

Evidencia científica

#OSTOMYDAYS

Cuidando con compromiso:
La fuerza de la estomaterapia



 **Coloplast**

Está con *migo*



**Anna y Patri,
personas ostomizadas.**

ISBN: 978-84-09-81590-6

DEPÓSITO LEGAL: M-2136-2026

EDITA: Coloplast Productos Médicos, S.A.U.

© 2026 Todos los derechos reservados.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte sin la expresa autorización del propietario.

Revisores:



Dr. Eduardo García Blázquez
Market Manager Ostomy Care

<https://orcid.org/0000-0003-1229-3229>



Sara Manero Higuera
Junior Market Manager Ostomy Care

<https://orcid.org/0009-0006-5394-121X>

Índice

CASOS CLÍNICOS

Dificultad de adherencia de los dispositivos a la piel en abdomen catastrófico4

Autoras: **Rosario Murcia Herreros, Ana Belén Flores Bautista.**
Hospital General de Albacete

Nefrostomía y complicaciones asociadas8

Autora: **Vanessa Serrano Sánchez**
Hospital Universitario Infanta Leonor

Factores de riesgo quirúrgico, alarmas que hay que atender 12

Autora: **Marta Artola Etxeberria**
OSI Donostialdea Consulta de Estomaterapia y Disfunción Intestinal

Urostomía cutánea: un pliegue, una úlcera y una pieza 15

Autora: **Esther Merino Vázquez**
Hospital Universitario Príncipe De Asturias

Dehiscencia de sutura paraestomal 19

Autora: **Victoria Alejandra López Callejón**
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Proceso de atención enfermero a paciente portador de ileostomía en asa y colostomía. Manejo de la dehiscencia 23

Autora: **María Engracia Romero del Hombrebueno Infante**
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Conciliar la evidencia clínica con la realidad de los cuidados informales 28

Autora: **Vanessa Egea Miralles**
Hospital Virgen de Lirios

Úlceras complejas, soluciones fáciles. Serie de casos de úlceras paraestomales curadas con sulfato de zinc 33

Autora: **Sandra López Díaz**
Hospital Universitario Severo Ochoa

De la necrosis a la dehiscencia 39

Autora: **Belén Pascual De La Fuente**
Hospital General de Segovia

Estoma doble en abdomen complicado 42

Autora: **Carmen Diarte Abenia**
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Dificultad de adherencia de los dispositivos a la piel en abdomen catastrófico.

Rosario Murcia Herreros
Ana Belén Flores Bautista

Hospital General de Albacete

PRIMER PREMIO

INTRODUCCIÓN

El caso que presentamos está relacionado con una paciente con abdomen poliintervenido (Figura 1), entendiéndose este como un abdomen poliintervenido con herniaciones, injertos y rechazos que acaban deformando la anatomía normal de la pared abdominal con órganos frágiles y edematosos provocando fístulas o fugas intestinales. En este caso en concreto, la fístula fue lo que llevó a la paciente a la creación de la ileostomía. La principal dificultad del caso es la difícil elección de dispositivos, ya que la ileostomía se encuentra en una depresión de la pared abdominal, con una piel que no permite adherencia. La paciente tiene fugas de heces diarias y la consecuente irritación de la piel.



Figura 1: Imagen del abdomen completo.

ANAMNESIS

Paciente, mujer de 60 años, intervenida a nivel abdominal en múltiples ocasiones.

- Alérgica a Nolotil.
- No hipertensión arterial, ni diabetes, ni dislipemias. Fumadora de 1 paquete/día.
- EPOC en tratamiento con broncodilatadores a demanda.
- Síndrome depresivo probablemente secundario a patología de base.
- Síndrome de intestino corto con trastorno metabólico leve asociado.
- Intervenida de hernia umbilical con recidiva encarcerada con defecto dérmico.
- Hernioplastia de pared abdominal con malla de polipropileno.
- Múltiples infecciones de la herida quirúrgica por flora polimicrobiana, valorada por cirugía plástica realizándose extracción de la malla expuesta por rechazo y desbridamiento con injerto de piel, con posterior rechazo de injerto que se mantuvo con curas y antibioterapia sin mejoría de la herida.
- Peritonitis fecaloidea secundaria a dehiscencia de suturas. Reparación de pared abdominal con malla que después precisa reconstrucción de la pared por rotura de la malla previa.
- Resección de asa de íleon fistulizada.
- Hemicolectomía derecha por fístula de colon transverso.
- Resección de asa de íleon que produce obstrucción intestinal.

- Ileostomía terminal FID y sutura de cabo proximal de colon transverso por dehiscencia anastomótica.
- No alteraciones conductuales ni deterioro cognitivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El estado de la piel abdominal es a tensión, brillante, agrietada e irritada (Figura 2). Presenta una dermatitis irritativa por salida de efluente muy corrosivo, el deterioro de la piel no permite la adherencia del dispositivo, y se encuentra en una depresión de la pared abdominal. Múltiples lesiones con pérdida de la integridad tisular en el abdomen que aparecen de manera espontánea y no cierran con facilidad, llegando a sobreinfectarse. Zonas de los grandes pliegues con lesiones por humedad y posible micosis.



Figura 2: Imagen del estado de la piel.

PRUEBAS

Se le realizan varios cultivos de las zonas dañadas de la piel, siendo diagnosticada de pioderma por Dermatología (Figura 3).

Presenta micosis en las zonas de los grandes pliegues de piel que mejoran con tratamiento antimicótico y aislamiento de la humedad.



Figura 3: Lesiones de pioderma sobreinfectadas.

DIAGNÓSTICO

Déficit de autocuidados por movilidad reducida y escaso apoyo social.

Dermatitis irritativa de contacto, pioderma y micosis.

TRATAMIENTO

No se consigue aumentar la consistencia de las heces con la dieta. La paciente mantiene mal adherencia a la dieta. Tratamiento de las lesiones del pioderma con tacrólimus tópico alternado con tandas de corticoide gentamicina tópico. Ketoconazol en zonas de micosis.

EVOLUCIÓN PREVIA

La paciente tiene fugas diarias y refiere que no se le mantiene ningún dispositivo más de unas horas. Se suele poner empapadores para no manchar la ropa, pero mantiene el efluente en contacto con la piel mucho tiempo. No se le puede poner cinturón ni faja porque no lo tolera.

Lo primero que intentamos es colocar un disco convexo sujetándolo con unas tiras de venda de hilo haciendo la función del cinturón, aún así, como el estoma está en una zona hundida, no hace el

efecto deseado de presionar el disco contra la piel, con lo cual sigue fugando el efluente por debajo del disco.

Se intenta elevar la convexidad adaptando varios anillos al disco base, pero sigue fugando.

Aplicamos Eosina al 2% para intentar recuperar un poco la piel macerada, no la tolera, nota exceso de tirantez.

La paciente no aguanta el dolor que tiene en la piel periestomal cuando limpiamos la zona, tiene sensación de quemazón continuo.

Como vemos que no se adhiere el disco, aplicamos una placa Brava® para proteger la piel (Figura 4), la paciente refiere notar mucho alivio. Encima de la placa adaptamos el disco, probamos con el dispositivo de una pieza plano que ella utilizaba en casa (Figura 5), pero cambiamos al convexo, consiguiendo que tenga menos fugas.

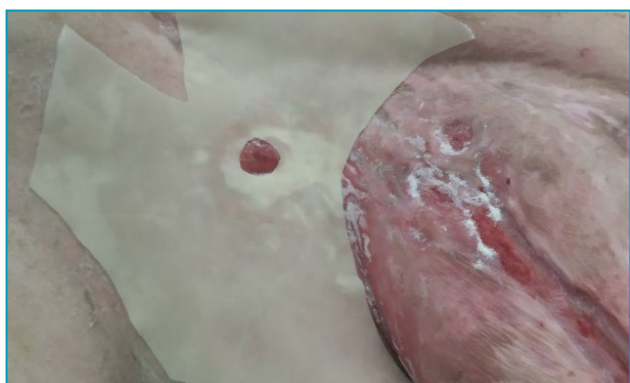


Figura 4: Placa protectora autoadhesiva.



Figura 5: Dispositivo aplicado sobre la placa Brava®.

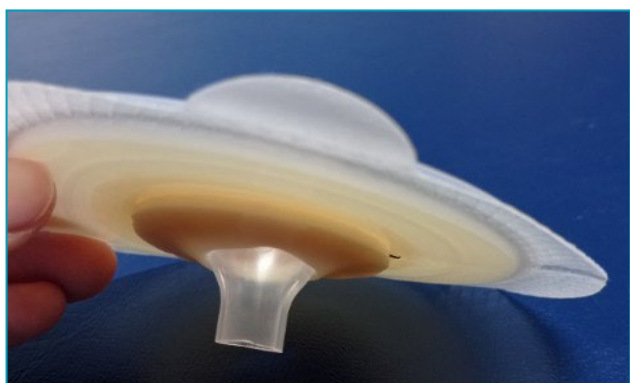


Figura 6: Uso de la tetina como embudo.

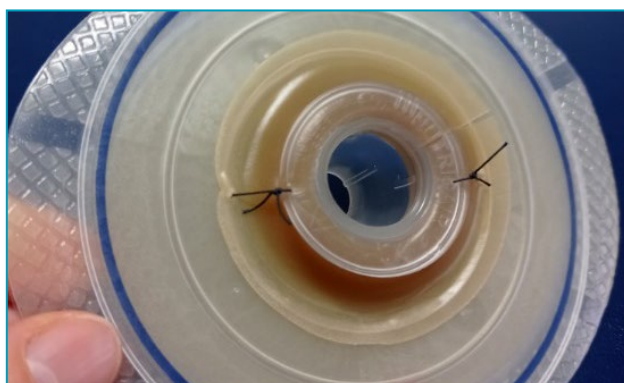


Figura 7: Tetina cosida al disco adhesivo para ser empleada como embudo.

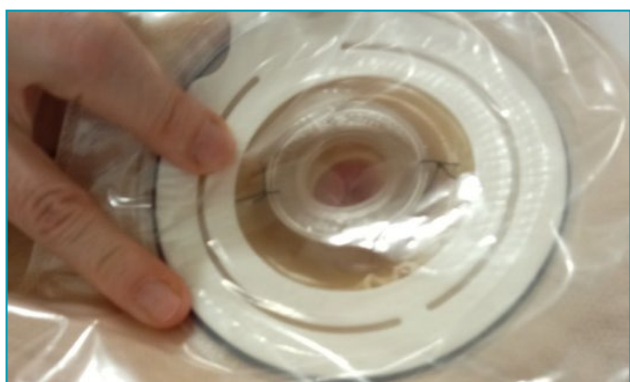


Figura 8: Resultado final del embudo sobre el estoma.



Figura 9: Sistema de sujeción al alta con convexidad suave y lazada con venda de hilo.

Durante los días del ingreso las heces son completamente líquidas, muy abundantes y fuga continuamente. Para evitar las fugas hacemos una adaptación con una tetina de biberón que nos haga de embudo para la salida de las heces (Figura 6), lo cosemos para que no lo expulse al salir las heces (Figura 7) y colocamos anillos de resina para sellar arriba y abajo del disco (Figura 8). Nos ha resultado útil durante los días que la paciente ha presentado heces líquidas, en el momento en el que se empiezan a espesar el embudo fabricado con la tetina se obstruye, pero ha servido para evitar las fugas durante unos días y por lo tanto para obtener algo de mejoría en la piel periestomal.

COMENTARIOS

Ante la mala adherencia de la paciente a la dieta y la dificultad para los cuidados del estoma citamos a la paciente en la consulta para realizarle las curas cada dos días.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Mantenemos el uso de la placa Brava® para proteger la piel periestomal del efluente y para proporcionar bienestar y confort a la paciente. Mejora la adaptación de la placa al realizar corte en la misma para evitar los pliegues y realizar el corte circular ajustado a la salida del estoma.

Durante la situación de producción de heces muy líquidas y corrosivas, utilizamos el embudo fabricado con la tetina del biberón obteniendo beneficios en la piel.

Al alta en casa sobre la placa Brava® acoplamos un disco de convexidad firme precortado a 25mm que le sujetamos con una venda de hilo alrededor de la cintura porque el cinturón no lo tolera y así ella puede atárselo con una lazada en el lateral (Figura 9).

BIBLIOGRAFÍA

1. Poma AM, Sánchez HL, Oterino L, Caballero ME, Moreno MA, Serra A. Guía de recomendaciones: Cuidados de la piel periestomal en pacientes con tratamiento oncológico. En: XI Congreso nacional de enfermería experta en ostomías. Valencia 2023.
2. Cantarino I. Curso de Experto en cuidado integral del paciente ostomizado. XVIII edición 2023. Aspectos a considerar en el cuidado holístico del paciente ostomizado. Problemas dermatológicos en las ostomías: Universidad Francisco Victoria Madrid 2023 p.304-314.
3. Caballero A, Daza M, Lara C. Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. Rev Cient Cienc Med. 2018;21(1);107-2.

Nefrostomía y complicaciones asociadas.

Vanessa Serrano Sánchez

Hospital Universitario Infanta Leonor

SEGUNDO PREMIO

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el tumor más común en hombres, confirmándose como la tercera causa de muerte por cáncer en varones por detrás del cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal. Para su detección se realiza un análisis de sangre donde se ve la presencia del antígeno prostático específico (PSA) o mediante el tacto rectal, pero el diagnóstico más fiable es la biopsia de próstata^{1,2}.

Las derivaciones urinarias se crean de forma quirúrgica para eliminar la orina de forma no natural cuando el flujo está interrumpido o cuando existe una lesión en las vías urinarias. Estas derivaciones pueden ser temporales, se mantienen durante días, semanas o meses hasta que la orina fluya con normalidad. También pueden ser permanentes cuando se necesita un cambio definitivo en la forma natural de fluir de la orina³.

