

Paciente con necrosis/ desinserción del estoma

Resumen

La especialización de los cuidados garantiza una atención de calidad. El paciente se verá beneficiado si el personal que le atiende está familiarizado con las complicaciones asociadas al cuidado del estoma.

En el caso que presentamos, el paciente evitó una intervención quirúrgica para solucionar un problema importante de necrosis/desinserción del estoma. Se mejoró su calidad de vida notablemente al disminuir el tiempo de ingreso y se logró evitar una reintervención para desbridamiento y posible reconstrucción por hundimiento. Durante este proceso, fue importante un buen apoyo psicológico al paciente y familia y se les hizo partícipes de los cuidados de su estoma dotándolos de conocimientos para su cuidado tras el proceso de curación.

PALABRAS CLAVE: ESTOMA, NECROSIS, ESTOMATOTERAPEUTA.

Introducción

Numerosos estudios avalan que la especialización de los cuidados aumenta la calidad de vida del paciente y disminuye considerablemente el gasto sanitario. Los cuidados especiales proporcionados por profesionales cualificados generan una mayor seguridad en la atención y mayor confianza del paciente hacia el profesional que lo cuida.

Tener una consulta de estomatoterapia es para un paciente ostomizado una garantía de calidad tanto en los cuidados como en la atención.

Nuestra consulta funciona de manera autónoma y en interrelación con el Servicio de Cirugía General fundamentalmente, o con otros que consideren que sus pacientes pueden verse beneficiados de su atención. Atiende al paciente desde el preoperatorio hasta que este es totalmente independiente para el cuidado de su estoma. Valora pacientes por interconsulta y da recomendaciones sobre los cuidados del estoma a profesionales, cuidadores/familia que atienden al paciente y al propio paciente cuando aparecen problemas con la piel periestomal, estoma, alimentación o manejo de los dispositivos. Con ello, buscamos mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el estrés o ansiedad que produce la nueva situación.

El objetivo es incentivar la independencia en los cuidados y retomar sus actividades diarias con una buena adaptación.

En conclusión, la consulta de estomatoterapia es un seguro para el paciente ostomizado y garantiza la continuidad de los cuidados, proporciona apoyo psicológico y, en definitiva, unos cuidados de calidad.

Presentación del caso

Varón de 66 años que acude el día 28/12/2015 al Servicio de Urgencias de un hospital de nivel III con: elevación de la amilasa, náuseas, vómitos y tendencia al estreñimiento en los últimos días. Con estos datos se realiza un primer diagnóstico de pancreatitis aguda y se ingresa en el servicio de UCI por empeoramiento general, acidosis metabólica y mal control analgésico.

El 30/12/2015, en UCI, tras 2 días de ingreso, presenta evolución tórpida con fracaso multiorgánico. Se realiza un control radiológico mediante TAC en el que se objetiva: dilatación de asas de colon y abundante contenido fecaloideo en ampolla rectal. El mismo día, se realiza laparotomía

M.^a VICTORIA MONTERO DE LA PEÑA: Diplomada en Enfermería. Estomatoterapeuta. Consulta de Ostomías. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

LORENA VALENTÍN MONTOYA: Diplomada en Enfermería. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

BEATRIZ SÁNCHEZ SEVILLANO: Graduada en Enfermería. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid

Correo e.: bssevillano@salud.madrid.org

ACCÉSIT

exploratoria en la que se visualizan zonas de necrosis transmural en colon derecho y en colon transverso e izquierdo, con necrosis en toda su extensión. Se realiza intervención quirúrgica: colectomía subtotal sin poder exteriorizar ileostomía por la mala perfusión del íleon. En dicha intervención, el paciente presentó parada cardiorrespiratoria, que se revirtió sin incidencias.

El día 31/12/2015, se efectúa nueva laparotomía exploratoria en la que se mantiene la necrosis de la mucosa del íleon, por lo que se realiza nueva resección del mismo de 50 cm, se comprueba buena perfusión de mucosa y se realiza ileostomía terminal en flanco derecho. Se deja parte de la laparotomía abierta al exterior para poder realizar curas por presentar abundante débito ascítico. Permanece ingresado en UCI.

