

Complejidad en la atención a un ostomizado con dehiscencia quirúrgica tras una herniorrafía: estudio de un caso

RESUMEN

La realización de la cirugía de estoma suele ser compleja para el cirujano, especialmente cuando el paciente tiene complicaciones preexistentes. En el postoperatorio, las complicaciones periestomales afectan a la adherencia de la bolsa colectora y perjudican el autocuidado y el bienestar de la persona ostomizada, lo que aumenta la necesidad de contar con profesionales formados en el manejo de las complicaciones de la piel periestomal. Además, los profesionales de la salud deben ser capaces de educar a la persona ostomizada en el autocuidado del estoma o apoyarla en el manejo de las complicaciones periestomales. El objetivo de este estudio de caso es informar sobre el manejo de un caso clínico complejo de un paciente en el postoperatorio de una herniorrafía y construcción de una colostomía que dio lugar a una dehiscencia quirúrgica y a las consiguientes complicaciones periestomales. El estudio de caso también pone de relieve los cuidados clínicos recomendados por el estomaterapeuta para gestionar estas complicaciones.

Palabras clave ostomía, herniorrafía, complicaciones postoperatorias, cuidados de enfermería, estomaterapeuta

Como referencia Diniz IV et al. Complejidad en la atención a un ostomizado con dehiscencia quirúrgica tras una herniorrafía: estudio de un caso. WCET® Journal 2021;41(3):22-26

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.41.3.22-26>

Presentado el 13 de diciembre de 2020, aceptado el 18 de julio de 2021

INTRODUCCIÓN

En los Estados Unidos de América (EE.UU.)¹ se realizan cada año unas 100.000 intervenciones quirúrgicas para crear estomas 1 y se calcula que aproximadamente un millón de personas en los EE.UU. tienen una ostomía². En Brasil, los datos sobre la cirugía de ostomía y la creación de estomas son inciertos; sin embargo, se estima un elevado número

de casos debido al aumento anual del cáncer colorrectal, principal causa de cirugía³.

Los cirujanos que realizan cirugías de ostomía se enfrentan a los desafíos asociados con la modificación de las estructuras intestinales para crear ileostomías o colostomías que alteran los tiempos de tránsito intestinal y, por lo tanto, la consistencia de la salida fecal. A menudo hay complicaciones asociadas en la formación del estoma como un abdomen obeso⁴. En el postoperatorio, los principales problemas que se señalan son las complicaciones en el estoma y periestomales, que pueden producirse inmediatamente o pueden ser complicaciones tardías; ambas reducen la calidad de vida del ostomizado⁵.

Un estudio que analizó la incidencia de complicaciones tras la cirugía de ostomía encontró que el 28,4% de los participantes desarrollaron alguna complicación, y que las más comunes fueron la separación mucocutánea superficial (19,5%) y la retracción del estoma (3,2%)⁶. El síndrome de complicaciones postquirúrgicas en otro estudio fue del 33,3%, de los cuales el 13,6% tuvo retracción, el 10,6% hernia periestomal y el 28,8% complicaciones derivadas del estoma: dermatitis (21,2%) y edema de la mucosa (4,5%)⁷. Las complicaciones periestomales son las principales que afectan a la adherencia de la bolsa colectora a la piel y perjudican el autocuidado y el bienestar de la persona ostomizada, ya que pueden provocar fugas, dermatitis irritantes y otras complicaciones como la infección.

Por lo tanto, los cuidados tanto en el proceso de rehabilitación perioperatoria como en el postoperatorio son esenciales para que la persona ostomizada se adapte a la vida con un estoma y logre la independencia en el autocuidado cuando sea posible. En este

Iraktânia Vitorino Diniz*

Estudiante de doctorado, Universidad Federal de Paraíba, Postgrado de Enfermería, PPGEN, João Pessoa, Paraíba, Brasil Calle Golfo da California, 90, Cabedelo, Paraíba, Brasil
Email iraktania@hotmail.com

Isabelle Pereira da Silva

Estudiante de máster, Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermería, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email isabelle_dasilva@hotmail.com

Lorena Brito do O'

Estudiante de enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermería, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email lorena_ito@hotmail.com

Isabelle Katherinne Fernandes Costa PhD

Profesora, Universidad Federal de Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermería, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil
Email isabellekfc@yahoo.com.br

Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares PhD

Profesora, Universidad Federal de Paraíba, Postgrado de Enfermería, PPGEN, João Pessoa, Paraíba
Email mmjulieg@gmail.com

* Autor correspondiente

contexto, los profesionales sanitarios tienen un papel importante en el tratamiento de las complicaciones y en el proceso de educación sanitaria⁵.

