectomía total y colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda.

Antecedentes

Sin alergias medicamentosas conocidas, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, Hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox y artritis en tratamiento con prednisona.

Valoración inicial

La primera valoración del estoma se realiza, una vez llegada la paciente de UCI a hospitalización, pasadas 24 h de la intervención (23/10/15), cuando la colostomía aún no es funcionante. Se coloca dispositivo Alterna® Confort bolsa urostomía 3 piezas multicanal, por no tener filtro, para evidenciar salida de gases.

La colostomía no empieza a ser funcionante hasta el tercer día posoperatorio (25/10/15), el cual presenta indicios. La piel periestomal y estoma presentan un aspecto dentro de la normalidad.

Evolución de la colostomía

Cuatro días después de la intervención quirúrgica (26/10/15) se evidencia dehiscencia, con estoma más hundido por el lado derecho. Los cirujanos ponen puntos de sutura en la parte izquierda (figs. 1, 2).

Objetivos

Mostrar el seguimiento de las curas en una paciente con dehiscencia de estoma, describiendo los cuidados de enfermería realizados para retrasar la intervención de reparación del estoma, debido al mal estado general de la paciente.

Metodología

Estudio de un caso clínico de una paciente a la que se le ha realizado una colostomía terminal tras sigmoidectomía total. Se ha procedido a hacer un seguimiento desde el ingreso hospitalario el 19/10/15 hasta



Figura 1. Dehiscencia y puntos de sutura



Figura 2. Dehiscencia y puntos de sutura

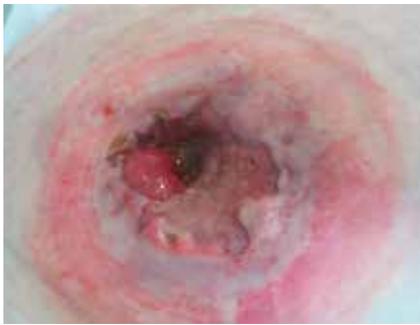


Figura 3. Situación antes de la actuación de enfermería



Figura 4. Situación pasados 10 días del alta

el alta. La enfermera estomatoterapeuta realiza el seguimiento posterior en Consultas Externas (fig. 3).

Actuación de enfermería

Debido al mal estado general de la paciente, en primera instancia no es candidata a una reintervención quirúrgica para reparación de colostomía y dehiscencia, por lo que se llevan a cabo curas por parte del personal de enfermería, para intentar que no se cierre el orificio de salida.

Se inicia tratamiento con fomentos de solución acuosa de polihexanida (10 minutos), después se aplica purilon y se rellena con apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica. En la zona hundida, se emplea barra moldeable para hacer de barrera y se coloca el dispositivo Alterna® Confort bolsa abierta de 3 piezas Convex aro 50 estoma < 28 mm.

El personal de enfermería, además, elabora un plan de cuidados individualizado para llevar a cabo el abordaje integral de la paciente. Los cuidados se realizarán cada 48 horas (antes si presenta fuga) y se lleva a cabo una buena vigilancia de su evolución. Además, se instruye a la paciente gradualmente en la adquisición de autocuidados, que tendrá que efectuar una vez sea dada de alta.

Cuatro días después, la cavidad se ha reducido, aunque la piel periestomal continua muy irritada. Se continúa con la cura descrita más arriba.

Al cabo de 6 días (02/11/15), el lecho de la herida ha crecido, pero el estoma aún está muy hundido, y la piel periestomal está muy enrojecida e irritada debido a las continuas fugas del contenido de la colostomía. Por lo tanto, se incluye en la cura descrita antes el uso de merbromina y polvos secantes, y se coloca cinturón.

Por el mal aspecto que presenta la ostomía, la paciente es reacia a prestar atención a las explicaciones sobre su manejo.

A los 20 días tras la operación (09/11/2015), se da el alta a la paciente, a quien se traslada a un centro de convalecencia. El estoma presenta mucho mejor aspecto, aunque continua muy hundido por la dehiscencia. Se de-

jan 4 puntos de sutura por sujeción. La piel periestomal tiene mejor apariencia, aunque presenta una pequeña úlcera, por lo que se recomienda que se continúen las curas estipuladas por la enfermera estomatoterapeuta y que ya se han expuesto.