El día 10/01/2016 se realiza TAC de control por aumento de PCR y fiebre. Los hallazgos se corresponden con etiología isquémica-inflamatoria del intestino.

El día 12/01/2016 se realiza nueva intervención quirúrgica para efectuar el cierre de la laparotomía. La herida quirúrgica precisa en los días posteriores curas frecuentes por dé-

bito ascítico a través de ella.

El día 22/01/2016 se observa necrosis del anillo estomal y riesgo de hundimiento del estoma, por lo que se realiza ITC a la Unidad de Estomatoterapia (fig. 1).

Objetivo

El objetivo es conseguir la curación total de la zona periestomal y poder adaptar un dispositivo con el que el paciente sea capaz de manejarse y cuyos cuidados sean los propios de cualquier ostomía.

Metodología

El mismo día (22/01/2016) la enfermera estomatoterapeuta valora al paciente en la UCI y objetiva necrosis de la piel circundante al estoma de más de 2 cm. También se aprecia celulitis en el tejido periestomal sano, estoma entre 25-30 mm y lesión de 70 mm aproximadamente. Se coloca apósito hidrocoloide y dispositivo Alterna® Confort urostomía 3 piezas multicanal de 50 mm plano, por presentar heces líquidas (fig. 2).

Se dan pautas al personal de UCI para la continuidad de la cura.

Se inicia desbridamiento cortante, ya que presenta los bordes menos adheridos debido a la acción de los hidrocoloideos y del dispositivo, y se deriva a los cirujanos para continuar la limpieza de tejido no viable, dada su profundidad. El resto de la cura se efectúa igual que la pauta del día anterior (apósito hidrocoloide + dispositivo Alterna® Confort urostomía 3 piezas multicanal) (fig. 3).

Se completa el desbridamiento de toda la zona isquémica por parte de los cirujanos y se retira la totalidad del tejido necrótico. Se objetiva una amplia zona de hundimiento en la zona periestomal por la falta de tejido y desinserción en toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de hundimiento total del mismo y la posibilidad de reintervención quirúrgica para la reparación del estoma. Se realiza el resto de la cura y, en este orden, con: hidrofibra de hidrocoloide, apósito hidrocoloide, Brava® anillo moldeable 2.0 mm, pasta hidrocoloide y dispositivo Alterna® Confort Bolsa abierta de 3 piezas con bolsa transparente y Brava® cinturón (figs. 4, 5).

El paciente continua ingresado en UCI. La zona periestomal presenta buen aspecto, con tejido de granulación y sin signos de infección. Se mantiene la misma pauta de cura: hidrofibra de hidrocoloide, apósito hidrocoloide, Brava® anillo moldeable 2.0 mm, pasta hidrocoloide, dispositivo Alterna® Confort Bolsa abierta de 3 piezas con bolsa transparente y Brava® cinturón. Se programan las curas cada 4/5 días salvo incidencia con el dispositivo. Se informa al personal de UCI de la pauta.

El día 34 (15/02/2016) el perímetro de la lesión ha disminuido 65 mm. y se ha rellenado la cavidad periestomal. Presenta bastante tejido de granulación y el estoma se mantiene prominente.

Se mantiene la pauta de curas: hidrofibra de hidrocoloide, apósito hidrocoloide, Brava® anillo moldeable 2.0 mm, pasta hidrocoloide. Se cambia el dispositivo por Alterna® Confort Convex bolsa abierta de 3 piezas de 50 mm recortable, y se mantiene Brava® cinturón.

Debido a la evolución positiva del paciente, al día siguiente es dado de alta a la Unidad de Hospitalización (16/02/2016) (fig. 6).

Se continúa con la misma pauta de curas: hidrofibra de hidrocoloide, apósito hidrocoloide, Brava® anillo moldeable 2,0 mm, pasta hidrocoloide, dispositivo Alterna® Confort Convex bolsa abierta de 3 piezas de 50 mm recortable y Brava® cinturón. El tamaño de la lesión el 07/03/2016 se ha reducido a 40 mm. Día 55.

Se inicia la educación sanitaria del entorno familiar y del propio paciente



Figura 1. Día 0 (22/01/2016)



Figura 2. Día 20 (01/02/2016)



Figura 3. Día 24 (05/02/2016)



Figuras 4 y 5. Día 27 (08/02/2016). Tamaño de la lesión: 75 mm aproximadamente.