El estudio cumplió con las normas éticas en la investigación, con la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraíba, Brasil, en virtud del artículo 2.562.857. El participante firmó las condiciones para dar su consentimiento a participar tras aclarar los objetivos y procedimientos del estudio de casos.

El objetivo de este estudio de caso es informar del caso clínico complejo de un paciente en el periodo postoperatorio tras una herniorrafia más colostomía, y de las estrategias de manejo del estomaterapeuta

INFORME DE UN CASO

Problema que se presenta

La paciente de la que se informa aquí era una mujer de 56 años que padecía obesidad y diabetes. En julio de 2018 ingresó en el hospital quejándose de un fuerte dolor abdominal con posible obstrucción intestinal. En el examen posterior, las pruebas de laboratorio y la tomografía mostraron un recuento de glóbulos blancos de 17.650, y un diagnóstico de hernia inguinal estrangulada. Fue sometida a una laparotomía exploratoria de urgencia, herniorrafia, enterotomía y colostomía.

El 15 de julio de 2018, día 3 del postoperatorio, la paciente desarrolló un drenaje purulento por una abertura en el centro de la incisión quirúrgica adyacente al estoma de colostomía. El abdomen también estaba distendido, lo que indicaba la necesidad de retirar suturas alternas por debajo del nivel del ombligo para aliviar la tensión en la línea de sutura adyacente y a la derecha de la misma. La

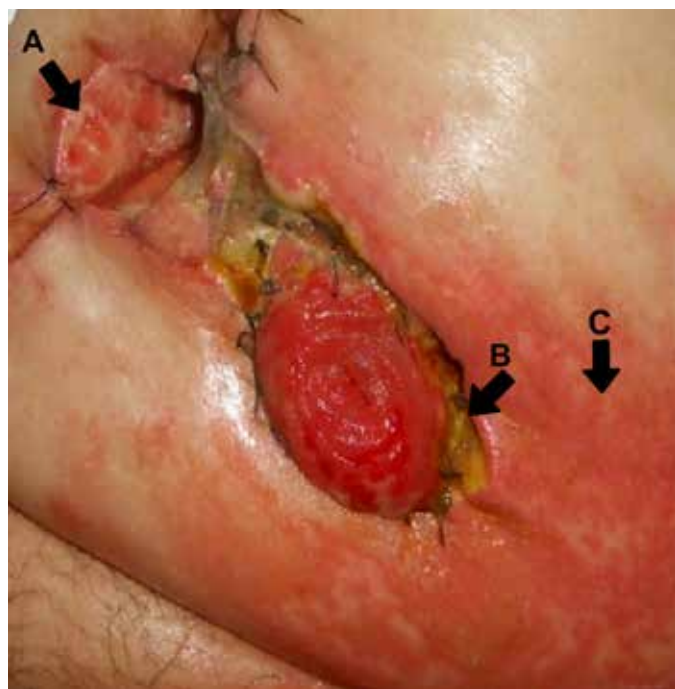


Figura 1. A: dehiscencia de la herida quirúrgica; B: desprendimiento mucocutáneo del estoma; C: dermatitis periestomal

retirada de la sutura condujo posteriormente al desarrollo de una dehiscencia quirúrgica (Figura 1A). Adicionalmente, se produjo un desprendimiento mucocutáneo del estoma del abdomen desde el borde medial de la línea de sutura y los márgenes superiores del estoma (Figura 1B). Además, se produjo una extensa dermatitis periestomal que se extendió hacia fuera en un radio de 10 cm desde el lado derecho de la colostomía (Figura 1C). La dermatitis periestomal fue causada por el contacto de las heces semilíquidas de la colostomía con la piel intacta debido a la mala adherencia del aparato de ostomía por la fuga de heces de alrededor del estoma como resultado de los efectos combinados de la dehiscencia quirúrgica y la separación mucocutánea.

Terapia estomacal e intervenciones de enfermería

La higiene de la herida, la piel y el estoma se realizó con solución salina al 0,9%. Para gestionar y facilitar la reparación de la dehiscencia de la herida quirúrgica se introdujo un alginato de calcio en el lecho de la herida. Se colocó una pieza protectora de lámina hidrocoloide sobre el alginato de calcio y las áreas de dermatitis para proporcionar una base estable sobre la que aplicar la placa base (o brida) de un aparato de colostomía de 2 piezas. Al cabo de 2 días, fue necesario retirar el apósito y el aparato de colostomía debido a una nueva dehiscencia de la herida, a la necrosis de la misma y a las consiguientes fugas (Figura 2).