A los 10 días tras el alta (19/11/2015), la enfermera estomatoterapeuta valora a la paciente en Consultas Externas. La piel periestomal presenta buen aspecto, al igual que el estoma, aunque este último está ladeado debido a la dehiscencia. Es conveniente que no se cierre el orificio que presenta junto al estoma para evitar el tapado del mismo. Se retiran los 4 puntos de sutura que faltaban (fig. 4).

En la zona de granulación se aplica apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica. Para sellar la zona se pone pasta selladora y se coloca placa convexa estoma 25.

La paciente sigue teniendo dificultades para el manejo y cuidado del estoma.

A los 15 días se la vuelve a valorar en Consultas Externas. El estoma está dentro de la cavidad de la dehiscencia y la piel periestomal presenta tejido de granulación (fig. 5).

El dispositivo de elección es Placa convexa aro 40 estoma 21, bolsa transparente.

Durante la estancia de la paciente en el centro de convalecencia se le continúa haciendo educación sanitaria sobre manejo y cuidados de la colostomía. Aunque le cuesta mucho asumir dicho autocuidado por la angustia que le genera, finalmente, tanto la paciente como su hija son capaces de realizarlo de forma autónoma.

En la visita llevada a cabo en febrero 2016, el estoma persiste ladeado pero el orificio es permeable, realiza heces sin incidencias. En la piel periestomal no se observa dehiscencia. Presenta granulomas que se tratan con nitrato de Ag (fig. 6).

En la visita realizada en marzo de 2016, el estoma presenta muy buen



Figura 5. Situación pasados 15 días del alta



Figura 6. Situación en febrero de 2016



Figura 7. Situación en marzo de 2016



Figura 8. Situación en marzo de 2016

aspecto, la piel periestomal está íntegra, persisten los granulomas. La paciente lleva a cabo un buen manejo y cuidados de la ostomía (figs. 7, 8).

En la última visita, realizada en junio de 2016, la paciente se encuentra animada. Se le han realizado las pruebas para la intervención de cierre de colostomía sin ninguna incidencia, y está pendiente de asignación de día para someterse a la reparación de su hernia y el cierre de la colostomía (figs. 9-11).

Diagnósticos enfermeros encontrados

00118 Trastorno de la imagen corporal relacionado con la cirugía manifestado por la verbalización del problema.

• Resultados sugeridos NOC.

–Imagen corporal (1200).

–Imagen interna de sí mismo (120001).

–Adaptación a los cambios en el aspecto físico (120007).

–Adaptación a los cambios en la función corporal (120008).

• Intervenciones enfermeras NIC.

–Potenciación de la imagen corporal (5220).

–Animar al paciente/familia a expresar sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.

–Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.

00004 Riesgo de infección.

• Resultados sugeridos NOC.

–Severidad de la infección (0703).

–Dolor/hipersensibilidad (070308).

–Distensión abdominal (070328).

–Aumento de la proteína C reactiva (070331).

• Intervenciones enfermeras NIC.

–Control de infecciones (6540)

- Signos y síntomas.
- Mantener el ambiente aséptico.
- Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar el aumento de la movilidad.
- Cuidados del sitio de incisión (3440).
- Curación de la herida quirúrgica (vigilamos y registramos).
- Retirar suturas, grapas cuando este indicado.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

• Resultados sugeridos NOC.

–Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).

–Hidratación (110104).

–Coloración (110107)..

–Ausencia de lesión tisular (110110)

• Intervenciones enfermeras NIC.

–Cuidado de la ostomía (0480).

–Vigilar la curación del estoma/piel periestomal.

–Aplicar el dispositivo de la ostomía que se adapte adecuadamente.

–Instruir al paciente/familia en la utilización de los dispositivos de ostomías.

–Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/piel periestomal.

–Vigilar la aparición de posibles complicaciones inmediatas.

