

# Caso clínico

## Paciente portador de colostomía y evisceración de herida anexa

### Resumen

Nuestro estudio nos hace referencia a una paciente, diagnosticada de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn a los 17 años, que desencadenó entonces una cascada de pluripatologías.

Se intervino a la paciente en varias ocasiones, y se derivó a una colostomía definitiva, que presentó múltiples complicaciones. En esta ocasión se halla una colostomía retraída con infección del tejido celular subcutáneo y herida abdominal que se eviscera hasta unirse con él estoma. Después se comprueba la existencia de un orificio en el borde de la colostomía, lo que lleva a deducir la presencia de una fistula junto al estoma, lo que lleva al inicio del tratamiento de nutrición parenteral. Días más tarde, la paciente presenta una herida pequeña en zona abdominal, al lado de la ostomía, que se va profundizando y tunelizando hasta unirse con la zona de la ostomía.

Se hacen curas diarias, que logran una cicatrización lenta, pero completa.

**PALABRAS CLAVE:** EVISCERACIÓN, COLOSTOMÍA, CROHN.

### Introducción

La enfermedad de Crohn es un trastorno no muy frecuente, habitual en jóvenes, y muy importante desde el punto de vista de las graves secuelas con las que los pacientes tienen que convivir.

Su etiología desconocida hace complicada la prevención. Es una forma de enfermedad intestinal inflamatoria que abarca todas las capas de la pared abdominal (también muscular, tejido adiposo...), en la que el propio sistema inmunitario ataca por error destruyendo los tejidos sanos. Puede afectar a todo el tubo digestivo (desde la boca al ano), aunque las zonas más frecuentes son el íleon distal, yeyuno y colon derecho, y tiene una especial afectación anal [1].

Las lesiones son úlceras que se encuentran separadas por tejido sano o normal. Conforme avanza la enfermedad, la pared intestinal se engrosa y se vuelve fibrosa, la luz se estrecha y eso favorece la obstrucción intestinal.

Los síntomas principales son diarreas, habitualmente con sangre, dolor abdominal y déficit nutricional debido a la mala absorción. Existe riesgo aumentado de carcinoma de colon [2].

No es curable con cirugía. En ocasiones, esta se asocia a exacerbaciones de la enfermedad.

### Objetivo

Presentar la actuación por parte de enfermería para tratar de encarcelar un estoma y así evitar una posible infección de los tejidos adyacentes.

### Anamnesis

Mujer de 37 años, que ingresa en el Servicio de Cirugía. A la edad de 17

**PALOMA ESPESO BLANCO:** Graduada en enfermería y diplomada en enfermería. Enfermera en la Unidad de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Valladolid  
Correo e.: peble@hotmail.com  
**MONTERRAT CATALINA PASCUAL:** Diplomada en Enfermería. Estomatoterapeuta. Supervisora de la Unidad de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Responsable de la consulta de Ostomía del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### ACCÉSIT

años se le diagnosticó enfermedad de Crohn y fue intervenida varias veces (por cuadros de suboclusión intestinal) y ostomizada por carcinoma intraepitelial anal. Nos encontramos con una paciente que presenta graves complicaciones en zona de la ostomía, lo que conlleva un fácil desprendimiento del dispositivo de colostomía.

### Caso clínico

Paciente alérgica al metamizol, la vancomicina, la morfina no licuada y el tramadol. Diagnosticada de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn a los 17 años y con posterior enfermedad perianal, manifestaciones extraintestinales y resección ileocolónica en 1998. Reintervenida varias veces con afectación de la mucosa rectal. En 2011 se identifica cáncer epidermoide en zona quirúrgica con persistencia en controles posteriores. Se reinterviene en marzo de 2013 por recidiva. En noviembre de ese mismo año se decide amputación abdominoperineal con colostomía definitiva motivada por hallazgos de varios trayectos fistulosos y la confirmación de carcinoma intraepitelial anal. En enero de 2014 vuelve a ingresar por cuadro de fiebre, y salida de supuración por la herida quirúrgica, periné y área periestomal, lo que desencadena complicaciones en la colostomía (perforación de la misma con dehiscencia de suturas) y salida de pus en la zona periestomal y en el sitio quirúrgico. La cura de la zona periestomal evolucionó lenta, pero favorable, con curas diarias que utilizaban apósitos de hidrofibra de

hidrocoloide. Se hacen cultivos de diferentes vías, por cuadro de sepsis con presencia de pseudomonas. Los resultados son positivos también a varios gérmenes (*Enterococcus faecalis*, *Acinetobacter pittii*, *Propionibacterium avidum*, siendo *Proteus mirabilis* y *Candida albicans* los últimos detectados). Se la trata con múltiples ciclos antibióticos endovenosos e inmunización a la varicela, el sarampión, la rubeola, la parotiditis y la hepatitis A.