El 17 de julio de 2018, día 5 del postoperatorio, el área de dehiscencia quirúrgica se había expandido, midiendo 8x7x5cm con presencia de infección y exudado purulento (Figura 2). Esto requirió un cambio en la estrategia de manejo. En este caso, el estomaterapeuta abogó por el uso de un apósito de hidropolímero con plata (apósito de plata) para el control antimicrobiano y la absorción del exudado. El apósito de plata se colocó en la cavidad de la herida. Para asegurar que el estoma estuviera aislado de la herida y para proporcionar un buen sellado alrededor del estoma para evitar fugas, se aplicó polvo adhesivo para ostomías en las zonas de dermatitis húmeda proximales al estoma. Se utilizó pasta adhesiva para ostomías y tiras hidrocoloides para rellenar y cubrir los lechos de las heridas creadas por las separaciones mucocutáneas y moldear alrededor del estoma para formar una superficie seca sobre la que colocar una placa base convexa (sistema de bolsa de colostomía de 2 piezas) para ayudar aún más a la retracción del estoma; esto también favorecería la curación de la herida.

Debido a la obesidad y distensión abdominal de la paciente, fue difícil asegurar la adherencia del aparato de ostomía, y el 20 de julio de 2018, día 7 del postoperatorio, el grado de dehiscencia quirúrgica incisional aumentó notablemente, midiendo 27x18x4cm. Dentro de la cavidad de la herida, no sólo había un evidente drenaje de líquido fecal, sino que había tejido fibrinoso opaco, con zonas de necrosis por licuefacción que ocupaban una media del 30% de la superficie de la herida (Figura 2). Para hacer frente a los cambios físicos de la herida abdominal y el estoma, se realizaron las siguientes modificaciones en el régimen de apósitos.

La herida se limpió con solución salina al 0,9% y polihexanida al 0,2% porque, en el hospital en cuestión, es habitual utilizar solución salina al 0,9% y solución de polihexanida para la limpieza. La solución salina se utilizó para limpiar y eliminar el exceso de suciedad y la

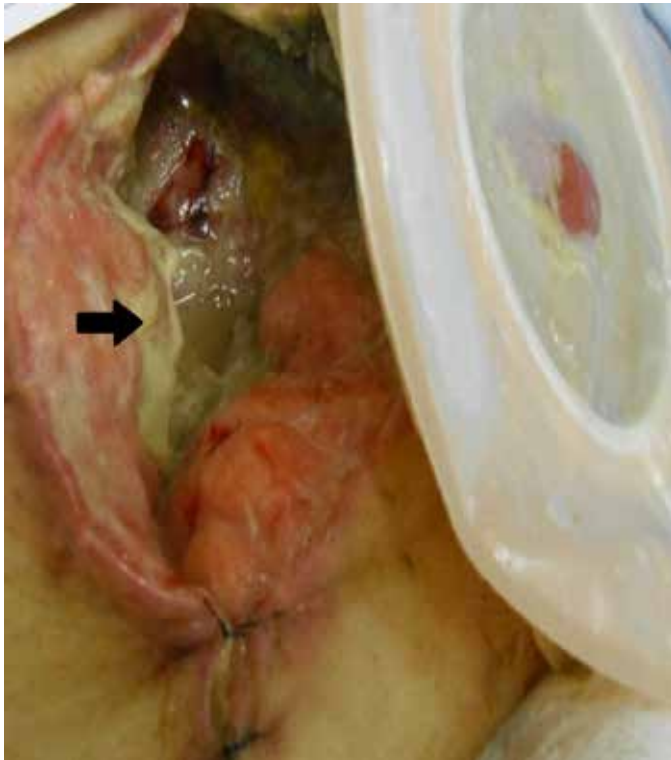


Figura 2. Dehiscencia quirúrgica con presencia de necrosis licuefactiva y fibrina en la herida

solución de polihexanida para limpiar la zona de la herida debido a sus propiedades antisépticas. Tras la limpieza, se irrigó el exceso de líquido de la cavidad de la herida utilizando un catéter nelaton número

8 y una jeringa de 10 cc. Para absorber el exudado de la herida, el alginato de calcio se colocó como apósito primario o capa de contacto en todas las zonas del lecho de la herida de dehiscencia quirúrgica, incluidas todas las entradas de cualquier tracto/túnel sinusal a la vista. El apósito secundario utilizado para el control antimicrobiano era un hidropolímero con plata no adhesivo. Finalmente, se aplicó una cobertura terciaria de gasa combinada y se fijó externamente con una película de poliuretano (Figura 3 A-F).