Una de las derivaciones urinarias menos invasiva es la nefrostomía percutánea donde se inserta de forma temporal o permanente un catéter en el interior del riñón, con el fin diagnóstico o terapéutico⁴.

Las complicaciones de la ostomía tempranas ocurren los primeros 30 días tras la cirugía. Las más frecuentes son la dermatitis irritativa de contacto periestomal, la separación mucocutánea, la retracción y la necrosis.

La dermatitis de contacto e irritativa es la

complicación de la piel periestomal más frecuente⁵ y puede ser debida al contacto del efluente con la piel o a una hipersensibilidad al dispositivo de ostomía, se denominaría dermatitis alérgica⁶.

Existe bibliografía que demuestra que las complicaciones relacionadas con la ostomía disminuyen la calidad de vida de los pacientes^{7,8}.

Para ayudar a resolver estas complicaciones juega un papel importante la enfermera estomaterapeuta quien se encargará de acompañar, ayudar y educar al paciente ostomizado antes, durante y después del proceso quirúrgico. Estableciendo un plan de cuidados que contribuya a solventar las dificultades que puede generar esta nueva situación en el paciente, familia o cuidador principal⁹. Además, participa junto con el paciente en el adiestramiento y manejo del estoma, asesoramiento individualizado, y el apoyo emocional.

La enfermera especialista ofrece cuidados individualizados, integrales y de calidad. Por eso, su papel es clave para que la persona ostomizada se integre y se adapte al cambio, siendo sus cuidados fundamentales para que los pacientes puedan adaptarse a su nueva vida¹⁰.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 65 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata localizado en el lóbulo izquierdo, estadio pT2.

- No presenta RAM.
- Como antecedentes: DL, pólipos en el colon, psoriasis.
- Tratamiento farmacológico habitual: simvastatina, hidroferol mensual.
- Peso: 60,2 kg.
- Talla: 159 cm
- IMC: 23,8

Tras pruebas complementarias de imagen realizadas en nuestro hospital, se determina que no existe extensión de la enfermedad oncológica a otros órganos.

Se decide por parte de Urología tratamiento quirúrgico programado el 27/07/2024 mediante prostatectomía radical laparoscópica.

El 31/07/2024 tras realizarle un TAC se observa fuga de la anastomosis uretrovesical, como consecuencia de ello se decide canalizar dos catéteres ureterales con salida a través de la sonda vesical.

El 07/08/2024 se le realiza una cistografía donde se ve que la fuga de la anastomosis no ha remitido. Tras reunirse en sesión el servicio de Urología, se decide programar el 09/08/2024 la colocación de una nefrostomía percutánea bilateral por rayos intervencionista. Se realiza interconsulta a la estomaterapeuta para iniciar educación sanitaria sobre los cuidados de las nefrostomías y su valoración.

METODOLOGÍA

A las 48 horas ambas nefrostomías son revisadas por la estomaterapeuta. Se observa punto de fijación a piel sin signos de infección. Ambos catéteres están permeables a diuresis ligeramente hematurica, lo cual alertamos que es normal los primeros días tras la colocación.

Se realiza valoración enfermera por patrones de Marjory Gordon y se obtienen varios de

ellos alterados. Se identifican los diagnósticos enfermeros mediante taxonomía NANDA-NOC-NIC y priorizamos en aquellos diagnósticos que nos ayuden con sus correspondientes intervenciones, en la resolución del deterioro de la integridad cutánea y el impacto emocional (Tabla 1).

El paciente en todo momento se muestra colaborador y receptivo a recibir información sobre los cuidados, mantiene escucha activa. La esfera psicosocial se ve afectada por la falta de autonomía. La ubicación de ambas ostomías le impide realizarse el autocuidado por lo que se ofrecen herramientas como la ayuda de un espejo para facilitar el autocuidado. La piel periestomal se observa íntegra sin lesiones.

Se dejan ambas nefrostomías con dispositivo de tres piezas plano Alterna® Confort 3p Urostomía con disco transparente. Se inicia educación sanitaria en los cuidados de las ostomías. Nos encontramos ante un paciente que, debido a la ubicación de las nefrostomías en zona posterior de la espalda, no logra verse y presenta dificultad a la hora de realizarse el autocuidado. No cuenta con apoyo familiar, ya que vive con su madre anciana frágil. No tiene hijos ni otro apoyo familiar. Se establece contacto con su centro de salud de referencia para coordinar las curas cuando no acuda a revisiones en consulta de ostomías. El paciente está de acuerdo. Acordamos cambio del dispositivo a días alternos. Se muestra al paciente el dispositivo de una pieza Alterna® Confort urostomía, ya que solicita algo más cómodo, discreto y flexible.

Al alta no presenta complicaciones en las ostomías. Se marcha con el dispositivo de una pieza plano de urostomía Alterna® Confort. Se le entrega cita de revisión en la consulta de ostomías en 15 días, recomendaciones higiénico-dietéticas y kit para personas portadoras de nefrostomía como herramienta de ayuda. Se informa del contacto telefónico de la consulta de ostomías en caso de dudas o incidencias. Se informa sobre los signos de alarma como infección, lesiones de la piel periestomal y otras complicaciones. Al alta el paciente es capaz de vaciarse las bolsas

colocándolas lateralizadas. No presenta lesiones en piel periestomal ni signos del punto pericatóter. Se cita en 10 días para revisar nefrostomía.

Para valorar la piel periestomal como herramienta se recurre a la escala DET (*Decoloration, Ertion and Tissue over-growth*) que al alta es de 0 puntos.

Tabla 1: Diagnósticos enfermeros mediante taxonomía NANDA-NOC-NIC.

| Patrón 1. Percepción- manejo de la salud | Patrón 2. Nutricional- metabólico | Patrón 6. Cognitivo- perceptual |
|--|--|--|
| Diagnóstico NANDA 00078: Gestión ineficaz de la propia salud. | Diagnóstico NANDA 0004: Deterioro de la integridad cutánea. | Diagnóstico NANDA 00132: dolor agudo. |
| NOC • 1813 conocimiento régimen terapéutico. • 1902 control del riesgo. | NOC • 1615 autocuidado de la ostomía. • 1101 integridad tisular: piel y membranas mucosas. | NOC • 2008 estado de comodidad. • 1605 control del dolor. |
| NIC • 6550 protección contra la infección. • 3660 cuidados de las heridas. | NIC • 0480 cuidados de la ostomía. • 3590 vigilancia de la piel. • 3550 manejo del prurito. | NIC • 1400 manejo del dolor. |

RESULTADOS

En la primera visita tras el alta hospitalaria presenta dolor y rasgado en la zona del punto de fijación a la piel en la zona de inserción. Se irrita el punto de sutura de ambas nefrostomías. En la piel periestomal han aparecido placas eritematosas aisladas sin prurito asociado, que impresionan de lesiones compatibles de psoriasis que padece (Figura 1). Puntuación escala DET: 7.



Figura 1: Estado de la nefrostomía y piel periestomal en la primera visita.

Como tratamiento, se aplica betametasona tópica dosis única y Spray Barrera Cutánea Brava®. Se cita para revisar la piel periestomal en una semana.

En la segunda visita no refiere dolor, pero si escozor y prurito ocasional en la piel periestomal. El eritema se ha extendido, se observa dermatitis alérgica al dispositivo Alterna® Confort de 1 pieza, ya que la lesión coincide con todo el apósito del disco, con una puntuación de 10 en la escala DET (Figura 2). Se aplica corticoide tópico (betametasona) para bajar la inflamación y calmar el prurito durante 3 días. Se cambia al dispositivo de 1 pieza SenSura® urostomía y se aplica Spray Barrera Cutánea Brava®.



Figura 2: Estado de la nefrostomía y piel periestomal en la segunda visita.

En la tercera visita se observa que la dermatitis se ha resuelto, no presenta lesiones ni escozor ni prurito (Figura 3). En visitas sucesivas se mantiene el dispositivo SenSura® de 1 pieza con la piel periestomal recuperada. No han vuelto a aparecer placas de psoriasis ni existen lesiones aparentes.

Hasta resolución de la dermatitis se cita en consulta con la estomaterapeuta 1 vez a la semana. Se le informa al paciente de los accesorios que necesita para cuidar la piel periestomal, en su caso Spray Barrera Cutánea Brava®.



Figura 3: Estado de la nefrostomía y piel periestomal en la tercera visita.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La dermatitis es una de las complicaciones más frecuentes de la piel periestomal, debemos ver la causa para poder abordarla con el tratamiento adecuado.

La introducción de nuevos dispositivos de ostomías en el mercado, como es el caso de SenSura®, junto con los accesorios para la piel Brava®, son una alternativa a la hora de encontrarnos con alguna intolerancia o alergia a otro dispositivo similar.

La resolución de complicaciones de la piel periestomal ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas ostomizadas.

La figura de la estomaterapeuta es necesaria para prestar una atención integral, de calidad y detectar complicaciones. Un buen diagnóstico ayuda a resolver el problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es el cáncer de próstata? [Internet]. [citado 27 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-prostata/acerca/que-es-cancer-de-prostata.html>
2. Cáncer de próstata [Internet]. [citado 27 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-prostata>
3. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Derivación urinaria - NIDDK. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-urologicas/derivacion-urinaria>
4. Pastoriza RR, Gómez JLA. Uso de la nefrostomía percutánea en pacientes con insuficiencia renal obstructiva. Revista Cubana de Urología. 18 de febrero de 2019;8(1):14-21.
5. Ratliff CR. Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2010;37(5):505-10.
6. Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf [Internet]. [citado 27 de mayo de 2024]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
7. Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. Wound Management & Prevention [Internet]. 3 de septiembre de 2020 [citado 20 de junio de 2023];66(9). Disponible en: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/article/ostomy-complications-risk-factors-and-applied-nursing-care-retrospective-descriptive-study>
8. Wiedemann A, Weinhofer M, Stein J, Linné C, Kirschner-Hermanns R, Schorn A, et al. [Comparison of catheter-associated quality of life in external urinary diversion: nephrostomy vs. suprapubic catheter]. Urologe A. enero de 2022;61(1):31-40.
9. Cavilla Val I, Adell Ruiz R, Gil Mombiola B, Rodríguez Miró I, Borobia Bonel R, Ruíz Sabes MT. Importancia de la enfermera estomaterapeuta en pacientes ostomizados. Revista Sanitaria de Investigación. 2022;3(6):15.
10. Martínez CG, Cueto BG. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria. 2017;5(4):35-48.

Factores de riesgo quirúrgico, alarmas que hay que atender.

Marta Artola Etxeberria

OSI Donostialdea Consulta de Estomaterapia y Disfunción Intestinal

TERCER PREMIO

INTRODUCCIÓN

El éxito de la cirugía colorrectal depende en gran medida de que se reduzcan al mínimo las complicaciones postoperatorias, muchas de las cuales se pueden prever y corregir desde el periodo preoperatorio. La preparación preoperatoria brindada por los profesionales de enfermería, además de permitirnos establecer una relación terapéutica con el paciente desde fases iniciales, desempeña un rol importante en la detección de necesidades sobre las que podemos intervenir para que el paciente llegue en las mejores condiciones posibles a la cirugía. Se hace una valoración integral para recoger información sobre diferentes aspectos, desde una valoración social, de dependencia, hábitos tóxicos... Se trata de aportar una atención individualizada e integral para detectar necesidades sobre las que podemos actuar con la finalidad de ayudar en las condiciones del paciente y minimizar los posibles riesgos. Conocemos que en las cirugías donde se confeccionan ostomías pueden ocurrir complicaciones del estoma y periestomales hasta en un 70% de los casos.

En nuestros casos se realizó la consulta preoperatoria detectando factores de riesgo modificables que nos encendieron las alarmas, pero sobre los que no se actuó por falta de tiempo. La cirugía se llevó a cabo con cierta celeridad, sin tiempo para corregir factores de riesgo modificables, como la obesidad, ser fumador activo, vida sedentaria

en un paciente con cirugía colónica y abdominal previa y postoperatorios tórpidos.

Se han identificado como factores de riesgo para que aparezcan complicaciones postoperatorias factores como la edad, enfermedad inflamatoria, índice de masa corporal, comorbilidad, riesgo anestésico ASA, falta de cuidados preoperatorios por parte de la enfermera estomaterapeuta y ser cirugía de urgencia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 65 años, viudo, con una hija. Buena conciliación familiar, vive solo. Sale muy poco de casa, si tiene que salir y moverse lo hace siempre en coche. No le gusta caminar ni el ejercicio físico, aunque sea moderado. No toma alcohol, pero sí bebidas carbonatadas varias al día.

Antecedentes: obesidad (IMC 34, perímetro abdominal 116 cm), DM tipo II, EPOC, fumador activo, IAM en 2012 con stent coronario.

Antecedentes quirúrgicos: neoplasia prostática con prostatectomía radical en el año 2009, proctitis actínica post RT. En el año 2015 aparición de fístula uretrorrectal que obligó a confeccionar una ileostomía derivativa en fosa ilíaca derecha. En 2016 se intentó el cierre de la fístula uretrorrectal con interposición del músculo gracilis sin éxito. Mala calidad de vida.

En 2023 es valorado por cirugía por episodio de hernia paraestomal incarceration, progresión de la hernia que dificulta adhesión de los dispositivos e incomodidad importante para el paciente que vive solo y no es capaz de realizar los cuidados del estoma de manera autónoma.

Tratamiento actual: metformina, pravastatina, corticoide inhalado.

El TAC abdominal realizado informó de presencia de hernia inguinal derecha importante y hernia paraestomal (perileostomía) con asas intestinales alojadas en el tejido subcutáneo.

