

Caso clínico

Dehiscencia del estoma con absceso periestomal

Resumen

El paciente portador de una colostomía no solamente va a sufrir una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que lo obligarán a adquirir nuevas destrezas y habilidades en las que participa enfermería a través de un abordaje integral, sino que además se pueden dar una serie de complicaciones que afectarán a su calidad de vida.

En el caso clínico siguiente se expone la evolución de una paciente intervenida de cáncer colorrectal con una colostomía terminal que sufre, como complicación, una dehiscencia del estoma con absceso periestomal, donde los cuidados correctos de enfermería y la elección de los productos y dispositivos adecuados serán la clave para lograr una resolución favorable

PALABRAS CLAVE: COLOSTOMÍA, DEHISCENCIA, CUIDADOS..

Introducción

El cáncer colorrectal tiene una gran incidencia en los países desarrollados. En España es el tumor maligno más frecuente en ambos sexos, por encima de los de pulmón y mama, y la segunda causa de muerte por cáncer. Las investigaciones actuales muestran que la tendencia es que su incidencia siga aumentando.

Predomina en personas mayores. La edad media de presentación es de 70-71 años y la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años en el momento del diagnóstico, pero también pueden darse casos en personas más jóvenes. Afecta a hombre y mujeres casi por igual. Se estima que este año se detectarán aproximadamente 20 000 casos nuevos en hombres y 14 000 en mujeres y que afectará a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años. Se trata de un tumor que no suele causar ninguna molestia hasta que la enfermedad está avanzada, siendo la prevención y la detección precoz las armas fundamentales en la lucha contra este tipo de cáncer [1, 2].

Los tres tipos de tratamiento del cáncer colorrectal son la cirugía, la quimioterapia y radioterapia. En muchas ocasiones se combinan, pero otras veces solo está indicada alguno de ellos.

El tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la masa tumoral y de los ganglios linfáticos que drenan la zona, con reanastomosis del colon. Dependiendo de la cirugía empleada, se creará una colostomía o ileostomía, que puede ser definitiva o temporal.

La técnica de colostomía o ileostomía es el tratamiento más adecuado, desde el punto de vista quirúrgico, para enfermedades como tumores de colon y recto, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y diverticulitis, principalmente [3].

El paciente portador de una colostomía tiene el riesgo de padecer una serie de complicaciones que afectan a su calidad de vida, que, al mismo tiempo, aumentan los costes para el sistema sanitario y que hacen necesaria una atención profesional continua en el tiempo, con cuidados de enfermería para su prevención y su tratamiento.

SANDRA LÓPEZ DÍAZ, PILAR GARCÍA GARCÍA, MERCEDES SALINERO HERNANDO, OLIVIA RAMÍREZ DE ANTÓN MOLINA: Graduadas en Enfermería. Hospitalización Cirugía General. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.
ESPERANZA FERNÁNDEZ ALONSO: Graduada en Enfermería y experta en estomatoterapia. Hospitalización Cirugía General. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.
Correo e.: sandralopezdiaz@gmail.com

ACCÉSIT

Se puede considerar que al menos la mitad de los pacientes portadores de un estoma intestinal van a tener complicaciones, aunque hay estudios que describen hasta un 70-80 % de los pacientes afectados con una o más complicaciones [4, 5] o incluso hasta un 96 % durante las tres semanas siguientes a la cirugía [6].

Las complicaciones del estoma se clasifican según el momento de aparición en:

- Precoces: ocurren en el posoperatorio inmediato, en menos de un mes tras la cirugía.
- Tardías: aparecen después de un mes, tras la cirugía o al alta hospitalaria.

El riesgo de complicaciones de un estoma puede estar relacionado con una serie de factores como la edad, la enfermedad inflamatoria intestinal, el IMC, la comorbilidad músculo-esquelética, la diabetes, el riesgo anestésico ASA, la falta de cuidados preoperatorios y posoperatorios [4-6] o la cirugía de urgencia [4].

Los pacientes portadores de estomas tienen cambios importantes de tipo fisiológico, pero también de tipo psicológico y social que pueden llegar a mermar su calidad de vida

[7, 8]. La realización de un estoma implica, además de una alteración en la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar materias fecales, lo que obliga al paciente a adquirir nuevas destrezas. La atención a los enfermos ostomizados ha de ser, y así lo demandan ellos, integral y personalizada [9].

Considerando lo ya expuesto, el objetivo de este estudio es dar a conocer un caso clínico de complicación temprana por dehiscencia del estoma con absceso periestomal en una paciente con colostomía, y elaborar un plan cuidados individualizados para llevar a cabo un abordaje integral de la paciente.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este estudio es dar a conocer dos de las complicaciones más frecuentes en el posoperatorio inmediato a través de un caso clínico: dehiscencia del estoma y absceso periestomal en una paciente con colostomía, con la descripción de los cuidados de enfermería realizados para su resolución.