El régimen de vendaje de la herida anterior fue acordado por un equipo multidisciplinar que incluía al cirujano responsable, al estomaterapeuta asesor y al personal de enfermería. El vendaje fue realizado por el estomaterapeuta o el personal de enfermería y los técnicos de enfermería. Además de los cuidados de la herida, fue necesario seguir aislando la colostomía y las complicaciones de la piel periestomal presentes. Por lo tanto, se aisló la colostomía reconstruyendo la zona periestomal con tiras de hidrocloide y la pasta adhesiva para ostomías. Para cubrir y proteger aún más la zona de la dermatitis periestomal de los fluidos fecales, se utilizó una sábana adhesiva para ostomías de 20x20cm, en la que se recortó una abertura para el estoma y se fijó alrededor del mismo. Sobre la lámina protectora se aplicó un aparato de ostomía transparente drenable de 2 piezas con base convexa

El paciente fue seguido durante otros 15 días. Aunque mostraba buenas evidencias de curación de la herida y una adherencia continua de los apósitos y el aparato de ostomía, la paciente lamentablemente falleció el 5 de agosto de 2018 debido a sus condiciones comórbidas y a la sepsis

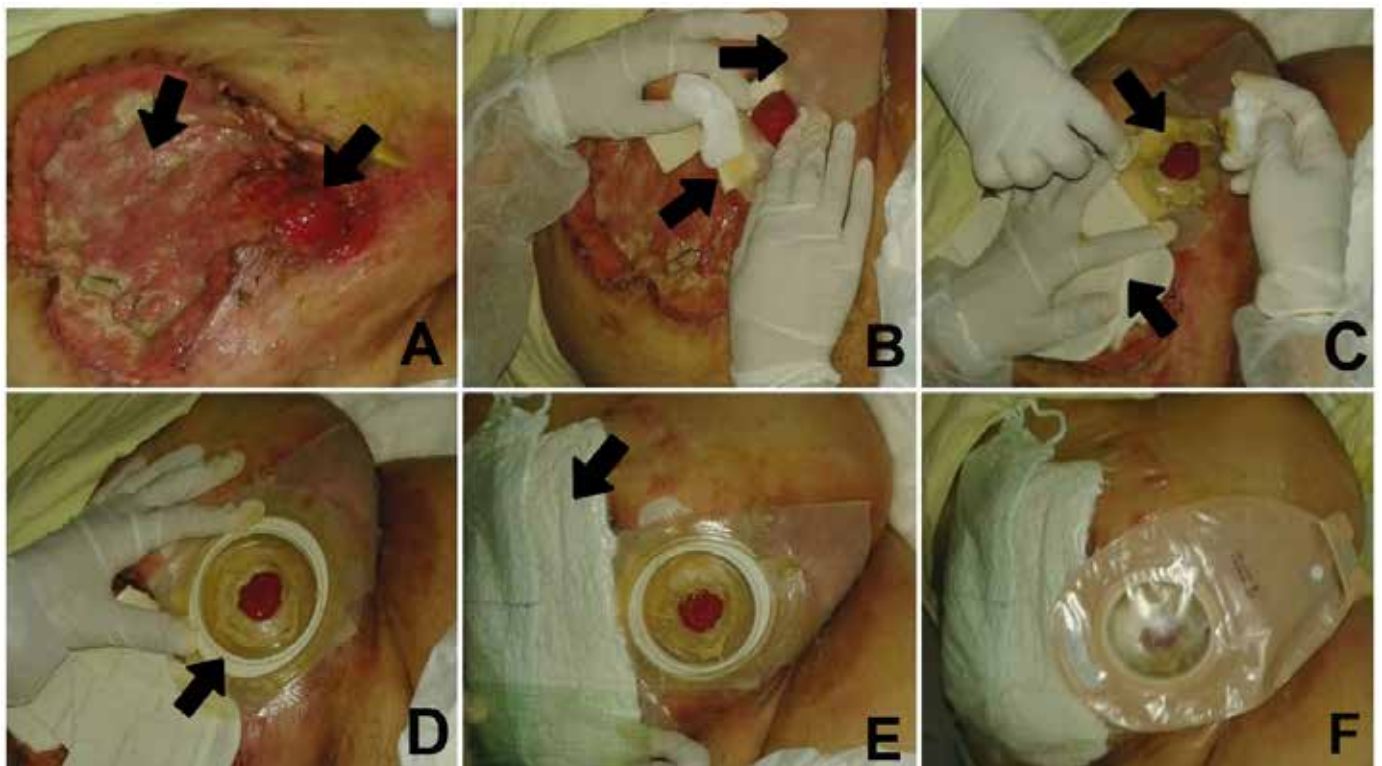


Figura 3. A: ostomía dentro de la cavidad de la dehiscencia quirúrgica; B: aislamiento de la ostomía mediante láminas protectoras y tiras de hidrocloide; C: uso de pasta adhesiva para ostomías alrededor del estoma y alginato de calcio en la cavidad de la herida; D: aplicación de la placa base; E: apósito secundario con espuma de plata y apósito terciario con gasa combinada y película de poliuretano; F: apósito terminado

DISCUSION

En este estudio de caso, tras una cirugía de urgencia, el paciente presentó una supuración de la línea de sutura en el tercer día del postoperatorio. Tras la retirada de varias suturas abdominales, la herida abdominal se deshizo aún más junto con la separación mucocutánea simultánea del estoma. Estas complicaciones se consideran complicaciones quirúrgicas tempranas, y todas ellas pueden producirse debido a la tensión tisular y a las comorbilidades que dificultan la cicatrización, así como a los procesos infecciosos¹.

En cuanto a la cirugía abdominal de urgencia, se describe una mayor prevalencia de complicaciones en el postoperatorio precoz (36-66%), especialmente la cirugía que implica la construcción de un estoma. La experiencia del cirujano en la creación de un estoma también es un factor⁸. La infección del sitio quirúrgico, la dermatitis periestomal y la hernia periestomal son las principales complicaciones⁹⁻¹³.