En enero de 2023 se realiza hernioplastia según técnica de Lichtenstein con colocación de malla de polipropileno, cierre de ileostomía en flanco derecho y confección colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda por laparotomía. En el postoperatorio inmediato el paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta de la unidad de reanimación postquirúrgica a la unidad de hospitalización en 24h. El tercer día postquirúrgico aparece una celulitis pericostomía con elevación de índices analíticos de infección, sin fuga anastomótica. Progresión de la celulitis que abarca la totalidad del hemiabdomen izquierdo hasta la raíz del muslo izquierdo.

Se decide intervención urgente con el diagnóstico de fascitis necrotizante, una rápida destrucción del tejido y necrosis tisular que requirió desbridamiento, desarrollando fallo multiorgánico que requirió ingreso en CMI.

El paciente evolucionó favorablemente del fallo multiorgánico y distrés respiratorio, siendo trasladado a planta nuevamente en 5 días.

La colostomía presenta dehiscencia parcial de la unión mucocutánea que requiere tratamiento conservador ante la imposibilidad de nueva cirugía por la situación del paciente (Figura 1). Esfacelos que requieren desbridamiento mecánico y dificultad en la adhesión de los dispositivos debido a incisiones realizadas para desbridamiento subcutáneo.

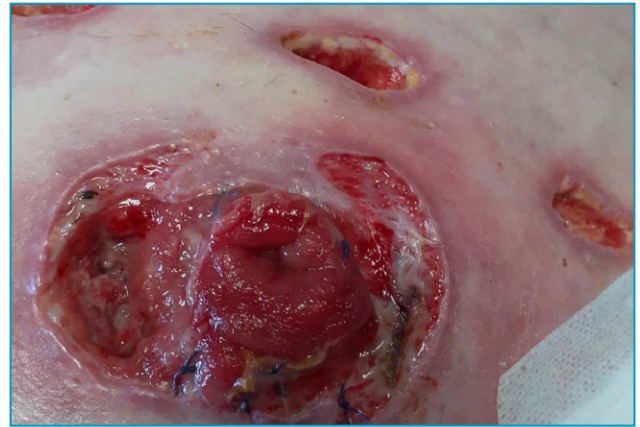


Figura 1: Estoma con dehiscencia parcial de unión mucocutánea.

Se utilizó hidrofibra con plata Biatain® Alginate para absorción y relleno de la cavidad en la dehiscencia periestomal cubriendo toda la superficie con la placa Brava® autoadhesiva 20x20 a modo de segunda piel. Utilizando un dispositivo convexo precortado se consiguió gran adherencia de los dispositivos. Ante la imposibilidad de utilizar cinturón por dolor del paciente se usó Brava® Arco de sujeción (Figura 2). De esta manera conseguimos realizar la cura cada 72 horas aislando las heridas del contenido fecal (Figura 3).

En varias de las incisiones abdominales se utilizó Biatain® Ag Adhesivo y en los bordes macerados por excesivo exudado protegimos la piel con Conveen® Critic Barrier.



Figura 2: Productos empleados en el tratamiento.



Figura 3: Estoma tras el tratamiento.

CONCLUSIONES

Siendo un caso sin patología neoplásica, el objetivo de la cirugía era mejorar la calidad de vida del paciente. Esto nos hace reflexionar si la evolución postquirúrgica habría sido diferente si hubiéramos controlado los factores de riesgo ya identificados en el periodo preoperatorio.

Hoy en día el paciente ha abandonado el hábito tabáquico y ha adelgazado unos 10 kg. Tiene una mascota por lo que tiene la obligación de salir de casa y de realizar pequeños paseos. Ha mejorado su calidad de vida, pero a un alto precio.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto Cir.Esp. 2014;92(3):149-156 3
2. Domínguez-Reinado M.R., Martín-Arroyo S., Pérez-Ruiz R., Mateo-Vallejo F, García-Molina F.J. Tratamiento conservador de la dehiscencia mucocutánea de colostomía terminal para evitar reintervención quirúrgica. Cir Andal 2019. 30 (2) :249-252.
3. Folguera Arnau M, Gutiérrez Vilaplana J.M, Esther González M, Moreno Casbas MT, Obarrio Fernández S. et col. Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. Enf Cl. Elsevier 2020. 30 (3): 176-184.
4. Zelga P, Kluska P, Zelga M, Piasecka J, Dzik A. Patient-Related Factors Associated With Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2021 Sep-Oct;48(5):415-430
5. García Cuadrado, M; Alonso SS, Gómez C.O.; Cepeda, E.B.; Alonso, M.F. Intervención enfermera prequirúrgica para el manejo. Metas enfermería. 2017; 19(10):50-3.

Urostomía cutánea: un pliegue, una úlcera y una pieza.

Esther Merino Vázquez

Hospital Universitario Príncipe De Asturias

CUARTO PREMIO

INTRODUCCIÓN

El cáncer vesical infiltrante es una enfermedad altamente agresiva con una elevada tasa de mortalidad, particularmente en etapas avanzadas con metástasis. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), en 2020 se diagnosticaron aproximadamente 573.000 nuevos casos de cáncer de vejiga a nivel mundial y se registraron alrededor de 213.000 muertes debido a esta enfermedad¹. En España, la incidencia estimada en 2023 fue de 22.000 nuevos casos, lo que lo convierte en el quinto cáncer más común en el país². Las proyecciones para 2024 sugieren un incremento ligero, con aproximadamente 22.500 casos nuevos². En la Comunidad de Madrid, la incidencia es representativa del total nacional, reflejando una alta carga de esta enfermedad en la región y la prevalencia es de aproximadamente 7.000 casos, con una incidencia de 35 casos por cada 100.000 habitantes³.

La derivación urinaria mediante ureterostomía cutánea se utiliza frecuentemente en estos pacientes como parte del tratamiento paliativo o cuando otros métodos de derivación urinaria no son viables⁴. Sin embargo, este procedimiento puede asociarse con complicaciones significativas como la dehiscencia y necrosis del estoma, las cuales pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y complicar el manejo oncológico.

El tratamiento neoadyuvante e inmunoterapia son estrategias terapéuticas que han demostrado mejorar los resultados en pacientes con cáncer vesical avanzado. Sin embargo, estos tratamientos pueden influir en la cicatrización de heridas y en la respuesta inflamatoria del cuerpo, aumentando potencialmente el riesgo de complicaciones postoperatorias. La identificación temprana y el manejo adecuado de estas complicaciones son esenciales para minimizar los efectos adversos y mejorar el pronóstico del paciente⁵.

Los corticoides son conocidos por sus potentes efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, los cuales, aunque beneficiosos para el manejo de ciertas condiciones, pueden retrasar significativamente el proceso de cicatrización de heridas. El uso prolongado de corticoides interfiere con varias fases de la cicatrización, incluyendo la fase inflamatoria, la proliferación celular y la remodelación en la formación de tejido de granulación, ambos esenciales para la adecuada cicatrización⁶.

En este caso, se describe detalladamente el curso clínico del paciente, los factores que contribuyeron al desarrollo de las complicaciones y las intervenciones terapéuticas implementadas para su resolución. Además, se revisan las recomendaciones terapéuticas en la literatura actual para el manejo de la dehiscencia y necrosis del estoma en pacientes con ureterostomía cutánea, proporcionando un enfoque basado en la evidencia para guiar la práctica clínica.

ANAMNESIS

- Varón de 75 años.
- Profesión: trabajo con piedra artificial y polvo de cemento.
- Alérgico a beta-lactámicos.
- Exfumador, anticoagulado con Sintrom.
- RTUp en julio/15. HBP.
- Ureterotomía interna endoscópica en 2017.

En julio de 2022 comienza con hematuria macroscópica monosintomática. Tras la realización de ECO aparato urinario se objetiva una lesión en vejiga que se confirma, tras cistoscopia, como carcinoma urotelial pT2 Nx M1. Recibe neoadyuvancia con cisplatino-gemcitabina con resultado de respuesta completa. Mantenimiento con avelumab que se suspende tras la primera dosis por brote de artritis inmunomediada precisando ingreso, esteroides a dosis altas y metotrexato. En TC de mayo 2023 se objetiva ausencia de enfermedad a distancia, con progresión importante a nivel vesical, por lo que se programa cistectomía previa RTU paliativa por hematuria con anatomía patológica de carcinoma neuroendocrino de célula pequeña.

En junio de 2023 se realiza cistectomía radical + ureterostomía cutánea. Como complicación intraoperatoria durante la extubación "tras movimientos respiratorios del paciente se produce dehiscencia de parte de la anastomosis de la ureterostomía cutánea. Reapertura de ureterostomía cutánea. Liberación de la grasa periestomal". Se mantiene IOT hasta el día siguiente para evitar la repetición del episodio.

El paciente tuvo consulta prequirúrgica con marcaje y posterior instrucción. Como incidencia, el estoma desde el postoperatorio inmediato presentaba necrosis superficial y los catéteres Unij se encontraban suturados a 1 cm del estoma, además de dos pliegues profundos a las 3 y a las 9 que condicionaban las fugas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Durante el fin de semana permanece en Rea precisando varias curas del estoma por parte de urología. Describen el estoma como: *"el uréter derecho parece anastomosado a la piel, con dehiscencia parcial de los puntos craneales, mientras que el uréter izquierdo parece tener dehiscencia completa, aunque es difícil precisarlo (tiene mucho tejido con esfacelos y está muy umbilicado)"*.

Tras la intervención quirúrgica se colocó dispositivo de 3 piezas plano en el quirófano con resultado de múltiples fugas.

En la primera valoración en hospitalización se objetiva: urostomía en pliegue profundo con punto de sutura de fijación de los catéteres Unij a 1cm del borde mucocutáneo, que condiciona la adaptabilidad del dispositivo (Figura 1). Sutura íntegra en borde mucocutáneo. Catéteres Unij permeables para orina hematúrica. Mucosa necrótica superficial.



Figura 1: Estado de la ostomía en la primera valoración.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA⁷

1. [00044] Deterioro de la integridad tisular relacionado con exposición de tejidos por debajo de la epidermis manifestado por humedad.
 - NOC: [1615] Autocuidado de la ostomía, indicador: [161520] Mantiene el cuidado de

la piel alrededor de la ostomía.

- NIC: [0480] Cuidados de la ostomía.
2. [00004] Riesgo de infección relacionado con deterioro de la integridad cutánea.
 - NOC: [1902] Control del riesgo, indicador: [190220] Identifica factores de riesgo.
 - NIC: [5606] Enseñanza: individual.
 3. [00146] Ansiedad relacionado con expresa inseguridad manifestado por preocupación.
 - NOC: [1211] Nivel de ansiedad, indicador: [121113] Dificultades de aprendizaje.
 - NIC: [5330] Control del estado de ánimo.

TRATAMIENTO

Se realiza lavado con suero salino fisiológico y retirada cuidadosa de fibrina tanto del lecho de la dehiscencia como del estoma, cubrimos la zona de la dehiscencia con pasta hidrocoloide (Figura 2) y sellamos con el dispositivo de 1 pieza SenSura® urostomía adaptado a los pliegues existentes (Figura 3). Durante las dos primeras semanas se pautan curas diarias para vigilancia estrecha y una vez comprobada la buena evolución espaciamos las curas siempre que no hubiera fugas para el confort del paciente.



Figura 2: Zona periestomal cubierta por pasta hidrocoloide.



Figura 3: Dispositivo SenSura® 1 pieza adaptado a la ostomía.

EVOLUCIÓN

Contaba con buen apoyo familiar que en cuanto adquirieron las destrezas necesarias para el cuidado de la ostomía y se comprobó la correcta evolución de la dehiscencia, se hicieron cargo de las curas y manejo con las revisiones periódicas pertinentes, que se fueron espaciando en el tiempo.

DISCUSIÓN

El recurso habitual para este tipo de estomas (invaginados y con pliegues) es un dispositivo convexo, quizás por la creencia que proporciona mayor sellado. En este caso, conseguimos un mayor sellado con un dispositivo plano de 1 pieza aislándolo de la humedad, además nos proporcionó una inspección directa diaria de la dehiscencia y la piel periestomal, sin provocar daños adicionales (Figura 4).

El curso clínico del paciente mostró una evolución tórpida de la dehiscencia y necrosis del estoma, a pesar de los esfuerzos para optimizar el cuidado de la herida y el manejo adecuado de infecciones secundarias, el uso continuo de corticoides es posible que retrasara la cicatrización.



Figura 4: Visualización del estoma a través de la venta de inspección del dispositivo SenSura® 1 pieza.



Figura 5: Estado de la ostomía tras la cicatrización.

CONCLUSIONES

Aplicando un dispositivo que proporciona una buena adaptabilidad a los pliegues y evitando fugas del efluente, conseguimos cicatrización completa por segunda intención (Figura 5). La implicación de la familia fue fundamental en la recuperación tanto física como psicológica, consiguiendo su autonomía en el autocuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer Today [Internet]. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. INE [Internet]. [citado 25 de junio de 2024]. INE. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://www.ine.es/>
3. informe_mortalidad_por_cancer_en_la_cm_1999-2021.pdf [Internet]. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_mortalidad_por_cancer_en_la_cm_1999-2021.pdf
4. Hautmann RE, de Petriconi RC, Volkmer BG. Lessons learned from 1,000 neobladders: the 90-day complication rate. J Urol. septiembre de 2010;184(3):990-4; quiz 1235.
5. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. N Engl J Med. 28 de agosto de 2003;349(9):859-66.
6. Wang AS, Armstrong EJ, Armstrong AW. Corticosteroids and wound healing: clinical considerations in the perioperative period. Am J Surg. 1 de septiembre de 2013;206(3):410-7.
7. NNNConsult [Internet]. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/noc/1211/148/>

Dehiscencia de sutura paraestomal.