Objetivos específicos

- Restablecer la integridad cutánea para evitar fugas y conseguir una buena adherencia del dispositivo.
- Fomentar la autonomía del paciente para el autocuidado a través de la educación sanitaria.

Metodología

Se puso en conocimiento del Comité Ético e Investigador la realización del caso clínico.

Pedimos consentimiento informado por escrito a la paciente, para la difusión de los datos clínicos y el seguimiento fotográfico.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos CINAHL, Cuiden Plus, PubMed y Medline. Las palabras clave empleadas para la búsqueda fueron: «stoma», «ostomy», «enterostomy», «ileostomy», «colostomy». A esta búsqueda inicial se añadió un segundo grupo de términos: «adult», «adult patient», «colostomate patient», «nursing care», «holistic care», «perceptions», «experience», «chronic illness», «chronic disease».

Por último, se realizó una revisión de la historia clínica de la paciente.

Presentación del caso

Mujer de 80 años con antecedentes personales de HTA, ansiedad y bronquitis crónica. No alergias medicamentosas conocidas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Actualmente vive con su marido. Se la intervino de un ganglión en la mano derecha y tiene una prótesis total de rodilla derecha.

Ingresa en la Unidad de Cirugía General y Digestiva con el diagnóstico de neoplasia de recto estadio IV con infiltración del cuello del útero y del útero. Se la intervino de resección anterior baja + histerectomía + doble aneextomía. Se le realizó una colostomía terminal tipo Hartman en fosa ilíaca izquierda. En el preoperatorio se había realizado el marcaje del estoma, y la paciente expresó su rechazo a que le efectuaran un estoma.

Pasados 2 días tras la intervención, sube a planta, donde se hace la valoración del estoma pasadas 24 h y regularmente cada 48 h. Este presenta buena coloración y aspecto y piel periestomal íntegra. Se comienza con la enseñanza del cuidado de la ostomía tanto a la paciente como a la familia, para lo que se elige un dispositivo de 2 piezas con disco plano y bolsa abierta (Easiflex®

Confort de 2 piezas). Es aquí cuando la paciente muestra un rechazo total hacia su colostomía y se niega a aprender el manejo del estoma. Por otra parte, su marido, cuidador principal, no se siente capacitado para asumir sus cuidados, ya que es una persona de edad avanzada. El personal de enfermería identifica, entre otros, estos problemas: trastorno de la imagen corporal (5220); afrontamiento ineficaz (00069); ansiedad (00146) [10-13]. Estos diagnósticos se abordaron durante la estancia hospitalaria, hasta que tanto la paciente como la familia aceptaron la nueva situación y aprendieron los cuidados necesarios que requiere la colostomía.

Sigue un posoperatorio dentro de la normalidad. Colostomía funcionando al 7.º día de la intervención.

Pasados 4 días de colostomía funcionando, comienza el deterioro de la integridad cutánea (00046) [10-13]. Se detecta una dehiscencia del estoma en su mitad inferior interna, con absceso periestomal que drena abundante material purulento (fig. 1).

Se clasifica la lesión periestomal según la escala SACS como:

- L3 lesión abierta que se extiende al tejido subcutáneo y, por debajo, pérdida total del espesor de la piel.
- T II-T III: cuadrante inferior derecho e izquierdo (según la versión sentido horario).

Se decidió usar esta escala SACS porque es el primer contenido validado como instrumento para evaluar objetivamente y clasificar las lesiones periestomales por tipo y ubicación en relación con el individuo del estoma [14].

Dada esta situación, el equipo de enfermería procede a realizar un cambio en los cuidados. Se lleva a cabo una cura en ambiente húmedo para tratar el absceso periestomal con apósito de alginato con plata (Biatin® Plata) (fig. 2) y se procede al aislamiento de la dehiscencia del estoma con Coloplast® Pasta (fig. 3).

Como se aprecia una pequeña retracción del estoma por la zona de la



Figura 1. Dehiscencia y absceso periestomal



Figura 2. Apósito Biatain plata®



Figura 3. Pasta Coloplast®

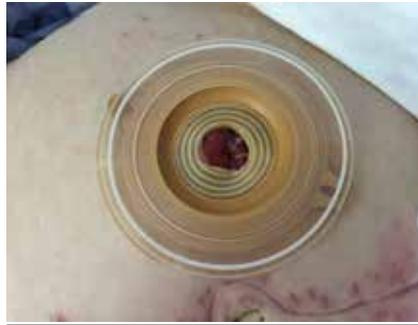


Figura 4. Disco Easiflex® Convex Light



Figura 5. Bolsa cerrada

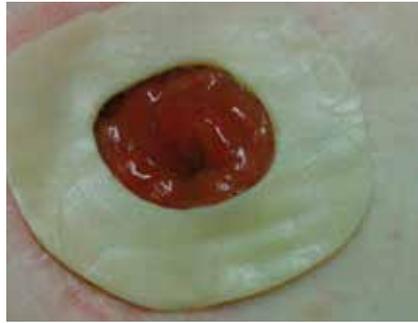


Figura 6. Anillo moldeable

dehiscencia, utilizamos un disco Easiflex® Convex Light (fig. 4) con bolsa cerrada (Easiflex® Confort) (fig. 5). Se realiza una cura diaria para su vigilancia durante una semana.

