

«Falso estoma doble»

Ileostomía más fístula enterocutánea

MARÍA PILAR URIOS VALERO: Graduada en Enfermería y Estomatoterapeuta. CCEE de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Torrejón.
Correo e.: p.coco@hotmail.es

1.ª PREMIO

Resumen

La ileostomía es la derivación externa del contenido de intestino delgado a través de la pared abdominal, con heces líquidas e irritativas para la piel que pueden ocasionar complicaciones periestomales.

Presentamos un paciente con enfermedad de Crohn ileocecal grave, que desarrolla una fístula entérica yeyuno-yeyunal en mesogastrio de alto débito, portando una ileostomía en flanco derecho «falso estoma doble», que se complica con una dermatitis perifístula. Se describe el proceso asistencial de enfermería (diagnóstico, resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y los patrones funcionales (Marjory Gordon). El empleo de dispositivos adecuados, accesorios y productos de ostomía, junto con el plan de cuidados específico, permitieron un mejor control del efluente y la resolución de la dermatitis periestomal, con una mejora del autocuidado y de la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: ILEOSTOMÍA, FÍSTULA, DERMATITIS.

Introducción

La enfermedad de Crohn [1] es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal, que desarrolla complicaciones por las que cerca de la mitad de los pacientes precisan resección intestinal quirúrgica en algún momento de su evolución. La ileostomía es la derivación externa del contenido de intestino delgado a través de la pared abdominal, por la que se aboca al exterior heces muy líquidas e irritativas para la piel debido al pH muy ácido del efluente, lo que da lugar a complicaciones periestomales evolutivas que precisan un tratamiento experto para su resolución.

Durante el curso de la enfermedad de Crohn pueden producirse fístulas como consecuencia de brotes o recaídas de la enfermedad. Las fístulas enterocutáneas son la forma más común de las fístulas intestinales, siendo el sitio de formación más frecuente el intestino delgado, especialmente el íleon. Su tratamiento resulta especialmente complejo su manejo cuando se externalizan en la proximidad del estoma.

En este caso, el enfoque de los cuidados de enfermería debe ser doble, por un lado prevenir las complicaciones inherentes a la ileostomía y, por otro, el propio tratamiento de la fístula enterocutánea.

Cuando lo que se deriva a la pared abdominal es el colón, hablamos de colostomías. Podemos encontrar colostomías dobles «verdaderas» propiamente quirúrgicas en [2-4]:

- Colostomía doble en cañón de escopeta (Block-Paul-Mikuliez), en el que después de resecar un segmento de colon se unen los dos cabos entre sí a nivel de la cara posterior, de manera que quedan juntos un estoma funcional y una fístula mucosa.
- Colostomía doble de Devine. Se exteriorizan los dos extremos del colón de forma separada, formando dos estomas diferentes. Uno elimina heces y el otro como fístula mucosa.
- Colostomía doble en asa temporal de colon, por la que queda un estoma que elimina heces y el otro como fístula mucosa.

Presentación del caso

Paciente varón de 28 años sin hipertensión, ni diabetes ni dislipemia, y sin hábitos tóxicos, con antecedentes de miocardiopatía dilatada idiopática no isquémica, con disfunción sistólica severa, síndrome antifosfolípido con trombosis de vena cava inferior y renal, e hidronefrosis.

Seguía tratamiento habitual con bisoprolol, enalapril, hidroclorotiazida, omeprazol y enoxaparina.

El paciente presentaba enfermedad de Crohn ileocecal perforante de comienzo infantil e intensidad grave, con necesidad de múltiples cirugías (resecciones intestinales múltiples y resección ileocecal), refractaria en diversas ocasiones a tratamiento biológico (fenotipo A1L1B3). En su curso evolutivo, tras una colonoscopia de control, el paciente presentó una perforación de víscera hueca, que precisó cirugía urgente. Durante la cirugía se realizó adherenciólisis, resección intestinal de la anastomosis ileocólica, y se hubo de efectuar ileostomía terminal en flanco derecho (ileostomía de Brooke).