Victoria Alejandra López Callejón

Hospital Clínico Universitario de Valencia

CUARTO PREMIO

INTRODUCCIÓN

La dehiscencia o separación mucocutánea paraestomal es una de las complicaciones inmediatas más comunes tras la confección de un estoma, que afecta de manera directa al cuidado de la mucosa del mismo y del área adyacente. Ocurre con un fallo de la sutura de unión del estoma a la pared abdominal. Las causas pueden ser múltiples, desde infecciones en la herida a tensiones excesivas o problemas de vascularización. De la misma manera, puede afectar a parte o a todo el estoma provocando una desinserción total del mismo, con el riesgo asociado de filtración de heces.

Se debe valorar la localización y la extensión de la dehiscencia para un mejor control evolutivo, y se realizarán cuidados específicos en cada caso, para tratar de favorecer el crecimiento granular, mantener la estanqueidad de la zona desinsertada, prevenir el riesgo de invaginación estomal y facilitar la unión mucocutánea por segunda intención del estoma, sobre todo en casos de desinserción severa. El riesgo más grave en estos casos es el de retracción o hundimiento del mismo, definido con la localización del estoma a 0,5 cm o más por debajo del plano cutáneo. Ante una mala evolución, se deberá remitir al cirujano para que valore una posible reconfección del estoma.

Algunas veces, la desinserción periestomal puede cursar con una necrosis parcial o total del

estoma, debido a una mala vascularización por alguna complicación quirúrgica, como puede ser una sección arterial durante la intervención, una sutura inadvertida de algún vaso o por excesiva tensión en la confección e inserción del mismo. Se puede presentar hasta 36 horas después de la cirugía.

Se debe observar de cerca la evolución del tejido isquémico, controlando la evolución del color, la funcionalidad del estoma y la extensión del área afectada ya que, si afecta al colon intraperitoneal, el riesgo de perforación y peritonitis es muy alto.

En el caso presentado veremos cómo realizar los cuidados de un estoma con signos de dehiscencia de sutura de la unión mucocutánea.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 55 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a Urgencias por dolor y distensión abdominal desde hace aproximadamente 10 días de evolución. No refiere náuseas ni vómitos asociados. Tránsito conservado. No hay signos de síndrome constitucional asociado.

Se realiza tacto rectal y se aprecia canal anal permeable, pero con estrechez sin progresión del dedo, justo después de pasar línea pectínea.

Se le somete a una serie de pruebas y se identifica en los rayos de abdomen un patrón obstructivo

intestinal con dilatación de asas de intestino delgado, en hemiabdomen derecho.

En la TAC, se aprecia una dilatación de todo el marco cólico y asas de intestino delgado. En el tercio distal del sigma se observa un engrosamiento concéntrico de hasta 3 cm de longitud, con cambio de calibre a este nivel, hallazgo compatible con neoplasia de sigma localmente avanzada que parece infiltrar la cara posterior del útero.

Dadas las características de la invasión colorectal, se decide realizar una cirugía derivativa.

Durante la técnica quirúrgica, se aprecia que el meso de colon descendente y sigma son muy cortos y están retraídos, dificultando la exteriorización de la colostomía en asa. Se precisa diseccionar la fascia de Toldt y decolar el epiplón, colon descendente y sigma, con lo que se le confecciona una colostomía derivativa de descarga tipo Hartmann.

El estoma está algo edematizado, y a los dos días de la cirugía, se observa una dehiscencia de sutura en localización T3 (Figura 1).



Figura 1: Estado del estoma tras la cirugía.

OBJETIVOS

General: insertar el estoma en la piel periestomal.

Específicos:

- Prevenir el hundimiento total del estoma.
- Prevenir infecciones locales.
- Impedir contacto del efluente del estoma con el perímetro desinsertado.
- Mantener tejido granular sano y bien vascularizado.
- Favorecer el crecimiento del tejido granular y posteriormente del epitelial.

METODOLOGÍA

Realizar curas cada tres días como sigue:

- Retirar el dispositivo anterior y lavar el estoma y la piel paraestomal con suero fisiológico.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar solución de polihexanida sobre el tejido granular y dejarlo en fomento durante 10 minutos.
- Secar con gasas estériles.
- Introducir en todo el hueco perimetral apósito incentivador enzimático del tejido granular e inhibidor de proteasas.
- Aplicar dispositivo SenSura® de 1 pieza cerrado.
- En cuanto se aprecie el estoma insertado, desestimar curas y aplicar directamente el dispositivo SenSura® de 1 pieza cerrado.

RESULTADOS

Al cabo de tres semanas realizando las curas que se detallaron anteriormente, el estoma se encuentra totalmente insertado y la mucosa del mismo está íntegra y bien vascularizada (Figura 2).

No ha presentado ningún tipo de complicación de tipo inflamatorio ni infecciosas, el paciente ha expresado sentirse confortable durante el tratamiento y no se ha aquejado de dolor, escozor o picor localizado.

La retirada de la bolsa ha sido suave y la aplicación de la misma, por su efecto antiinflamatorio,

calmaba la piel circundante al estoma.

Ya insertado el estoma y sin aparición de signos necróticos, el paciente refiere sentirse cómodo e independiente en el cuidado de su colostomía, realizando de manera autónoma el cambio del dispositivo y el aseo del estoma.

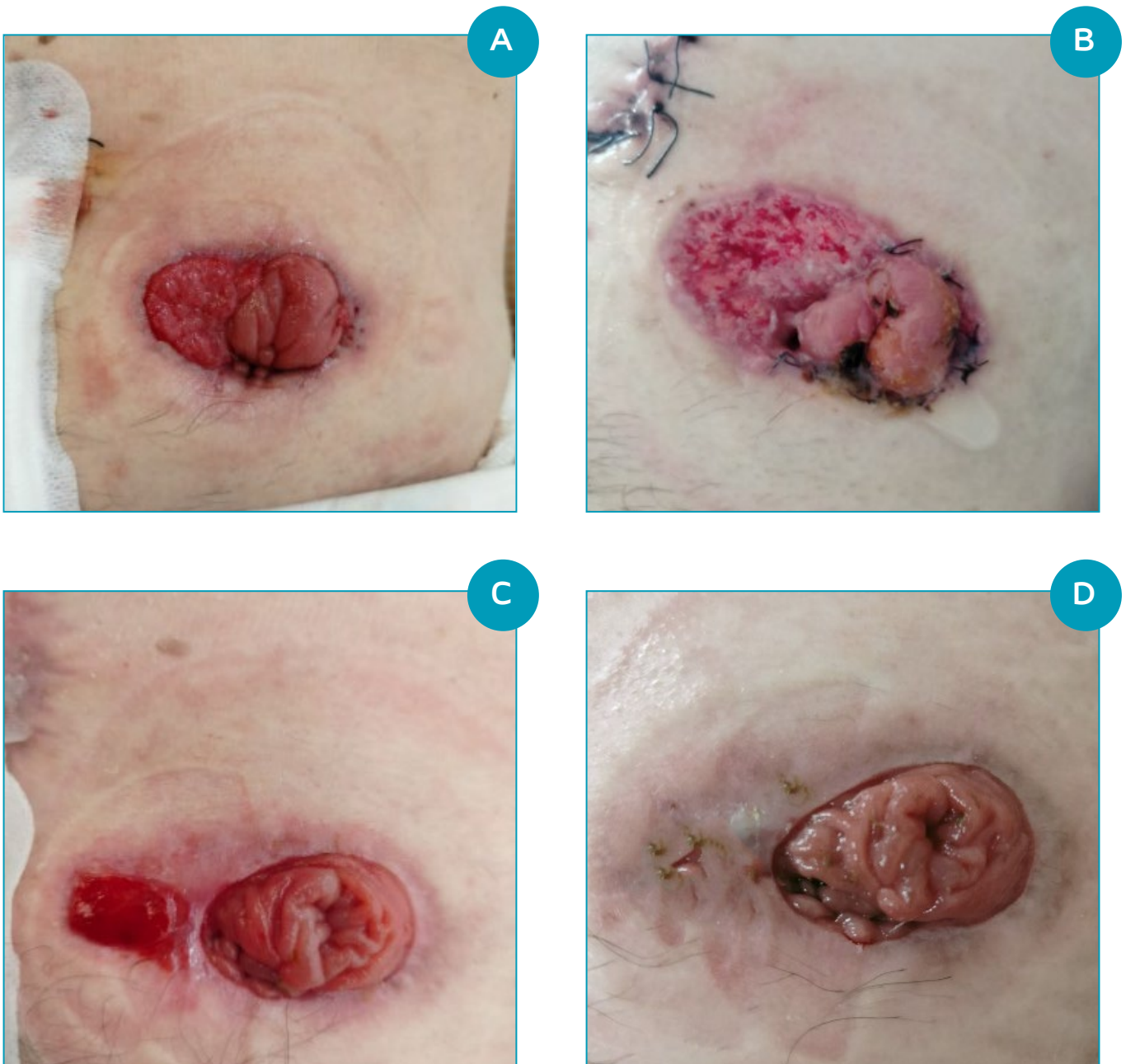


Figura 2 (A-D): Evolución del estado del estoma durante las tres semanas de curas.

CONCLUSIONES

Una dehiscencia de la unión mucocutánea paraestomal en un estoma de eliminación, debe ser valorada por el equipo de Estomaterapia y Coloproctología, para acordar así si se puede resolver esta complicación con curas locales, o si en caso contrario requiere confección quirúrgica por sospecha de posible desinserción futura.

Si se puede resolver con curas conservadoras, lo indicado es tratar la herida de la zona de dehiscencia, y sobre esta cura aplicar un dispositivo SenSura® de 1 pieza cerrado, que por sus propiedades favorece el cuidado de la piel y la regeneración de la misma.

Este tipo de cura, combinado con el dispositivo mencionado, proporciona una evolución favorable del estoma y previene riesgos de infección del tejido paraestomal.

Ya resuelta la dehiscencia, se mantiene el dispositivo recomendado por su simplicidad en el manejo, su propiedad antiinflamatoria, su eficiencia en cuanto a la prevención de fugas y la fijación cómoda del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menegaux F, Jordi-Galais P, Turrin N, Chigot JP. Closure of small bowel stomas on postoperative day 10. Eur J Surg 2002;168(12):713-5.
2. Ruiz de la Hermosa A, Rodríguez Maldonado Y, Martínez Savoini E, Gómez de Antonio R, Allo Miguel G, García Alonso FJ et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. Rev. gastroenterol. Perú 2019;39(3): 215-221
3. Montero de la Peña MV, Valentín Montoya L, Sánchez Sevillano B. Paciente con necrosis/desinserción del estoma. Rev ROL Enferm 2017; 40(2): 21-24
4. Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp. 2014;92(3):149-56.
5. Jiménez-López, Isabel. Tratamiento conservador en desinserción de estoma. Rev Paraninfo Digital, 2011; 13.

Proceso de atención enfermero a paciente portador de ileostomía en asa y colostomía. Manejo de la dehiscencia.

María Engracia Romero del Hombrebueno Infante

Hospital General Universitario de Ciudad Real

CUARTO PREMIO

HISTORIA CLÍNICA

Paciente varón, de 69 años, independiente para las actividades de la vida diaria, con buen apoyo familiar (vive acompañado de su mujer y tiene dos hijas que son las que le cuidan), con antecedentes médicos de DMNID, en tratamiento con ADO (metformina).

Diagnosticado de adenocarcinoma de recto, es intervenido en clínica privada tras tratamiento neoadyuvante, de resección anterior ultrabaja con ileostomía de protección (13/06/2023), que precisa en el postoperatorio drenaje percutáneo por dehiscencia parcial de la anastomosis colo-anal y colección presacra. Es dado de alta tras su resolución.

El paciente acude a urgencias de nuestro hospital (HGUCR) por rectorragia y dolor abdominal. Se le realizan analíticas de sangre, colonoscopia y TAC abdomino-pélvico, diagnosticando la dehiscencia casi completa de la anastomosis (solo persistencia de la cara posterior) y peritonitis purulenta, realizándose intervención de Hartmann con colostomía terminal y colocación de drenaje Penrose anal (18/07/2023).

El paciente queda con ileostomía lateral funcionante y colostomía terminal como fístula cutánea.

Durante el ingreso presenta ITU por Cándida tratada con flucitosina e infección de herida quirúrgica por *Enterococcus faecium* tratada con

vancomicina, presentando fracaso renal agudo por nefrotoxicidad. En seguimiento por Nefrología, se pautan al alta (09/08/2023) magnesio y bicarbonato orales, aumentar la ingesta hídrica a 2 litros al día y eliminar el consumo de AINEs.

A los 7 días ingresa de nuevo (16/08/2023), a cargo de Medicina Interna, por debilidad, astenia, inapetencia oral y alto débito de ileostomía.

Se realiza análisis de sangre y orina, detectándose anemia postquirúrgica (ferropénica y déficit de ácido fólico), debilidad y atrofia muscular con hipoproteïnemia, hiponatremia (síndrome de secreción insuficiente de ADH), bacteriuria moderada, urocultivo y coprocultivo (negativos) y ecografía del aparato urológico con hallazgos compatibles con nefropatía médica.

Tras recuperación con sueroterapia y restricción de líquidos orales, ileostomía funcionante con normalidad, seguimiento de la herida quirúrgica por Cirugía y seguimiento por Nefrología, se da de alta al paciente (21/08/2023) con Ferplex, Acofol, Ultralevura y bicarbonato, suspendiendo el magnesio, y con restricción hídrica a 1,5 litros al día.