Insuficiencia suprarrenal y estigma de Cushing (coloración facial, atrofia cutánea generalizada). Es corticodependiente a altas dosis.

Seguimiento en Dermatología por complicaciones cutáneas de tratamiento corticoideo (hidrosadenitis gangrenosa y pioderma, que requieren drenajes y curas continuas).

Seguimiento en Reumatología. Osteoporosis lumbar y femoral en tratamiento.

Mastitis en mama izquierda con abscesos recidivantes desde 2011.

Anemia ferropénica crónica en tratamiento con hierro endovenoso y dolor crónico de causa multifactorial, que precisa morfícos.

Trastorno ansioso-depresivo reactivo en tratamiento con psiquiatría.

### Evolución de la colostomía

El 20/11/2013 se interviene de amputación abdominoperineal que deriva a una colostomía definitiva, y que presenta complicaciones a los dos meses, lo que hace preciso un nuevo ingreso. Se halla colostomía retraída con infección del tejido celular subcutáneo y herida abdominal que se eviscera hasta unirse con el estoma. La valoración de la colostomía la realiza la estomatoterapeuta de la Unidad de Cirugía, donde se inician las curas diarias de la zona ostomizada con el fin de que el estoma protuya.

Posteriormente se comprueba la existencia de un orificio de unos 3 cm de profundidad en el borde de la colostomía, lo que lleva a deducir la presencia de una fístula junto al estoma. Se inicia nutrición parenteral, a fin de mantener en reposo relativo la colostomía. La nutrición oral se realiza a los 25 días.

Días más tarde, la paciente presenta una pequeña herida en zona abdominal, a unos 5 cm de distancia de la ostomía, que se va profundizando hasta alcanzar unos 3 cm y a la vez se va tunelizando hasta unirse con la zona de la ostomía, lo que deja un tejido hueco, en el cual la piel de la zona superficial empezó a perder grosor hasta su ruptura (figs. 1-4).

Ante esta situación, se decide curar diariamente con suero fisiológico y apósitos de hidrofibra de hidrocoloide blanco estéril [2], que logra una ci-

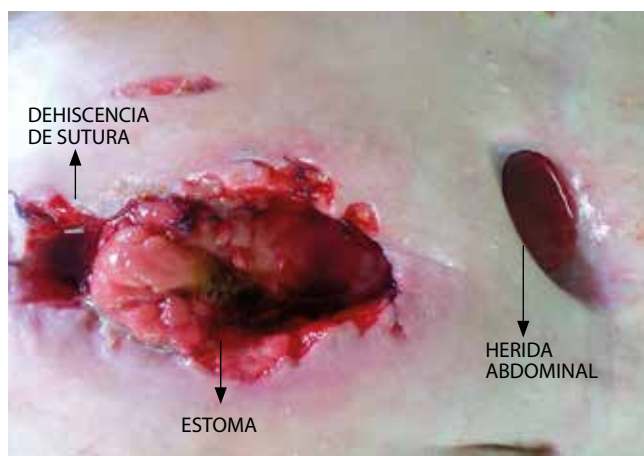


Figura 1. Estoma inicial involucionado, con la presencia de pequeña herida abdominal de escasos centímetros

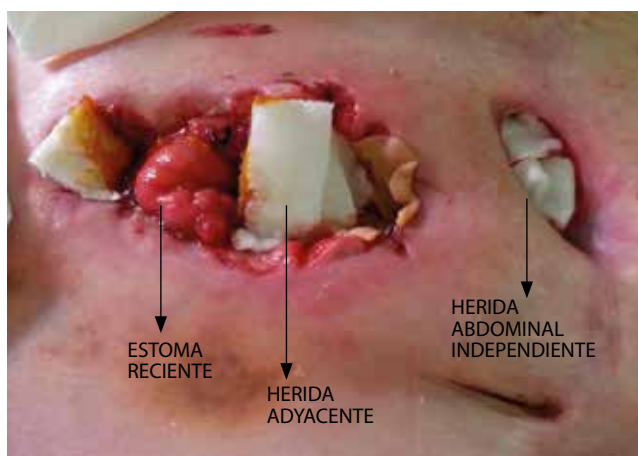


Figura 2. Estoma reciente, involucionado, con herida abdominal adyacente a la colostomía y segunda herida abdominal independiente