La evolución posoperatoria fue tórpida. Desarrolló infección necrotizante de pared abdominal, con drenaje biliar por la laparotomía y sepsis de origen abdominal, las cuales obligaron a varias reintervenciones. Tras su estabilización, el paciente presenta una fístula entérica en laparotomía YY en mesogastrio de alto débito junto con la ileostomía en flanco derecho «falso estoma doble», como puede observarse en el TAC abdominal realizado (fig. 1).

Objetivos

1. Describir la evolución de la ileostomía y de la fístula enterocutánea, analizando:

- Control del efluente y del débito de difícil de manejo, por las características del efluente y la proximidad existente entre la fístula y la ileostomía.
 - Evaluar la adherencia de los dispositivos y el tiempo entre los cambios de disco.
 - Tiempo de resolución de la dermatitis periestomal por contacto del efluente.
 - Valorar el número de fugas existentes. Evitar fugas.
 - Datos de contaminación o infección de la herida quirúrgica.
2. Evaluar el impacto en la calidad de vida del paciente.
- Análisis de la participación en los cuidados y en el manejo estomal del cuidador principal.
 - Valoración de los efectos psicológicos y sociales del proceso en el paciente, fomentando su reinserción social.

Metodología

Se resume el proceso asistencial de enfermería realizado (tabla 1), en la que se han elaborado los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), y las etapas de valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon (tabla 2). Tras la detección de las alteraciones en los patrones funcionales, se implantó el correspondiente plan de cuidados, que motivó la resolución de la mayoría de las complicaciones. Se emplearon dispositivos de ileostomía Easiflex® Confort (fig. 2), disco Convex Light (para prolapsar la zona de fístula y evitar fugas) y disco plano (para la ileostomía original con suficiente boca para su manejo) con sistemas Swiss Roll, que proporciona mayor protección para la piel. En ambos discos se utilizaron bolsas abiertas transparentes para el control adecuado de débito y la visualización apropiada de posibles complicaciones estomales [5]. La estructura del disco es radial en microcanales con disco recortable, con acople adhesivo. El filtro de la bolsa es de carbón activo con



Figura 1. TAC abdominal. Cambios posquirúrgicos intestinales con presencia de ileostomía en FID y fístula yeyuno-yeyunal en mesogastrio.



Figura 2. Easiflex® Confort, disco Convex light (zona medial para fístula) y disco plano (zona lateral para ileostomía) con sistema Swiss Roll

triple membrana de protección, lo que evita riesgo de fugas y filtraciones. Tiene cierre de velcro y cubierta suave de un poliéster hipoalergénico con bolsas transparentes. Se empleó un soporte ajustable con Brava® Cinturón de ostomía.

PROCESO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00148 Temor	1404 Control del miedo	5230 Aumentar afrontamiento 5610 Enseñanza: prequirúrgica 5618 Enseñanza: procedimiento / tratamiento
00070 Deterioro de adaptación	1300 Aceptación: estado de salud 1601 Conducta de cumplimiento	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento
00074 Afrontamiento familiar comprometido	2604 Normalización de la familia 1302 Superación de problemas 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional	7110 Implicación familiar 7120 Movilización familiar
00047 Riesgo deterioro integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y mucosas	3590 Vigilancia de la piel 0480 Cuidados de la ostomía
00118 Trastorno imagen corporal	1200 Imagen corporal	5270 Apoyo emocional 0480 Cuidados de la ostomía 5220 Potenciación de la imagen corporal
00153 Riesgo de baja autoestima situacional	1205 Autoestima 1200 Imagen corporal 1302 Superación de problemas	5400 Potenciación de la autoestima 5230 Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles 5220 Potenciación de la imagen corporal 5100 Potenciación de la socialización
00004 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo 1609 Conducta terapéutica enfermedad/lesión	6550 Protección contra infección 3660 Cuidados de las heridas
00065 Patrones sexuales inefectivos	1200 Imagen corporal	5248 Asesoramiento sexual

NOTA: Modificada de Guía de actuación compartida: Pacientes portadores de una ostomía [6].