Continúa además tomando su ADO (linagliptina), mirtazapina, paracetamol, enoxaparina y Rectogesic 0,2-0,5% (tres aplicaciones al día en región anal durante un mes desde la cirugía).

DIAGNÓSTICO

Tras hacer una valoración por Patrones de Marjory Gordon, veo que están alterados los siguientes patrones:

- **Patrón 1: Percepción-Manejo de la Salud.** La necesidad de reintervención, la doble ostomía y las complicaciones surgidas hacen que el paciente se sienta paralizado para realizarse los cuidados y empoderarse con la situación.
- **Patrón 2: Nutricional-Metabólico.** El paciente precisa ingreso por astenia y debilidad, con alteración hídrica y déficit de hierro y electrolitos que desencadena una nefropatía. La colostomía comienza con necrosis superficial y dehiscencia. La ileostomía presenta algún episodio de irritación de la piel periestomal.
- **Patrón 3: Eliminación.** Ileostomía de alto débito, controlada por el servicio de nefrología con restricción hídrica, sueroterapia y tratamiento oral con suplementos nutricionales y fármacos astringentes.
- **Patrón 5: Sueño-Descanso.** Alterado por el malestar general y la necesidad de vaciado frecuente de la bolsa de ileostomía que impide la continuidad del descanso.
- **Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés.** Le produce tensión y ansiedad la situación dada la dificultad de los cuidados necesarios y la cantidad de factores a controlar, como el débito de la ileostomía, las curas de la colostomía, el seguimiento de una dieta adecuada, unido a la inapetencia y debilidad percibida.

Para cada patrón alterado destaco un diagnóstico de enfermería:

- **[00078] Gestión ineficaz de la propia salud.** Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos m/p expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos r/c demandas excesivas, complejidad del régimen

terapéutico.

- **[00046] Deterioro de la integridad cutánea.** Alteración de la epidermis y/o la dermis m/p destrucción de las capas de la piel r/c humedad, desequilibrio nutricional.
- **[00196] Motilidad gastrointestinal disfuncional.** Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal m/p diarrea (alto débito por la ileostomía) r/c cirugía (ileostomía), malnutrición.
- **[00095] Insomnio.** Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento m/p expresa tener sueño no reparador r/c temor, sueño interrumpido.
- **[00177] Estrés por sobrecarga.** Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción m/p expresa una sensación de tensión r/c agentes estresantes intensos y repetidos.

Realizo una priorización diagnóstica con decisión conjunta con el paciente, según la pirámide de Necesidades de Maslow y busco Criterios de Resultado para los diagnósticos: Insomnio (Tabla 1), Deterioro de la integridad cutánea (Tabla 2) y Estrés por sobrecarga (Tabla 3). Motilidad gastrointestinal disfuncional no lo abordo por seguimiento por los servicios de Nefrología y Nutrición, y gestión ineficaz de la propia salud tampoco por tener el paciente mucho apoyo familiar que disminuye la importancia del problema.

EVOLUCIÓN

La intervención [1850] Mejorar el sueño requirió de un control de cuando se realizaban los vaciados de la bolsa, pautando un horario que permitiera la continuidad en el sueño durante las horas centrales de la noche. Di pautas sobre horarios de las cenas y restricciones de líquidos y alimentos a última hora el día. Indiqué que hiciera siestas para completar las horas de sueño.

Respecto a [0480] Cuidados de la ostomía, hago

Tabla 1: Metodología enfermera NANDA-NOC-NIC para el diagnóstico "insomnio".

| DX NANDA- [00095] Insomnio. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento <i>m/p</i> expresa tener sueño no reparador <i>r/c</i> temor, sueño interrumpido. | | |
|---|----------------------|-------------------------|
| NOC - [0004] Sueño. Escala: Desde (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, hasta (5) Ninguno. | | |
| Indicador | Puntuación inicio DX | Puntuación tras el alta |
| 406 sueño interrumpido | 2 | 5 |
| Intervenciones NIC: [1850] Mejorar el sueño <ul style="list-style-type: none"> Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vaciados de la bolsa de ileostomía) y/o psicológicas (miedo a fugas del débito de la ileostomía) que interrumpen el sueño. Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño. Disponer siestas durante el día, si está indicado, para cumplir con las necesidades de sueño. | | |

Tabla 2: Metodología enfermera NANDA-NOC-NIC para el diagnóstico "deterioro de la integridad cutánea".

| DX NANDA- [00046] Deterioro de la integridad cutánea. Relacionado con deterioro del estado metabólico, cambios en el estado de los líquidos, desequilibrio nutricional. Inmovilización física, humedad, extremos de edad, manifestado por alteración de la superficie de la piel. Destrucción de las capas de la piel. | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| NOC - [1101] Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. Escala: Desde (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, hasta (5) NO comprometido. | | |
| Indicador | Puntuación inicio DX | Puntuación tras el alta |
| 110113 integridad de la piel | 1 | 5 |
| Intervenciones NIC: [0480] Cuidados de la ostomía <ul style="list-style-type: none"> Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda. Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. Instruir al paciente/allegados acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación. | | |

Tabla 3: Metodología enfermera NANDA-NOC-NIC para el diagnóstico "estrés por sobrecarga".

| DX NANDA- [00177] Estrés por sobrecarga. Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción <i>m/p</i> expresa una sensación de tensión <i>r/c</i> agentes estresantes intensos y repetidos. | | |
|--|----------------------|-------------------------|
| NOC - [1211] Nivel de ansiedad. Escala: Desde (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, hasta (5) Ninguno. | | |
| Indicador | Puntuación inicio DX | Puntuación tras el alta |
| 121105 inquietud | 2 | 5 |
| Intervenciones NIC: [5240] Asesoramiento <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. Establecer metas. Favorecer la expresión de sentimientos. Demostrar empatía, calidez y sinceridad. | | |

un seguimiento desde que ingresa en nuestro hospital y tras la intervención. La ileostomía presenta un estoma en asa pequeño, de 25 mm en la base y apenas protruido 5 mm, rosado, brillante. Con unión mucocutánea ya sin suturas, íntegra. Trae de casa un disco plano Easiflex® Confort de 70 mm, de Coloplast, y sello, en principio, con anillo moldeable Brava® y, resuelta la irritación, con pasta de sellado Brava® en la parte interna del disco. Consigo evitar las fugas y protruir el estoma, que queda externalizado hasta 10 mm, con buena coloración, redondeado y con la piel íntegra, blanca y sin picor (Figura 1). Presentó alto débito en los días de inmediato, regulándose posteriormente con el tratamiento antes indicado.



Figura 1: Ileostomía del paciente.

La colostomía presentó esfacelo amarillento que precisó desbridamiento manual, con separación casi total de la piel con la mucosa (dehiscencia del 85%), pero bien anclada en la parte interna, percibida a la palpación (Figura 2). Retiré precozmente las suturas, que no estaban realizando su función y mantuve dispositivos convexos Alterna® Confort recortables, de Coloplast, las 2 primeras semanas y precortados a 21 mm la tercera, haciendo curas cada dos días durante el ingreso y cada tres días de forma ambulatoria, con apósitos de alginato con plata (Biatain® Alginate Ag) y accesorios de sellado Brava® de Coloplast.

Se instruyó a la familia (a ambas hijas) en cómo hacer las curas, haciendo lavados con suero salino,

secando bien y rellenando la zona dehiscente con polvos de ostomía Brava®. Se mantuvo el apósito alginato con plata Biatain® durante 15 días, protegido con resina y anillo moldeables Brava®, poniendo después el disco Alterna® Confort, de Coloplast con pasta de sellado.



Figura 2: Colostomía del paciente.

El estoma comenzó a granular rápidamente, pudiendo simplificar las curas utilizando polvos de ostomía y anillo moldeable Brava® en la zona dehiscente únicamente y disco convexo suave SenSura® Flex de Coloplast, de 2 piezas, para comodidad de la familia, ya que el paciente no se encontraba fuerte ni lo suficientemente animado para realizarse los cuidados. Mantuve este dispositivo durante 3 semanas.

Tras 6 semanas, ya granulado y con la piel casi completamente regenerada, puse el dispositivo de 1 pieza SenSura® midi, cerrado de Coloplast, para comodidad del paciente, que comenzó a realizarse los cuidados de forma independiente.

Durante todo el proceso la colostomía tuvo un débito mucoso, blanquecino-marrón, de aspecto purulento, del que se mandó muestra a microbiología para cultivo, precisando antibiótico durante una semana.

Para disminuir la ansiedad, la intervención [5240]

Asesoramiento, facilitó la mejoría al establecer metas a corto plazo con respecto a los cuidados del estoma, para alcanzar pronto los objetivos. Procuré dar toda la información posible, de forma clara y concreta, escuchar las dudas, los inconvenientes que surgían y dar respuesta, de forma cercana y transmitiendo tranquilidad.

CONCLUSIONES

En la última valoración, realizada a las 7 semanas, se obtuvo la máxima puntuación en todos los criterios de resultado deseados.

Los dispositivos, tanto Alterna® Confort como SenSura® Flex Convex Light de Coloplast, favorecen la regeneración de tejido de granulación y la protección de la piel periestomal (Figura 3) y aseguran una buena adherencia del dispositivo evitando las fugas y las complicaciones derivadas de estas.

Además, facilitan la autonomía del paciente por la sencillez de manejo y la adaptabilidad de los mismos.

La realización del Proceso de Atención Enfermero favorece obtener resultados más positivos y en menos tiempo, ya que permite priorizar, concretar, unificar criterios y abordar todos los aspectos vitales del paciente, tanto biológicos como psicológicos y sociales, de forma individual y personalizada, continua en el tiempo y con evaluación y revisión constantes.



Figura 3: Estado de los estomas tras el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas Villafranca J, López-Rodríguez C, Abilés J, Rivera R, Gándara Adán N, Utrilla Navarro P. Protocol for the detection and nutritional management of high-output stomas. *Nutr J*. 2015; 14:45. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4461994/>
2. Fernández-Gálvez A, Rivera S, Durán Ventu M, De la Osa R. Nutritional and Educational Intervention to Recover a Healthy Eating Pattern Reducing Clinical Ileostomy-Related Complications. *Nutrients*. 2022; 14(16):3431. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36014936/>
3. Indrebo K, Aasprang A, Olsen T, Andersen J. A new model of patient-reported outcome monitoring with a clinical feedback system in ostomy care: rationale, description and evaluation protocol. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1):12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31941516/>
4. Crespo Fontán B, Caparrós Sanz MR, Lainez Pardos PL, Davín Durban I. Estudio de diálogo. Evaluación de la calidad de vida y de la piel periestomal del paciente ostomizado con el nuevo dispositivo SenSura. *Rev Rol enferm*. 2010; 33(10):656-662. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-82182>
5. Martins L, Down G, Andersen B, Nielsen L, Hansen AS, Herschend N et al. The Ostomy Skin Tool 2.0: a new instrument for assessing peristomal skin changes. *Br J Nurs*. 2022;31(8):442-450. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjon.2022.31.8.442>
6. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona, España: Elsevier; 2014. Disponible en: https://www.academia.edu/44376974/NOC_QUINTA_EDICION
7. Johnson m, Bulechek G, Butcher h, McCloskey J, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª edición. Barcelona. España: Elsevier Mosby; 2007.

Conciliar la evidencia clínica con la realidad de los cuidados informales: manejo de un estoma con "complicaciones".

Vanessa Egea Miralles

Hospital Virgen de Lirios

CUARTO PREMIO

ANAMNESIS

Varón de 83 años. Niega HTA y diabetes. SAOS moderado en tratamiento de CPAP. Carcinoma de próstata T1cN0M0 tratado con braquiterapia prostática en 2008, en seguimiento por urología. Neo conjuntival tratado quirúrgicamente en 2008. Regurgitación aórtica ligera-moderada. Esclerosis aórtica. Obesidad. Prótesis de rodilla derecha.

Dependiente moderado para las ABVD, precisa ayuda para los desplazamientos (bastón), vestirse, y tras la cirugía, para la higiene personal y cuidados del estoma.

Casado y padre de dos hijas. La mayor no quiere involucrarse en los cuidados del estoma y la menor vive fuera. Es su esposa de 80 años la que asume los cuidados, pero con actitud negativa y pesimista. Insiste que no es capaz y sólo ve inconvenientes. Sus problemas de visión y de movilidad de las manos le dificultan el cambio de dispositivo. El paciente muestra una actitud pasiva, no alcanza a verse bien el estoma y delega los cuidados del mismo en su mujer.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente obeso, abdomen globuloso, blando y depresible. Varios pliegues cutáneos.

IMC: 35.2kg/m².

Al ser de urgencia y fin de semana, no se pudo hacer el marcaje. Colostomía terminal en FII coincidente con pliegue cutáneo (Figuras 1 y 2). Mucosa color rojizo, esfacelos en borde superior, estoma invaginado y no estenosado, boca del estoma orientada hacia la derecha y hacia dentro con pequeña dehiscencia de la unión mucocutánea de las 17h hasta las 21h desde el postoperatorio inmediato. Orificio cutáneo con forma ovalada de 35mm de diámetro. Piel periestomal íntegra con ligero enrojecimiento. Heces pastosas.

Lleva faja abdominal con agujero para bolsa de colostomía y dispositivo de dos piezas de acople mecánico, disco plano de 70 mm, bolsa abierta y transparente.

PRUEBAS

12/3/24: Acudió al servicio de urgencias por diarrea, dolor en fosa inguinal izquierda y fiebre de 3 días de evolución. No vómitos.

- **TAC abdominopélvico:** Hallazgos de lesión neoformativa en sigma con perforación contenida asociada. Hígado y pulmón con sendas lesiones sospechosas de malignidad vs metástasis.

- **Analítica:** PCR 22 mg/dl.