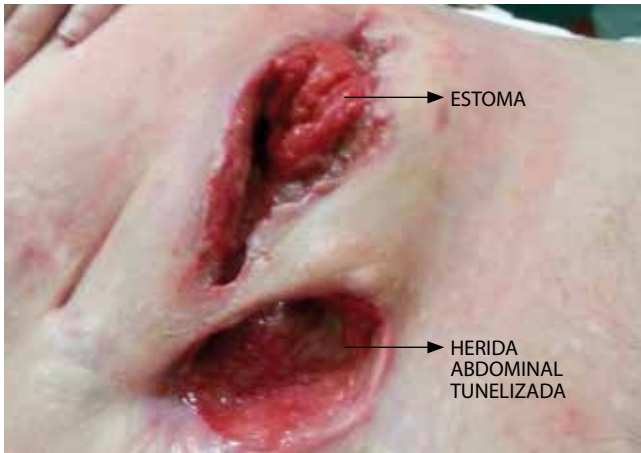


Figura 3. Estoma involucionado con herida abdominal tunelizada J Tunneliza

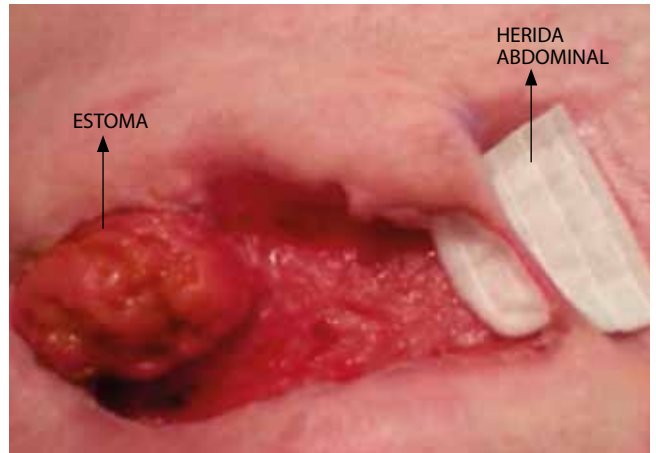


Figura 4. Estoma muy bien delimitado y estrechez de tejido epitelial comunicando ambos espacios

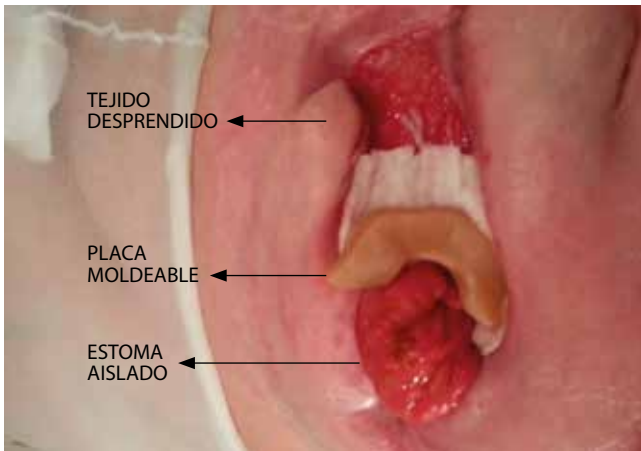


Figura 5. Estoma aislado con placa moldeadora y apósito de hidrofibra de hidrocoloide con muñón de tejido epitelial completamente desprendido

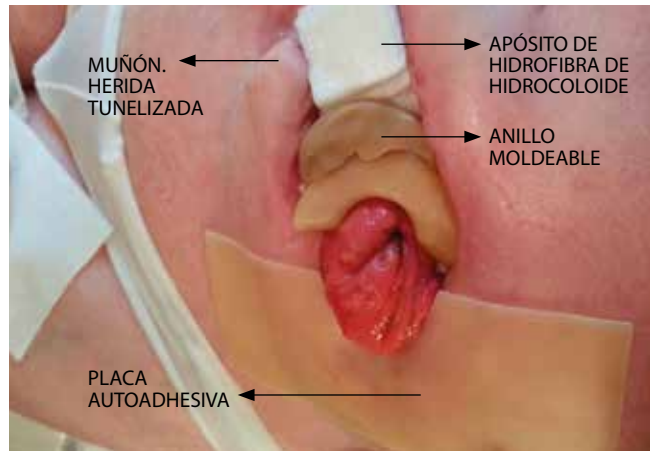


Figura 6. Estoma encarcelado con anillos moldeables y herida abdominal con apósitos de hidrofibra de hidrocoloide, todo ello protegido con placa autoadhesiva