Pasadas las primeras 24 h, debido a las continuas fugas de contenido de colostomía, y al apreciarse heces en la dehiscencia y aumento de la irritación periestomal, se pone Brava® Anillo Moldeable (fig. 6) para lograr un mayor aislamiento de la zona y una mejor adherencia de los dispositivos, además de para tratar la piel periestomal. Se continúa utilizando el disco Easiflex® Convex Light con bolsa cerrada (Easiflex® Confort).

Pasados 3 días, cede la infección y se cambia a un apósito de alginato sin plata. Se continúa con el mismo sellado de la zona (fig. 7).

Al cabo de cinco días, la paciente requiere cambio de dispositivo cada 48 h. La piel periestomal mejora considerablemente y presenta tejido de granulación, por lo que se continúa con el mismo tratamiento (fig. 8).

Pasados 7 días con este tipo de cura, la ostomía presenta buena evolución. La dehiscencia disminuye, por lo que se retira el apósito de alginato y solo se utiliza un anillo moldeable y el disco Easiflex® Convex Light.

A los 25 días de la intervención la paciente es dada de alta con continuidad de cuidados y seguimiento por la consulta de ostomías. La dehiscen-

cia en ese momento se encuentra en fase de remisión y cicatrización casi completa, se continúa con los mismos dispositivos de ostomía y se aconseja el uso de cinturón (fig. 9).

A los 45 días de la intervención quirúrgica, en una de las visitas a la consulta de ostomías, la dehiscencia estaba resuelta, con el estoma ligeramente hundido. Por lo tanto, continúa usando el mismo dispositivo Easiflex® Convex Light y relleno con pasta selladora en la zona de la dehiscencia (fig. 10).

Resultados

Los criterios de resultados alcanzados con la paciente abarcan principalmente dos esferas:

1. En el plano físico: conseguimos la curación de la herida por segunda intención y la disminución del dolor, al ir espaciando las curas gracias al manejo de dispositivos específicos, que así lo permitían.
2. En el plano psicológico: la paciente logró aceptar su nueva situación mediante la facilitación de la enseñanza del autocuidado de su estoma y la mejora de su autonomía personal.

Para ello fue necesaria la actuación coordinada de la Consulta de Ostomía y del personal de enfermería de la planta de Cirugía.

Conclusión

Se demuestra la importancia de la coordinación y la continuidad de los cuidados entre los profesionales para conseguir la efectividad del plan de cuidados, así como del buen manejo de los dispositivos que hay en el mercado para llegar a la resolución de los problemas de forma exitosa.

Destaca la relevancia del equipo de enfermería en el cuidado y seguimiento de los estomas, para la detección precoz de sus complicaciones. No debemos olvidar el valor de un apoyo y educación sanitaria correctos, que permitan la aceptación y manejo adecuado de los dispositivos que mejor se adapten a cada caso.



Figura 7. Alginato sin plata



Figura 8. Tejido de granulación



Figura 9. Situación al alta



Figura 10. Dehiscencia totalmente cerrada

Bibliografía

- [1] Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras de cáncer en España en 2016. [Internet]. SEOM; 2015 [Acceso Abr 2016]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESP_2016.pdf
- [2] Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Incidencia del cáncer de colon.aecc.es [sede web]. 2015 [Acceso Abr 2016]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx>
- [3] Armendáriz-Rubio P, de Miguel Velasco M, Ortiz Hurtado H. Comparación de colostomías e ileostomías como estomas derivativos tras resección anterior baja. *Cir Esp*. 2007; 81(3): 115-20.
- [4] 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.
- [5] Parmar KL, Zammit M, Smith A, et al. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. *Colorectal Dis*. 2011; 13: 935-8.
- [6] Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010; 12(10): 958-64.
- [7] De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm*. 2011; 14(2): 24-31.
- [8] Chaura Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*. 2011; 79(2): 149-55.
- [9] Cottam J, Richards K, Hasted A, et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007; 9: 834-8.
- [10] NANDA Internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación; 2012-2014.
- [11] Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 5 ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [12] Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [13] Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- [14] Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P, Ho M, McCann E, Schafer V, et al. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Managemet*. 2010; 56(10): 22-38.