Figura 6. Día 48 (29/02/2016). Tamaño de la lesión: 48 mm.



Figura 7. Día 77 (29/03/2016). Tamaño de la lesión: 35 mm.



Figura 8. Día 77 (29/03/2016). Tamaño de la lesión: 35 mm.



Figura 9. Día 77 (29/03/2016). Tamaño de la lesión: 35 mm.

sobre los cuidados, curas y cambios de dispositivo por ser previsible el alta a su domicilio en los días siguientes. Se verifica el manejo adecuado del procedimiento, y se informa del seguimiento y de las citas en la consulta de estomatoterapia.

El día 08/03/2016 es dado de alta a su domicilio (figs. 7-9).

Lesión casi cicatrizada con amplia zona de epitelización, aunque persiste una mínima zona con tejido de granulación en la zona inferior del estoma. Se ha conseguido mantener un estoma prominente, con buen pezón, que garantizará una buena calidad de vida del paciente.

Se modifica la cura; se aplica Brava® Polvos para ostomía, Brava® anillo moldeable 2.0 mm, dispositivo Alterna® Confort Convex bolsa abierta de 3 piezas de 50 mm recortado a 30 mm con bolsa abierta y Brava® cinturón (fig. 10).

Se mantiene una mínima zona pendiente de epitelizar. Se continúa con la misma pauta de curas: Brava® Polvos para ostomía, Brava® anillo moldeable 2.0 mm, dispositivo Alterna® Confort Convex bolsa abierta de 3 piezas



Figura 10. Día 90 (11/04/2016). Tamaño de la lesión 28 mm aprox. Tamaño del estoma: 25 mm aprox.



Figura 11. Día 104 (26/04/2016).



Figura 12. Día 104 (26/04/2016).

de 50 mm recortado a 30 mm con bolsa abierta y Brava® cinturón (figs. 11-12).

Se objetiva la total epitelización de la piel periestomal.

Se realiza cura: Brava® anillo moldeable 2.0 mm, pasta hidrocoloide, dispositivo Alterna® Confort Convex bolsa abierta de 3 piezas de 50 mm recortado a 30 mm con bolsa abierta y Brava® cinturón.

Resultados

Después de aproximadamente 3 meses de curas conseguimos restablecer por completo la zona periestomal y que el paciente sea autónomo para el cuidado del estoma, al no necesitar más curas.

Conclusiones

Los dispositivos Alterna® Confort de Coloplast, junto con los accesorios Brava®, no solo cuidan la piel íntegra, sino que también permiten la realización de una cura según la necesidad del paciente antes de su colocación. Podemos aprovechar los distintos dispositivos para adecuarlos a las necesidades del paciente y conseguir con ello un menor número de curas y cuidados, el uso de un menor tiempo de enfermería, una disminución del gasto y, sobre todo, el aumento de la calidad de vida del paciente. Además, este paciente evitó su paso por quirófano para un desbridamiento quirúrgico o para la reconstrucción del estoma por un posible hundimiento del mismo, debido a la buena evolución de las curas.

Bibliografía

- Beraldo S, Titley G, Allan A. Use of W-plasty in stenotic stoma: a new solution for an old problem. *Colorectal Dis.* 2006; 8(8): 715-6.
- Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *Br J Nurs* 2011; 20: S4, S6, S8 passim.
- Ceballos Atienza R. Complicaciones más frecuentes de los estomas. Formación Alcalá; 2016.
- Husain SG, Cataldo TE. Late stoma complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2008; 21: 31-40.
- Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, et al. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Dis.* 2005; 7(6): 582-7.
- Martí J, Tegido M, Poves J. Complicaciones de los estomas digestivos. En: *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento.* Barcelona: Doyma; 1999. p. 89-109.
- Nastro P, Knowles CH, McGrath A, et al. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg* 2010; 97: 1885-9.
- Park JJ, del Pino A, Orsay CP et al. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42: 1575-80.
- Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, et al. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis.* 2010; 12: 971-6.
- Pittman J. Characteristics of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011; 38: 271-9.
- Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47: 26-9.
- Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010; 37: 505-10.
- Salvadarena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy and urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008; 35: 596-607.