TABLA 1

ETAPAS DE LA VALORACIÓN (PATRONES FUNCIONALES DE GORDON)

PATRONES	DATOS DE VALORACIÓN
Patrón 1 Percepción de la salud- Manejo de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Sin alergias. • No hábitos tóxicos. • Realiza adecuadamente los cuidados de la ostomía aunque de momento con ayuda del principal cuidador.
Patrón 2 Nutricional-Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Fístula en la laparotomía media de alto débito. • Desnutrición proteica secundaria a mala absorción.
Patrón 3 Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Drenaje por fístula. • Ileostomía normofuncionante.
Patrón 4 Actividad-Ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Constantes dentro de la normalidad. • Precisa ayuda en principio, por su debilidad física.
Patrón 5 Descanso-Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio ocasional.
Patrón 6 Cognitivo-Perceptual	<ul style="list-style-type: none"> • Consciente y orientado. Sin problemas de visión ni auditivos. • Dolor controlado con analgesia pautada. • Nivel cultural medio.
Patrón 7 Autopercepción- Autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo estado anímico, sin poder hacer una vida normal. • Preocupado por la evolución de su enfermedad. • Inseguro con los autocuidados. • Sentimientos negativos por su nueva imagen.
Patrón 8 Rol-Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho apoyo por parte de su madre.
Patrón 9 Sexualidad-Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero. • Le preocupa sobre todo los ruidos incontrolados con los que pierde toda intimidad a la hora de enfrentarse a relaciones.
Patrón 10 Adaptación-Tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidad optimista.
Patrón 11 Valores-Creencias	<ul style="list-style-type: none"> • No valorable.

NOTA: Adaptado de Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación [7].

Otros productos empleados, dadas las características de la ileostomía y las lesiones (figs. 3-13), fueron:

- Brava® Placa Autoadhesiva. Ante la importante exudación existente, originada por la dermatitis de contacto del efluente de la fistula. Para fomentar la cicatrización y epitelización de la laparotomía, se empleó esta placa, que permite una superficie lisa con mejor adherencia del dispositivo colector.
- Brava® Polvos de Ostomía. Se utilizaron, dada su capacidad de absorción, para reducir la humedad existente en la zona de la fistula.
- Coloplast® Pasta. Se empleó en la ileostomía inicial hasta la retirada de sutura, y también en la zona de la fístula para proporcionar sellado de seguridad.
- Para la protección de la piel de efluentes y adhesivos se empleó Brava® Spray Barrera Cutánea.
- Brava® Resina Moldeable, para nivelar pliegues en la zona de la fistula.
- Brava® Spray para eliminar adhesivos, para la retirada fácil de los restos adhesivos y de placa estomal.

Resultados

- En el manejo de la ileostomía y la fístula enterocutánea los resultados obtenidos fueron:



Figura 3. Ileostomía funcional y fístula enterocutánea en zona de laparotomía media



Figura 4. Ileostomía y fístula «falso estoma doble» con dermatitis perifistula y zona de laparotomía previa



Figura 5. Ileostomía y fístula con polvos estomales en zona exudativa con pérdida de integridad cutánea



Figura 6. Medida de placa para su colocación sobre zona perilesional de fístula



Figura 7. Medición para recorte de placa en función al diámetro estomal

TABLA 2



Figura 8. Colocación de placa autoadhesiva en fistula

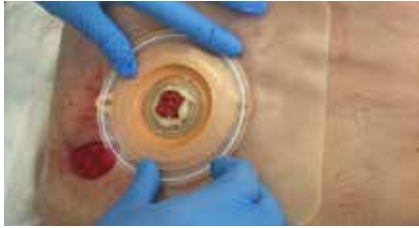


Figura 9. Colocación de disco Easiflex® Confort Convex Light con Coloplast® Pasta

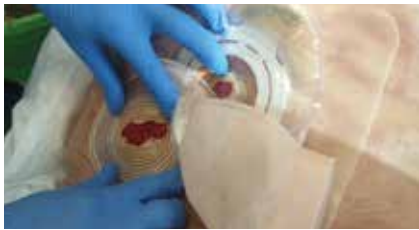


Figura 10. Colocación de disco plano Easiflex® Confort en ileostomía primaria

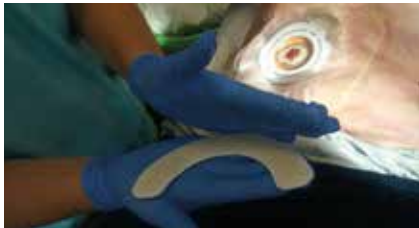


Figura 11. Colocación de arco de sujeción elástico



Figura 12. Colocación de cinturón de sujeción



Figura 13. «Doble ileostoma» con disco Easiflex® Confort Convex Light para fistula y disco plano en ileostomía