12/3/24 al 3/5/24: Ingreso hospitalario para estudio del cuadro.

- **RNM:** Poco concluyente dados los artefactos por movimientos respiratorios del paciente.
- Se repite **TAC** y se compara con el anterior, coincidiendo en los resultados.
- **Colonoscopia:** En colon sigmoide, a unos 40 cm del margen anal se identifica neoformación que disminuye la luz del colon y no permite paso del endoscopio. Se toman biopsias y se tatúa el extremo distal de la lesión. Resultado de AP: adenoma tubular con displasia de alto grado y no se observa infiltración en la muestra.

DIAGNÓSTICO

Neoplasia de sigma microperforada.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

15/4/24. Intervención quirúrgica: Sigmoidectomía abierta y colostomía terminal en FII.

24/4/24. Primer contacto con el paciente. Desde la consulta de ostomías desconocíamos hasta el momento el ingreso del mismo.

Retirada atraumática de dispositivo con spray destinado a tal fin y limpieza con espuma jabonosa en todas las curas.



Figura 1: Posición del estoma coincidiendo con un pliegue cutáneo.



Figura 2: Dehiscencia, boca del estoma y esfacelos.

Presenta fuga de efluente. Estoma descrito anteriormente (Figura 1 y 2). Se decide tratamiento conservador de la dehiscencia sin posibilidad de curar con algún apósito por riesgo de dificultar la salida del efluente. Desbridamiento cortante de los esfacelos. Se sustituye dispositivo por otro de 2 piezas de acople mecánico, con disco de 55mm y convexidad suave más cinturón. Se inicia la enseñanza de los cuidados a la mujer y al paciente.

26/4/24. Ha presentado fuga de efluente. Mismo aspecto del estoma pero presenta absceso de pared que drena espontáneamente por la zona de la dehiscencia. Persiste leve enrojecimiento de la piel. Desbridamiento cortante de los esfacelos. Retirada de los puntos de sutura de la unión mucocutánea que ya estaban haciendo surcos de tensión. Se añade a la cura anterior la protección de la piel periestomal con película de silicona transparente en spray, pasta hidrocoloide Brava® en pliegues cutáneos y anillo moldeable Brava® para facilitar el sellado del dispositivo.

Persiste actitud pesimista y negativa de la esposa que se une a su dificultad para acoplar la bolsa de colostomía y el recorte a medida del orificio del disco dado sus problemas de visión y de movilidad de las manos.

29/4/24 hasta el alta el 3/5/24. No ha habido fugas, absceso resuelto, sin esfacelos y la dehiscencia evoluciona favorablemente.

Spray de película transparente de silicona para proteger piel periestomal.

Dadas las quejas de la esposa y su dificultad de manejo se decide cambiar de dispositivo a Easiflex® Confort Convex Light de Coloplast con bolsa cerrada además de la pasta selladora Brava®, anillo moldeable Brava® y cinturón (Figura 3).



Figura 3: Dispositivo Easiflex® Confort Convex Light.

El paciente durante los días restantes hasta el alta no presentó fugas. Pero, aunque la esposa se manejaba ligeramente mejor sobre todo con el acople adhesivo de la bolsa, le costaba recortar el disco convexo para darle forma ovalada dada su dureza. El paciente seguía sin querer participar en los cuidados ya que no alcanzaba a verse el estoma y comentaba que los dispositivos utilizados (2 piezas) le incomodaban al sentarse y al moverse con la faja.

8/5/24. Primera visita en consulta de ostomías tras el alta hospitalaria.

Con la cura indicada al alta refieren que no ha habido fugas, pero la mujer sigue preguntando por la posibilidad de otros dispositivos “más sencillos”.

Se decidió probar con las bolsas de 1 pieza de

colostomía SenSura® opaca con ventana de inspección maxi además de la película protectora de silicona en spray, la pasta y el anillo moldeable Brava®.

15/5/24. Estoma sin esfacelos y dehiscencia prácticamente resuelta. Piel periestomal íntegra.

La mujer afirma no haber utilizado ningún día la pasta ni los anillos y que no ha habido fugas. Viendo los resultados se sigue con el mismo plan (Figura 4).



Figura 4: Dispositivo SenSura® opaco con ventana de inspección maxi.

27/5/24. Piel periestomal íntegra (Figura 5).

La esposa niega que haya habido fugas y asegura que este tipo de bolsa se adhiere mejor que las anteriores y no se despegan. La actitud de la mujer ha cambiado, afirma sentirse más segura y cómoda con el manejo del dispositivo, e incluso el paciente no descarta iniciarse en los autocuidados con ayuda de su mujer.

Hasta la fecha, este dispositivo (bolsa de 1 pieza de colostomía SenSura®) es el que mejor se ha adaptado a las necesidades y preferencias del paciente y cuidadora.



Figura 5: Estado del estoma tras 19 días de uso de la bolsa de 1 pieza SenSura® sin accesorios.

COMENTARIOS

Ante las características del estoma y las fugas, se estableció el plan de curas que mejor se adaptaba a la situación y que recomienda la literatura, pero con el transcurso de los días hubo que incluir en estas decisiones las preferencias y necesidades de la cuidadora principal, sin dejar de lado nuestra máxima de evitar las fugas y preservar la integridad cutánea. Hubo que conciliar la evidencia existente con la realidad de los cuidados informales facilitando así la labor de la cuidadora y despertando el interés del propio paciente por sus autocuidados a pesar de sus dificultades manifiestas.

DISCUSIÓN

El paciente, tras la creación de su ostomía debe afrontar muchos cambios como es la pérdida de control personal, viéndose afectada su calidad de vida y generando sensaciones de angustia, temor, ansiedad y depresión¹ lo que va a dificultar la aceptación de la nueva situación.

Desde el primer contacto con nuestro paciente tras la intervención, lo que verbalizaban tanto él como su esposa era su temor y angustia debido

a la complejidad percibida de los cuidados del estoma, a salir de casa y retomar sus contactos sociales por si notaban la bolsa, el olor, los ruidos y la salida incontrolada de heces.

Además, la formación de un estoma lleva consigo una alta tasa de complicaciones que suponen una merma de calidad de vida del paciente, así como un aumento de la estancia hospitalaria y de los gastos sanitarios².

Se calcula que más de la mitad de los pacientes portadores de una ostomía intestinal van a sufrir alguna complicación, alcanzando el 70-80% de los pacientes según algunos autores^{2,3}. Existen múltiples factores de riesgo asociados a las complicaciones de los estomas, entre ellos se encuentra la cirugía de urgencia, la edad, la obesidad, ausencia de marcaje del estoma por la enfermera estomaterapeuta, la enfermedad inflamatoria intestinal y otros relacionados directamente con la técnica quirúrgica y las características del estoma como es la altura y la forma del mismo².

Conocer los factores de riesgo del paciente (edad, obesidad, comorbilidades), marcar el sitio del estoma previo a la cirugía y empezar con la educación acerca del estoma y sus cuidados en una consulta preoperatoria son factores importantes para prevenir las posibles complicaciones generales de los estomas⁴.

Es por ello por lo que un seguimiento pre y postoperatorio por enfermeras estomaterapeutas es fundamental.

En nuestro caso confluyen varios factores de riesgo como son la ausencia de marcaje, la edad, la obesidad y la relativa urgencia de la intervención.

Se presupone que hubiera evolucionado de forma más favorable y/o se podría haber reducido el tiempo de ingreso si la enfermera estomaterapeuta hubiera podido establecer contacto con el paciente previo a la cirugía, empezando con la mencionada educación y

el marcaje del estoma, ya que si se alargó la estancia hospitalaria fue por la edad avanzada del paciente y su cuidadora, y su dificultad manifiesta en el aprendizaje de los cuidados básicos y el manejo del dispositivo.

La literatura evidencia que una mala ubicación del estoma puede ser motivo para que el paciente no pueda realizar los cuidados del estoma, ya sea porque no alcanza a ver el estoma o por problemas para adaptar los dispositivos, generando de esta forma un aislamiento, una alta dependencia e inseguridad por las fugas¹, tal y como le ha sucedido a nuestro paciente.

Por otra parte, la enfermera estomaterapeuta debe conocer los diferentes dispositivos existentes para poder ofrecer el que mejor se ajuste a las necesidades y preferencias del paciente y/o cuidador.

Según la bibliografía consultada, ante un estoma retraído, una dehiscencia y/o presencia de fugas

se recomienda la aplicación de un dispositivo convexo⁵, en nuestro caso se probó con el dispositivo Easiflex® Confort Convex Light junto con el anillo moldeable, pasta y cinturón, pero a pesar de ser efectivo y evitar las fugas, era de difícil manejo para una cuidadora angustiada, añosa y de manos artrósicas. Motivo por el cual, a pesar de lo que la evidencia nos indica, se decidió probar con la bolsa cerrada, con ventana, de una pieza y plana de la gama SenSura®, pudiendo comprobar que presentaba muy buena adherencia evitando así las fugas, flexibilidad permitiendo la libertad de movimientos y la sencillez que buscaba la esposa, aliviando así su angustia e incluso consiguiendo que el propio paciente viera factible sus autocuidados.

Como conclusión, creemos que los nuevos dispositivos que salen al mercado, como es el caso de la gama SenSura®, abren nuevas líneas de investigación que auguran resultados que facilitan los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Montilla Sans A, Guzmán Moscoso R, Campo Camacho L. Calidad de vida en pacientes ostomizados: manejo de la nueva situación. En: Gázquez JJ, Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Martos A, Barragán AB, Simón MM, editores. Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. [internet]. Volumen II. Almería: ASUNIVEP; 2017. [citado 19 May 2024]. p. 101-105. Disponible en: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_6.pdf
2. Ruiz de la Hermosa García-Pardo A, Rodríguez Maldonado Y, Martínez Savoini E, Gómez de Antonio R, Allo Miguel G, García Alonso FJ, et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. Rev Gastroenterol Perú [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2024];39(3):215-21. Disponible en: <https://bit.ly/3UNpxhh>
3. Domínguez Reinado MR, Martín Arroyo S, Pérez Ruiz R, Mateo Vallejo F, García Molina FJ. Tratamiento conservador de la dehiscencia mucocutánea de colostomía terminal para evitar reintervención quirúrgica. Cir Andal. [internet]2019. [citado 19 May 2024];30(2):249-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9019139>
4. Merritt C, Maldonado P. Management of the difficult stoma. Surg Clin North Am [Internet]. 2024;104(3):579-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2023.11.008>
5. Artola Etxebarria M, García Manzanares M, García Moreno E, Martín Fernández M. Guía de recomendaciones prácticas. Ostomía en Atención Primaria. García Moreno E. Coordinadora. Madrid: IMC&C; 2023.

Úlceras complejas, soluciones fáciles.

Serie de casos de úlceras paraestomales curadas con sulfato de zinc.

Sandra López Díaz

Hospital Universitario Severo Ochoa

CUARTO PREMIO

INTRODUCCIÓN

Las fugas y las complicaciones de la piel siguen siendo los principales problemas para las personas ostomizadas. Se sabe que el 88% de estas personas presentan complicaciones cutáneas periestomales¹.

Esto supone un gran impacto psicosocial para la persona, ya que se ve afectada su calidad de vida.

Debido a que el zinc es cofactor de diferentes enzimas con efecto antiinflamatorio y su principal función es proteger la piel y ayudar a la epitelización, además de evitar que enzimas irritativos (proteasas) procedentes del exudado la deterioren², nos planteamos usarlo en las heridas de difícil cicatrización en la piel periestomal.

A continuación, describiré la evolución de 3 casos clínicos de personas ostomizadas que presentan úlceras en la piel periestomal de evolución tórpida y difícil cicatrización, que fueron resueltas con óxido de zinc (Conveen® Critic Barrier) + alginato + disco de SenSura® Flex Convex Light.

Caso 1

ANAMNESIS

Varón de 85 años jubilado. Independiente para las ABVD y cuidador de su mujer que presenta demencia moderada.

Antecedentes personales: DM tipo II, Hipertrofia benigna de próstata (HBP), Hipertensión arterial. Neoplasia de recto bajo tratado con neoadyuvancia (radioterapia) practicándole una Amputación Abdominoperineal (AAP) en 2021.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente acude a consulta por presentar una herida en la piel periestomal, dolor y picor muy intenso, rara vez presenta fugas (Figura 1 y Tabla 1).

Presenta una colostomía terminal de colon sigmoide en el cuadrante inferior izquierdo. Mide 30mm y es de forma regular y 0,7cm de altura. El ángulo de drenaje es central con un efluente semisólido. Contorno abdominal muy globuloso, firme, con piel a tensión, sin pliegues, pero se visualiza una gran hernia paraestomal.



Figura 1: Estoma y piel periestomal del paciente al acudir a la consulta.

Tabla 1. Valoración del paciente al acudir a la consulta.

| Escala DET | Escala SACS | EVA |
|--|---|----------------------------------|
| Color: 3 Integridad: 3 Sobrecrecimiento: 0 | Tipo L3 (úlceras). Localización TI-TII. | EVA: 7 Sensación de picor. |

TRATAMIENTO

El paciente fue tratado con múltiples accesorios y dispositivos de ostomía (polvos, anillos, resinas...) y apósitos específicos de curas de piel, sin una clara mejoría durante 3-4 meses.

Se le cogieron biopsias de los bordes de la herida en busca de recidivas tumorales, pioderma, queratosis actínica etc. sin encontrar ningún resultado significativo.

Fue valorado por dermatología de nuestro hospital, mandando fomentos de corticoides y luego pomadas con corticoides, presentando ligera mejoría, pero al suspender el tratamiento volvían a empeorar las heridas.