–Enseñar al paciente/familiar a vigilar la presencia de posibles complicaciones del estoma.

00078 Gestión ineficaz de la propia salud.

• Resultados sugeridos NOC.

–Conocimiento: régimen terapéutico (1813).

–Descripción de los procedimientos prescritos (181309).

–Ejecución del procedimiento terapéutico (181312).

–Autocuidados de la ostomía (1615).

–Vacía la bolsa de la ostomía (161507).

–Cambia la bolsa de la ostomía (161508).

–Describe el funcionamiento de la ostomía (161501).

- Intervenciones enfermeras NIC.
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5618).
- Determinar el nivel de conocimiento con el procedimiento/tratamiento.
- Determinación la motivación de la persona para aprender.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las actividades cotidianas.
- Incluir al cuidador en el proceso.

00148 Temor.

- Resultados sugeridos NOC.
- Autocontrol del miedo (1404).
- Utiliza estrategias de superación efectivas (140406).
- Controla la respuesta del miedo (140417).
- Intervenciones enfermeras NIC.
- Disminución de la ansiedad (5820).
- Utilizar un enfoque severo que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite confianza.
- Animar al paciente a que manifieste sentimientos, percepciones y miedos.

Resultados

En estos momentos la paciente está a la espera de volver a ser intervenida para una reparación de hernia y cierre de colostomía.

Mientras tanto, la paciente realiza de forma autónoma los cuidados necesarios de la ostomía en su propia casa.

Conclusiones

Según la experiencia adquirida en este tema, hemos llegado a la conclusión de que es necesario asegurar un plan de cuidados personalizado que cubra todas las necesidades del paciente y su familia.

Una buena actuación sanitaria es uno de los pilares fundamentales para los pacientes ostomizados, al igual que una buena educación sanitaria es muy importante a la hora de aceptar ese cambio físico, psíquico y social que causa la colocación de la ostomía. Todo esto ayudará al paciente y a su familia a realizar su autocuidado y poder resolver sus dudas.

La colocación de una ostomía puede tener diferentes complicaciones que, en principio, precisarían operaciones de urgencia. Lo que estamos intentando es evitar dichas operaciones, que por las condiciones físicas de algunos pacientes no serían apropiadas, por medio de tratamientos y curas menos agresivos y personalizados a las necesidades y al estado de cada caso, como hemos explicado en el caso anterior.

Bibliografía

AEG-Asociación Española de Gastroenterología, Secretaría Técnica: Ediciones Doyma, S. L.

Artigas Reventós V. Enfermedad diverticular del colon. En: Salvar Lacombe. Avances en cirugía colorectal. Barcelona: Pulso Ediciones S. A. Barcelona, 1991. p. 177.

Corella-Calatayud JM, Vázquez A, Tarragón MA, Mas T, Corella JM, Corella L. Estomas: Manual para enfermería. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2005.

Etzioni DA, Marcle TM, Beart RW Jr, Kaiser AM. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: Clamping patterns of disease and treatment. *Ann Sng.* 2009; 249: 210-7.

Fox JM, Stollman NH. Diverticular disease of the colon. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, editores. *Sleisenger and Fardtrons's Gastrointestinal and Liver Disease.* 9.ª ed. Filadelfia, PA: Saunders Elsevier; 2010. cap.117.

García-Sosa E, Rodríguez-Ramos M. Estomas digestivos: Técnicas, indicaciones y cuidados. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2011.

Lerín Cabrera P, Lainez Pardos PL, Lozano Vicente MD, Martínez Morales M. Complicaciones de los estomas. Ma-



Figuras 9, 10 y 11. Situación en junio de 2016

nual de cuidados de enfermería. *Coloplast.* Abril 2012. G794.

Martel J, Raskin JB. History, incidence, and epidemiology of diverticulosis. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 42: 1125-7.

Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, Buie WD. Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum.* 2006; 49: 939-44.

Vázquez-García MC, Poca Prats T, coordinadores. Manual de cuidados de ostomías. Madrid: DAE, S. L; 2009.