1. Se observó una gran adherencia de los dispositivos por su composición, flexibilidad y adaptación. Aumentó el tiempo entre los cambios de disco (permanencia de discos de 3 a 4 días).
2. Se consiguió un control adecuado del efluente y del débito.
3. Reducción de las molestias en los cambios de bolsa por velcro de fácil adhesión a su aro flotante.
4. Ausencia de molestias en la retirada de la placa de ileostomía por el empleo de aerosol para eliminar adhesivos.
5. Se obtuvo la resolución de la dermatitis periestomal que presentaba el paciente por el contacto del efluente.
6. Reducción en el número de fugas en el seguimiento inmediato.
7. No presentó contaminación ni infección de la herida quirúrgica tras el inicio de los cuidados.

• En el impacto sobre la calidad de vida del paciente pudo observarse:

1. Mejoría de la calidad de vida global del paciente
2. Manejo autónomo estomal por parte de paciente y cuidador principal.
3. Aumento de su autoestima, con una mayor participación en actividades sociales [8-10].

Conclusiones

- Los nuevos dispositivos Easiflex® Confort, junto con el empleo de productos Brava®, suponen un avance en el manejo estomal en relación con la seguridad, la comodidad y el fácil manejo.
- El empleo de estos dispositivos y accesorios permite disminuir y acelerar la resolución de posibles complicaciones, como la dermatitis de contacto.
- La disminución de molestias percibidas por el paciente en la manipulación de los cambios de dispositivo asociado a la ausencia de fugas repercutió favorablemente en su calidad de vida y en sus relaciones sociales.
- Dada la complejidad de los pacientes ostomizados, son necesarios los cuidados por enfermería con formación especializada en estomatoterapia para garantizar una atención integral de calidad.

Bibliografía

- [1] López J, Konijeti GG, Nguyen DD, Sauk J, Yajnik V, Ananthkrishnan AN. Natural history of Crohn's disease following total colectomy and end-ileostomy. *Inflammatory bowel diseases*. 2014; 20(7): 1236-41.
- [2] CorellaCalatayud JM, Vázquez A, Tarragón MA, Mas T, Corella JM, Corella L. *Estomas: Manual para Enfermería*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) [Internet]; 2005 [Acceso Abr 2015]. Disponible en: http://www.biblioteca-digitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf.
- [3] Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L. *Guía de colostomía*. United Ostomy Association of America (UOAA). 2004. Disponible en www.ostomy.org.
- [4] Pérez Domínguez L, García Martínez MT, Cáceres Alvarado N, Toscano Novella A, Higuero Grosso AP, Casal Núñez JE. Morbidity and mortality of temporary diverting ileostomies in rectal cancer surgery. *Cir Esp*. 2014 Nov; 92(9): 604-8.
- [5] Molina A, et al. Atención integral al paciente ostomizado. Coloplast Productos Médicos, S. A.
- [6] Rivera S, Fernández I, García-Pozuelo R, Baena F, del Agua C. Guía de actuación compartida de pacientes ostomizados. Área Sanitaria Virgen del Rocío. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/gestionsanitaria/enfermeria/continuidad/cuidados/guia/ostomias>.
- [7] Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 1999.
- [8] Chaura Guindic L, Benavides León J, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobdilla B, Abdo Francis JM, HernándezLabra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*, 2011; 79(2): 149-5.
- [9] Bodega C, et al. Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería*. 2013; 7(3).
- [10] Crespo Fontan B, Lainez Pardos P, San Emeterio MT, Lerin Cabrejas P, Cantarino Marti I, Centellas Morral M, et al. IMPACTO STUDY: Impact of the expert nursing care in the quality of life of the ostomy patient. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET). 12-15 Jun 2011. Bolonia; 2011. p.166.