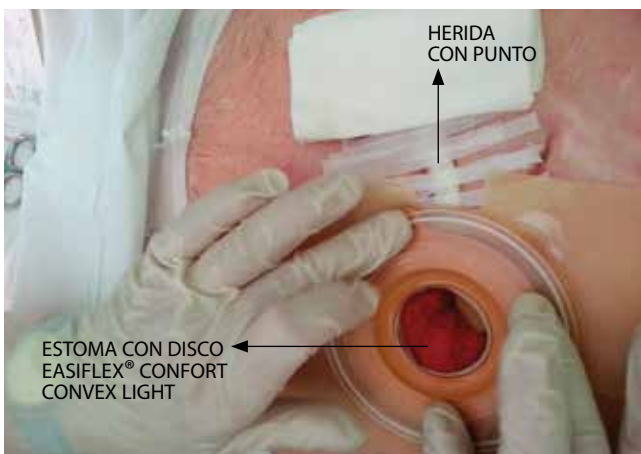


Figura 7. Cura del estoma y colocación de dispositivo Easiflex® Confort Convex Light.

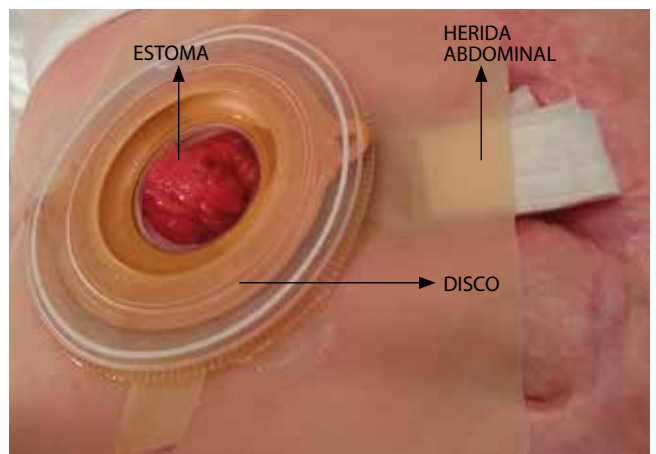


Figura 8. Estoma evolucionado de buen color protegido con placa autoadhesiva y dispositivo Easiflex® Confort Convex Light

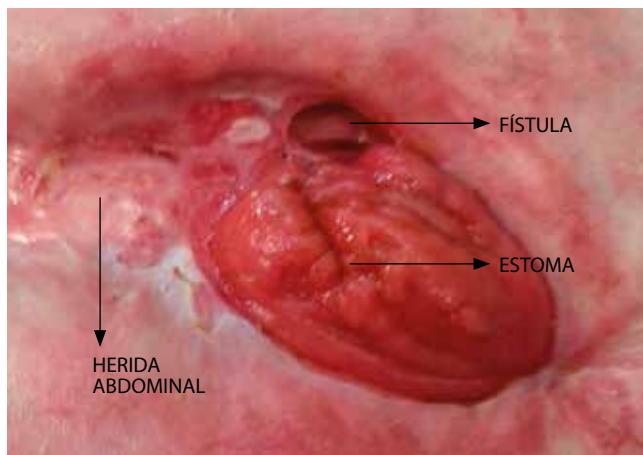


Figura 9. Presencia de fístula en zona periestomal. Herida quirúrgica en fase de cicatrización.



Figura 10. Estoma de buen aspecto y herida abdominal cicatrizada

catrización lenta pero completa. En la zona ostomizada, y ante la dificultad de colocar el dispositivo de ostomía directamente a la piel (debido a su hundimiento), se decide hacer un muro con Brava® Anillo Moldeable, con el fin de aislar ambas zonas (fig. 5), y se opta por la colocación de una placa autoadhesiva Brava® para proteger la piel, evitar la movilidad de los apósitos de hidrofibra y, a su vez, facilitar la sujeción del dispositivo Easiflex® Confort Convex Light (figs. 6-10).

**Plan de cuidados**

El plan de cuidados esta realizado a partir de los datos recogidos de la Historia Clínica y la Valoración de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson.

**Diagnósticos enfermeros según NANDA**

Los diagnósticos de enfermería se han realizado siguiendo las ultimas actualizaciones de los patrones NANDA, NIC, NOC.

**Evaluación**

La presencia de una persona portadora de una colostomía ingresada en nuestra unidad supone una especial atención, y si a ello le añadimos que es una persona joven, el trato es mucho más especial. Su adaptación a esta nueva situación y los miedos que acompañan pueden ser los motivos de una recuperación lenta y dificultosa. Durante la hospitalización suceden una serie de imprevistos que se van solucionando lentamente, tales como la involución de la ostomía, la dehiscencia de la herida abdominal y la sepsis, entre otras.