EVOLUCIÓN

Después de 13 meses con la úlcera, se decide operar la hernia paraestomal para poder cerrar la herida. A los 3 meses de dicha operación el paciente acude a consulta para revisión, con una úlcera aún de mayor extensión y con otra hernia paraestomal y comienza a tener fugas de la colostomía por mala adherencia del dispositivo (dispositivo de 2 piezas plano con enganche adhesivo y bolsa cerrada), lo que hace que se complique aún más (Figura 2 y Tabla 2).

Tabla 2. Valoración del paciente en la revisión tras la operación de la hernia paraestomal.

| Escala DET | Escala SACS | EVA |
|--|---|---|
| Color: 3 Integridad: 3 Sobrecrecimiento: 0 | Tipo L3 (úlceras). Localización TI-TII. | EVA: 9 Sensación de picor y quemazón. |

**Figura 2:** Ostomía complicada con hernia paraestomal y úlcera mayor.

En este caso, tras consultar múltiple bibliografía se decide comenzar tratamiento experimental con curas cada 3 días (coincidiendo con cambio de disco) con óxido de zinc Conveen® Critic Barrier + alginato + disco SenSura® Flex Convex Light + cinturón.

RESULTADOS

Tras la realización de dichas curas, la úlcera comienza a secar y epitelizar (Figura 3), consiguiendo controlar el dolor y a las 5 semanas se consigue el cierre total de la herida (Figura 4).

Desde que se comenzó con el disco de SenSura® Flex Convex Light se controlaron las fugas del efluente, mejorando la seguridad y confianza del paciente.

**Figura 3:** Estado de la ostomía a las 3 semanas del tratamiento.



Figura 4: Estado de la ostomía a las 5 semanas del tratamiento.

28 mm y es de forma ligeramente ovalado y mide 0,9 cm de altura. El ángulo de drenaje es central con un efluente semisólido. Contorno abdominal globuloso, flácido y presencia de hernia paraestomal.



Figura 5: Estado de la ostomía del paciente al acudir a la consulta.

Caso 2

ANAMNESIS

Varón 80 años jubilado. Independiente para las ABVD con vida activa, donde sale a pasear todos los días y realiza gimnasia de mantenimiento 3 veces/semana.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial (HTA), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada y exfumador. Presenta cáncer de recto- sigma requiriendo una Resección Anterior Baja (RAB) en 2020.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El paciente acude a consulta por presentar 2 heridas en la piel periestomal de rápida evolución, con exudado moderado y bordes amoratados, con dolor intenso y prurito (Figura 5 y Tabla 3). Refiere fugas ocasionales con su dispositivo habitual desde que apareció la herida (dispositivo 2 piezas con disco plano y enganche adhesivo con bolsa cerrada), requiriendo en ocasiones el cambio de disco 2 veces al día.

Presenta una colostomía terminal de colon sigmoide en el cuadrante inferior izquierdo. Mide

Tabla 3. Valoración del paciente al acudir a la consulta.

| Escala DET | Escala SACS | EVA |
|--|--|--|
| Color: 3 Integridad: 3 Sobrecrecimiento: 0 | Tipo L3 (úlceras). Localización TI, II, III y IV. | EVA: 9 Sensación de picor y quemazón. |

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se le decide recoger biopsia sospechando pioderma gangrenoso debido al color de los bordes y la rápida evolución, iniciando tratamiento con corticoides. Los resultados de la biopsia fueron negativos. Las heridas mejoraron con el tratamiento, pero sin llegar a cerrar y al suspenderlo a los 21 días volvieron a producirse.

Se probaron otros tratamientos como polvos hidrocoloides y protector cutáneo y apósitos específicos de curas de úlceras, sin conseguir controlar la herida.

Después de 9 meses de evolución de la herida se decide comenzar tratamiento con curas cada 3 días (coincidiendo con cambio de disco) con óxido

de zinc Conveen® Critic Barrier + alginato + disco SenSura® Flex Convex Light + cinturón.

RESULTADOS

Tras la realización de 3 semanas con estas curas la úlcera ha desaparecido consiguiendo la totalidad de la integridad cutánea (Figuras 6-8). El paciente ya no refiere molestias ni escozor.

El paciente refiere muy buena adaptación al nuevo dispositivo (Figura 9), no presenta ninguna fuga y refiere mayor facilidad a la hora de despegarlo. Aunque ya se le ha resuelto la herida se quedará con este dispositivo de manera habitual.



Figura 6: Estado de la ostomía a la semana de tratamiento.



Figura 7: Estado de la ostomía a las dos semanas de tratamiento.



Figura 8: Estado de la ostomía a las tres semanas de tratamiento.

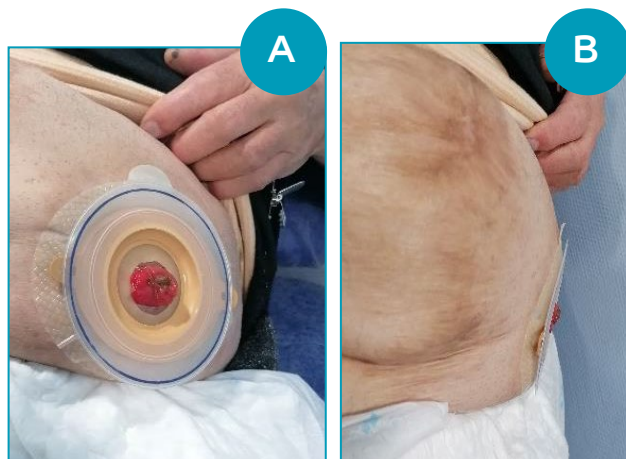


Figura 9. Adaptación del dispositivo SenSura® Flex Convex Light al abdomen del paciente: (A) imagen frontal y (B) imagen lateral.

Caso 3

ANAMNESIS

Mujer 68 años jubilada. Independiente para las ABVD con vida activa, es cuidadora de su nieta y realiza clases de yoga 2 veces/ semana.

Antecedentes personales: fumadora activa de 10 c/día e hipotiroidea. Cistectomía radical tipo Bricker 2019 por carcinoma in situ vesical refractario a BCG.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La paciente acude a consulta por presentar una herida en la piel periestomal, con dolor moderado, y refiere fugas continuas por la zona de la herida.

Presenta una derivación urinaria con exteriorización del íleon terminal en el cuadrante inferior derecho. Mide 27mm y es de forma ligeramente ovalado. El estoma se encuentra a ras de piel. El ángulo de drenaje es central con un efluente líquido. Contorno abdominal globuloso, blando, con un gran pliegue que se ve más acentuado por la herida (Figura 10 y Tabla 4).



Figura 10: Estado de la ostomía al acudir a la consulta.

Tabla 3. Valoración de la paciente al acudir a la consulta.

| Escala DET | Escala SACS | EVA |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| Color: 3 Integridad: 3 Sobrecrecimiento: 0 | Tipo L3 (úlceras). Localización IV | EVA: 6 Sensación de prurito. |

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se decide comenzar el tratamiento con curas cada 3 días (coincidiendo con el cambio de disco) con óxido de zinc Conveen® Critic Barrier + alginato + disco SenSura® Click Convex + arcos de sujeción + cinturón.

La paciente acude a revisión tras 1 semana de tratamiento y la herida ha desaparecido (Figura 11), la piel está completamente epitelizada y no ha presentado fugas con el nuevo dispositivo (dispositivo habitual Alterna® Confort 3 piezas Convex Recortable convexidad media). La paciente está muy satisfecha con el nuevo dispositivo, y decide mantenerlo de forma habitual.



Figura 11: Estado de la ostomía tras una semana de tratamiento.

CONCLUSIONES

Es posible que el uso de óxido de zinc en heridas de la piel periestomal controle el dolor, acelere la granulación y cierre de este tipo de heridas complejas, logrando espaciar las curas, evitando fugas y desplazamientos e incomodidades al paciente.

Los nuevos dispositivos de la gama SenSura® son fiables y seguros a la hora de tener lesiones en la piel periestomal proporcionando flexibilidad y confort a los pacientes y al proporcionar mayor adherencia al paciente, le evita fugas y mejora su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martins L. et al. Challenges faced by people with stoma: periestomal body profile Risk factors and leakage. Br J Nurs 2022,31 (7): 376 -385
2. Palomar Llatas F., Lucha Fernández V., Albert Sánchez P. Protección y tratamiento Piel periucleral: Óxido de zinc, película barrera, eosina al 2%. Enfermería dermatológica 2011,5 (13-14): 46-50.
3. Maríné, L., & Covarrubias, M. C. (2023). Heridas, úlceras y ostomias: Manejo clínico y administrativo por enfermería. Ediciones UC, 2023
4. García Ruiz, M. P. Efectividad de películas de barrera no irritantes y pomada con óxido de zinc: revisión exploratoria. Gerokomos 2022, 33(1):45-52.
5. Coloplast 2019. [Internet]. Denmark [Citado 1 junio 2024]. Recuperado a partir de: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/cc/escala-det.pdf>
6. Beitz J, et al. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care Ostomy Wound Manage. 2010 in press.

De la necrosis a la dehiscencia.

Belén Pascual De La Fuente

Hospital General de Segovia

CUARTO PREMIO

HISTORIA CLÍNICA (ANAMNESIS)

Paciente de 66 años que consulta por cuadro de 5 días de vómitos biliosos hasta 20-25 al día acompañado de dolor en mesogastrio. Tres días de estreñimiento y escaso ventoseo pese a la toma de Movicol.

Antecedentes personales: no RAMC, HTA, DL, fumador y bebedor.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Abdomen globuloso, distendido, timpánico. No dolor, no irritación peritoneal. TR: restos de heces normales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: sin hallazgos salvo PCR 15,8.
- TC abdominal: engrosamiento parietal en un segmento largo en unión rectosigmoidea, con dilatación retrógrada del macro cólico y asas intestinales, a valorar neoplasia estenosante como primera posibilidad.

DIAGNÓSTICO

Neoplasia estenosante de unión rectosigmoidea.

Intervención quirúrgica urgente: tumoración recto superior que infiltra peritoneo sobre vejiga, adherido a apéndice cecal (se realiza

apendicectomía) y a íleon terminal. Durante adhesiolisis sobre íleon se produce perforación iatrogénica.

Se realiza resección anterior alta con reconstrucción Hartmann en FI y resección de segmento de 7 cm íleon terminal con anastomosis T-T manual monopiano.

EVOLUCIÓN

Mucosa de estoma necrótico, con unión mucocutánea íntegra, que evoluciona con los días a necrosis húmeda y dehiscencia mucocutánea parcial, con buen manejo sin fugas con dispositivo plano Alterna® Confort (Figura 1).

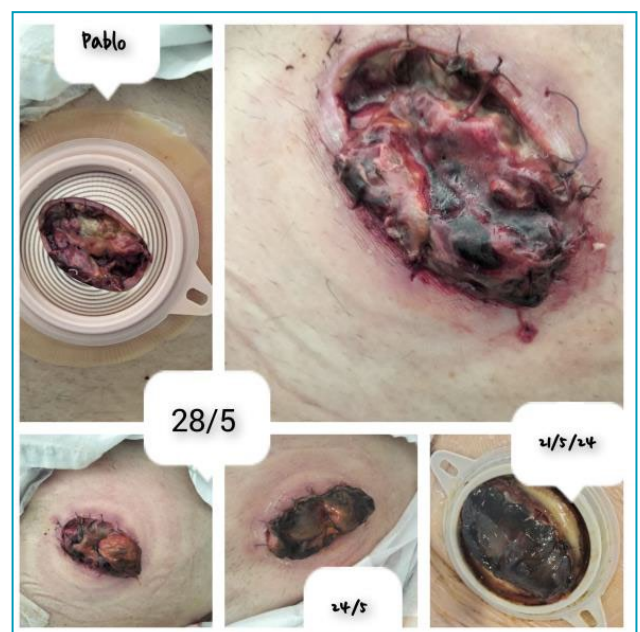


Figura 1: Evolución del estado del estoma y adaptación al dispositivo de ostomía.

- 30/05/2024

Se desbridan esfacelos, presentando dehiscencia de unión mucocutánea total y estoma hundido (Figura 2). Pasando a manejo con dispositivo de convexidad suave (SenSura® Flex Convex Light) asociado a un cinturón.



Figura 2: Estoma con esfacelos y dehiscencia de la unión mucocutánea.

- 06/06/2024

Presenta tejido de granulación, estoma hundido, con buena adaptación de dispositivo (SenSura® Flex Convex Light asociado a cinturón).



Figura 3: Estoma hundido con tejido de granulación.

COMENTARIOS

Paciente tiene buen manejo con dispositivo, sin ninguna fuga a pesar de tener estoma hundido. El disco se cambia cada 3 días.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Necrosis: es la complicación más grave que puede aparecer durante las primeras 24 horas del postoperatorio. Cuando esto se produce, la mucosa del estoma se vuelve de color grisáceo debido a una falta de irrigación de los vasos. El intestino no recibe suficiente sangre y queda desvitalizado, en ocasiones requiere la necesidad de rehacer el estoma. Si el estoma funciona y la necrosis es superficial, se puede esperar e ir manejando con curas hasta que aparece tejido viable.

Dehiscencia: se produce cuando se separa la mucosa existente entre el estoma y la piel que rodea al estoma. Puede afectar de forma parcial o total. La actuación de Enfermería es mantener limpio el espacio existente entre el estoma y la piel.