La existencia de un estoma presenta una pérdida en la continuidad de la piel. Si a eso se le añade una herida anexa que se va eviscerando y la cercanía al estoma ello supone un riesgo añadido de colonización de gérmenes. Sin embargo, gracias a los minuciosos cuidados diarios, ambas heridas se mantuvieron en perfecto grado de asepsia, libres de todo tipo de infección.

El caso que aquí se describe sirve como ejemplo de cómo tratar este tipo de situaciones y de que los pasos seguidos durante todo el proceso han sido los correctos, no solo en términos de colonización, sino también en aspectos de cicatrización.

La influencia en la elección de un material adecuado y personalizado es fundamental para alcanzar ese logro tan ansiado: la curación. Por ese moti-

vo, seleccionamos los discos Easiflex® Confort Convex Light para la zona del estoma. Gracias a este dispositivo se logró una mejoría en la ostomía, lo que proporcionó a la paciente una mayor seguridad y una disminución al temor de una posible fuga, y una mejora de la calidad de vida.

La herida de la paciente anexa al estoma se produjo por debilitamiento de la pared abdominal y una separación de la piel, hasta alcanzar una profundidad de 3 cm. El contacto directo con el estoma dificultaba la cicatrización de la herida. Como consecuencia, la actuación de enfermería fue aislar el estoma con los anillos moldeables para asegurarnos de que no hubiese ninguna contaminación. Se procuró la cicatrización de la herida anexa por segunda intención con apósitos de hidrófila de hidrocoloide. Ello ayudó a que no se presentaran complicaciones relacionadas.

Lo que sí pudo ser una complicación de carácter transitorio, que respondió bien al tratamiento, fue la sepsis originada, entre otras causas, por la presencia de la vía central, una complicación que suele aparecer con relativa frecuencia, lo que dio lugar a un cambio de la misma, ya que era sumamente importante dejar el tubo digestivo en reposo e imprescindible la administración de nutrición endovenosa y antibioterapia.

Durante su ingreso se ha dado a la



paciente y a la familia toda la información referente a su enfermedad y conseguido disminuir su temor, lo que supone dar un paso hacia la adaptación a esta situación nueva. A la paciente la ha aliviado la idea de que su proceso neoplásico esté erradicado, pero acepta con resignación tener que vivir con una bolsa de colostomía. La ha ayudado mucho el que enfermería le explicara los cuidados y los viera con la mayor naturalidad del mundo. Al alta, nos comentó que ya no le preocupaba tanto su dieta. Se veía autónoma en la elección y elaboración de la misma.

Lo que hemos aprendido de todo ello es que es importante conocer la causa que origina el problema (patología, infecciones...) y realizar una valoración adecuada, un seguimiento del mismo, de sus consecuencias y de sus complicaciones, para así poder aplicar los cuidados apropiados de la forma más precoz posible, y siempre de manera individualizada.

De este modo, podemos concluir que las intervenciones realizadas en este caso han sido las idóneas.

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en la realización y publicación de este estudio de investigación.

### Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a Montserrat Catalina, supervisora de la Unidad de cirugía del Hospital Universitario de Valladolid y responsable de la Unidad de Estomatoterapia de Valladolid, su inestimable colaboración en la realización y revisión de este caso clínico.

## Bibliografía

[1] Asociación ACCU ESPAÑA/Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosas de España. (Sede web) 2016. Disponible en: <http://www.accuesp.com/es/El/crohnycolitisulcerosa.html>

[2] Infomecum heridas/ Guía de heridas y úlceras por decúbito. Disponible en: <http://www.infomecum.com/tratamientos/showproduct/id/86>

### Bibliografía complementaria

Asociación Española contra el Cáncer. (AECC). Incidencia contra el cáncer de colon. (Sede web). 2014 (Acceso Abr 2015). Disponible en <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CANCERPOLOCALIZACION7CANCERDECOLON/paginas/incidencias.aspx>

Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5.ª ed. Interamericana McGraw-Hill; 1998.

Diagnósticos NANDA. Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>

Diagnósticos NANDA. Disponible en: <http://www.prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2012-2014>

Luis Rodrigo MT. Diagnósticos enfermeros: Un instrumento para la práctica asistencial. 3.ª Edición. Barcelona: Harcourt Brace; 1999.

Marín Jiménez I, Menchen Viso L, Gomallón García F. Diagnóstico diferencial de la enfermedad de la enfermedad inflamatoria intestinal. Elsevier; 2012.