Hundimiento: el hundimiento o retracción ocurre cuando el extremo del estoma se sitúa por debajo de 0,5cm de la superficie de la piel durante las 6 primeras semanas. El hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo provoca contaminación subcutánea, pero si es subfascial con peritonitis y sepsis obliga a reintervenir de forma urgente. Si la mucosa es viable y no hay excesiva tensión, puede ser suficiente eliminar el tejido no viable, avanzar el asa intestinal y rehacer el estoma suturándolo a la piel. Si no es técnicamente factible, será necesario movilizar el asa y confeccionar un nuevo estoma. Con un disco convex se puede conseguir mantener el estoma y puede conseguir elevarse sin necesidad de cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Tovar, J., Morales-Castiñeiras, V., & Lobo-Martinez, E. (2010). Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. *Cirugía y Cirujanos*, 78(3), 282-291.
2. Linarejos García López, F., González León, M. (2020) Enfermería ante las complicaciones del estoma Ocronos.Vol III;3(5):578
3. D.A. Harris, D. Egbeare, H. Benjamin, A. Woodward, M.E. Foster. (2005). Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl*, 87, pp. 427-431

Estoma doble en abdomen complicado.

Carmen Diarte Abenia

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

CUARTO PREMIO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diverticular es una de las enfermedades más frecuentes del colon en los países occidentales, con una incidencia y prevalencia que ha ido aumentando en los últimos años. La diverticulitis aguda complicada es una condición potencialmente mortal por la posibilidad de perforación del colon que puede causar peritonitis, y requiere de intervención quirúrgica de urgencia. El tratamiento de elección en la mayoría de los casos es la resección del segmento colónico afectado y la creación de una colostomía terminal¹⁻³.

La cirugía urgente incrementa el riesgo de aparición de complicaciones, como es el compromiso en la vascularización.

Las complicaciones de los estomas se dividen en dos grupos según el momento de su aparición: precoces y tardías. Las complicaciones precoces son las que se producen en el postoperatorio inmediato (30 días) y suponen un aumento de la estancia hospitalaria, los cuidados en atención primaria y consultas de ostomías. Representan el 39-82% de todas las complicaciones. A la semana de la intervención, las complicaciones que más se registraron fueron el desprendimiento (19,54%) y la dermatitis (18,39%), que alcanzaron su máxima frecuencia a las dos semanas, presentándose en el 38,78% y 32,18% respectivamente^{4,5}.

Es fundamental en el paciente portador de una ostomía realizada de forma inesperada, la labor de la enfermera estomaterapeuta,

que se ocupa de prevenir y vigilar la aparición de complicaciones, así como su tratamiento precoz^{6,7}, además de proporcionar información, apoyo y orientación tanto a paciente y familia, como a otros profesionales implicados en sus cuidados.

HISTORIA CLÍNICA (ANAMNESIS)

María es una mujer de 61 años, que vive acompañada de su esposo e hija. Acude al servicio de urgencias del Hospital Clínico Lozano Blesa el 27 de marzo de 2024, con un cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución, que se había intensificado en las últimas horas.

AP: osteoporosis.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración abdominal: abdomen doloroso a la palpación, defensa y signos de irritación peritoneal.

PRUEBAS

Radiografía: neumoperitoneo, distensión de asas.

TAC abdominal: se confirma neumoperitoneo y presencia de contenido fecaloideo por probable perforación sigmoidea. Perforación de cúpula vesical.

DIAGNÓSTICO

Peritonitis aguda difusa por probable diverticulitis complicada, perforada.

TRATAMIENTO

La paciente es sometida a cirugía urgente, practicándole una sigmoidectomía tipo Hartmann y confeccionando una colostomía terminal en FII.

Además, ante el hallazgo de perforación en cúpula vesical, es necesario realizar una cistectomía radical, y la derivación de los uréteres a través de una ureterostomía percutánea bilateral en cañón de escopeta en FID.

La paciente se encuentra inestable hemodinámicamente y es ingresada en UCI.

EVOLUCIÓN

La paciente precisa ingreso prolongado en UCI, necesitando soporte vital, respiración asistida mediante tubo endotraqueal en principio, y posteriormente a través de traqueostomía. Se mantiene con perfusión de drogas vasoactivas.

- **10 de abril de 2024:** desinserción de colostomía.

A las 2 semanas de la intervención (el 10 de abril 2024), presenta desinserción de la colostomía, causándole de nuevo una peritonitis purulenta, y precisando reintervención quirúrgica y confección de nueva colostomía (Figura 1).



Figura 1: Desprendimiento de la colostomía.

- **2 de mayo 2024:** isquemia cutánea.

La evolución postoperatoria fue lenta, y la complicación posterior fue la aparición de una isquemia en la zona periostomal, en el borde medial de la colostomía, que va progresando hasta alcanzar la laparotomía media (Figura 2). No llega a afectar a la zona de la ureterostomía, quedando separada apenas por 20mm.



Figura 2: Aparición de necrosis cutánea.

- **9 de mayo 2024:** exéresis de necrosis: inicio terapia de presión negativa.

Ante la progresión de la zona isquémica y el tejido necrótico, aunque se limita a la zona subcutánea, es necesaria la exéresis de la placa necrótica en el quirófano, desbridando la zona e iniciando el tratamiento con terapia de presión negativa (VAC) (Figura 3).



Figura 3: Evolución tras la exéresis de la necrosis.

Esto comprometió la buena adaptación del dispositivo de ostomía, suponiendo un reto como estomaterapeutas, precisando colocación de un sistema que nos garantizase el correcto sellado de la colostomía, para evitar que las heces contaminasen la herida quirúrgica.

- **12 de junio 2024:** se suspende terapia de presión negativa.

Ante la evolución favorable de la herida, se retira VAC y se continúan curas. La dificultad en el sellado aumenta, ya que no solo se debía evitar el paso del efluente de la colostomía hacia la herida, sino también que el exudado de la herida levantara el dispositivo colector de ostomía (Figura 4).

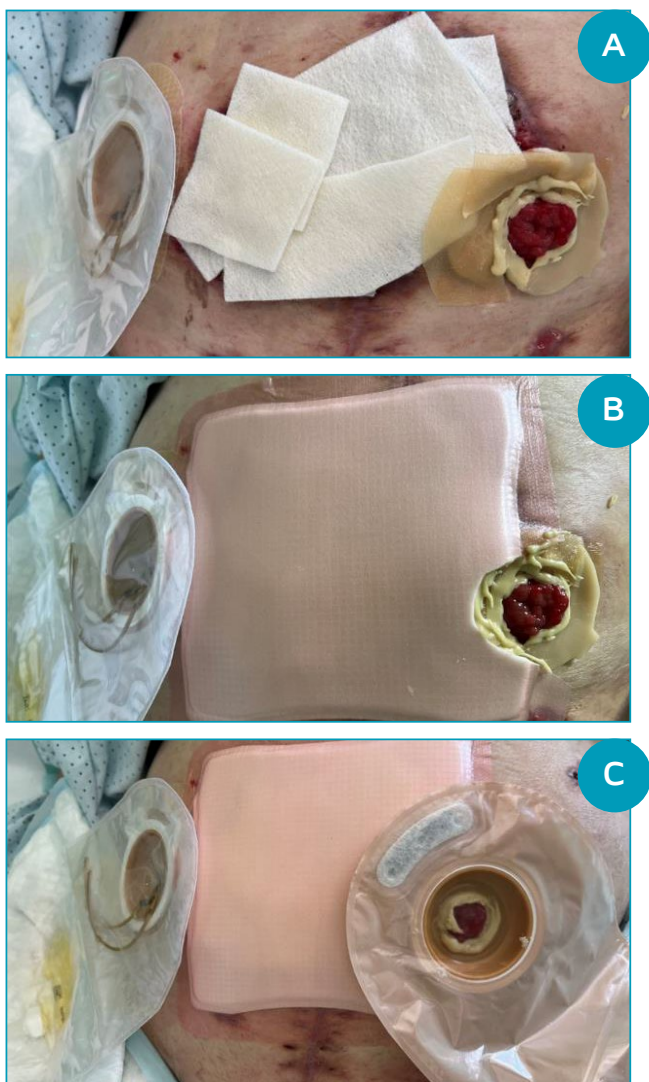


Figura 4 (A-C): Procedimiento de cura tras la retirada de la terapia de presión negativa.

OBJETIVOS

Los objetivos que se propusieron en este caso fueron:

Objetivo principal:

Proporcionar un correcto manejo del estoma en el contexto de un abdomen complicado y prevenir las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica relacionadas con el estoma.

Objetivos específicos:

Proporcionar a la paciente el mayor bienestar posible relacionado con la complicación abdominal.

Conseguir un correcto sellado y mantener sin fugas la colostomía y la ureterostomía.

Demostrar la eficacia de los dispositivos SenSura® Click en el manejo y tratamiento de los estomas complicados.

METODOLOGÍA

Se realizó una valoración de la paciente, seleccionando para trabajar con metodología NANDA el siguiente diagnóstico: **(00047) Deterioro de la integridad cutánea: alteración de la epidermis y/o la dermis.**

- Resultados NOC: (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores: integridad de la piel y lesiones cutáneas.

- Intervenciones NIC:

→ (480) Cuidados de la ostomía. Actividades:

- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.
- Observar la curación de la incisión/estoma.
- Vigilar la curación del estoma y la piel periestomal, así como la adaptación al dispositivo de ostomía.

→ (3660) Cuidados de las heridas. Actividades:

- Retirar el dispositivo cuidadosamente, usando un spray elimina adhesivo para minimizar el daño al tejido de granulación de la herida.
- Realizar la higiene de la herida quirúrgica mediante lavado de arrastre, con suero fisiológico.
- Desbridar el tejido necrótico o esfacelado mediante desbridamiento mecánico o enzimático.
- Limpiar la piel periestomal y perilesional, aplicando spray barrera cutánea y dejándolo secar.
- En la ureterostomía, aplicar clorhexidina en la piel periestomal y en los catéteres ureterales.
- Cubrir declive de zona lateral mediante medio anillo moldeable Brava®.
- Cubrir el lecho de la herida:
 - ▶ Durante la primera fase: terapia de presión negativa, con la esponja el film de la terapia VAC.
 - ▶ Durante la segunda fase: tras la retirada de la terapia de presión negativa, cubrir la herida con apósito de alginato con iones de plata (Biatain® Ag) y con apósito hidrocólicoide (Comfeel®) o hidrocélular.
- Aislar el lecho de la herida quirúrgica mediante resina moldeable en tiras Brava® (una barrita sellando el contorno de la colostomía adyacente a la herida quirúrgica), y nivelar la zona periestomal con un anillo moldeable Brava®.
- Adherir el dispositivo SenSura® Click Convex, con bolsa abierta, aro 50mm, recortándolo a la medida del diámetro de la colostomía: 32mm.

- Reforzar el sellado utilizando pasta selladora Coloplast® y arcos de sujeción elásticos Brava®.
- En la ureterostomía, se eligió el mismo disco SenSura® Click Convex, aro 50mm, por su formato, puesto que, colocándolo en posición vertical, se logra su completo aislamiento de la herida quirúrgica, adaptando bolsas de urostomía 3 piezas multicanal Alterna® Confort.
- Documentar la evolución de la herida, registrando el tamaño y aspecto a lo largo del proceso.

DISCUSIÓN

Gracias al seguimiento de la enfermera estomaterapeuta, se pudieron detectar y tratar las complicaciones aparecidas, así como los cambios que estas pudieron suponer. Además, se consiguieron los siguientes objetivos planteados:

- Correcto sellado del dispositivo evitando las fugas, tanto del efluente de la colostomía hacia la herida, como el exudado de la herida hacia el disco.
- Correcto aislamiento de la herida quirúrgica, logrando la evolución favorable de la misma, consiguiendo mantenerla limpia, para favorecer su cicatrización (Figura 5).



Figura 5: Evolución favorable a fecha de 21 de julio de 2024.

CONCLUSIONES

La enfermera estomaterapeuta tiene un papel fundamental en la atención integral de pacientes sometidos a cirugía urgente, ya que están expuestos a un mayor número de complicaciones, y va a suponer un mayor impacto en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira N. Vega J. Diverticulitis aguda complicada: tendencias en el tratamiento actual. Rev chil cirug (Scielo). Dic 2012 [citado 20 de diciembre 2022]; 64(6); 581-585. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262012000600015&script=sci_arttext
2. Reyes-Espejel L. Ruiz-Campos M. Sigmoidectomía con anastomosis primaria para diverticulitis complicada. Rev Gast Méx (ScienceDirect). Oct-Dic 2015 [citado 20 de diciembre 2022]; 80(4); 255-259. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090615000828>
3. Casal Núñez JE. Ruano Poblador A. Morbilidad y mortalidad tras la intervención de Hartmann por peritonitis de origen diverticular. Cir Esp (ScienceDirect). Oct 2008 [citado 20 de diciembre 2022]; 84 (4); 210-214. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X08726216>
4. Ruiz de la Hermosa A, Rodríguez Maldonado Y, Martínez Savoini E, Gómez de Antonio R, Allo Miguel G, García Alonso F., et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. Rv gastroenterol Perú [Scielo]. Jul/Sept 2019 [citado 28 de marzo 2023]; 39 (3); http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Zarate A. Ostomías. Esc Med [Google Académico]. [citado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <https://medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf>
6. Bonill de las Nieves C. Las dos caras de la enfermedad. Experiencia de una persona ostomizada. Ind Enferm [Scielo]. Ene/mar 2008 [citado 28 de marzo 2023]; 17 (1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000100013&script=sci_arttext&tlng=en.
7. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Cir Esp [ScienceDirect]. Marz 2014 [citado 01 de diciembre 2021]; 92 (3); 149-156. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X13003667>



Coloplast

Ostomia

Vidas en primera persona

mi intimidad



mi seguridad



Violeta
persona
ostomizada

Ostomy Care | Continence Care | Wound & Tissue Repair | Interventional Urology | Voice & Respiratory Care

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A.U. Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2026/02 -

 **Coloplast**
Está con **mi**go