También cabe destacar que la diabetes y la obesidad como factores importantes relacionados con el desprendimiento mucocutáneo y la dehiscencia quirúrgica⁶. La obesidad es un factor que se asocia a la construcción de estomas difíciles y al retraso en la recuperación postoperatoria, debido a las dificultades para resecar el intestino lo suficiente como para exteriorizarlo a través de la pared abdominal para crear un estoma. Los individuos obesos son más propensos a la dehiscencia de la herida, a la infección del sitio quirúrgico y al retraso en la cicatrización de la herida debido a la elevada presión intraabdominal, a la reducción de la perfusión de los tejidos y a la inflamación crónica del tejido adiposo blanco que debilita la resistencia a la tracción de la piel^{8,14,15}. La asociación entre la diabetes y el retraso en la cicatrización de las heridas también está bien documentada. Todas las fases de la cicatrización de las heridas se ven afectadas por la diabetes, ya que se cree que la inflamación prolongada impide la maduración del tejido de granulación y el desarrollo de la resistencia a la tracción dentro de una herida debido a la alteración de los vasos sanguíneos y la isquemia resultante^{1,16}.

En el postoperatorio, las afecciones de la piel periestomal son el problema más común, variando entre el 10-70% de los casos^{17,18}. La dermatitis periestomal puede producirse al principio o al final de la vida alrededor de la piel de las personas con ostomías. Esta complicación genera sufrimiento, dolor y dificultad en el autocuidado, sobre todo cuando no hay un acceso adecuado a los aparatos de ostomía y a los productos adyuvantes para el cuidado de la piel¹⁹. El aparato de ostomía y el apósito permanecieron intactos sin ninguna fuga durante 3 días (72 horas). Esto fue un resultado positivo y redujo las lesiones secundarias al retirar y sustituir continuamente el apósito y el aparato de ostomía.

Una evaluación de enfermería exhaustiva de los pacientes en las fases peri y postoperatoria ayuda a identificar a los pacientes que corren el riesgo de ver comprometida su recuperación quirúrgica. Esto implica evaluar la forma del abdomen del paciente, la integridad o estabilidad de la herida quirúrgica, la ubicación y construcción del estoma y la presencia de cicatrices que puedan minimizar las complicaciones.

La asignación de un diagnóstico de enfermería facilita la aplicación de intervenciones de enfermería específicas para el paciente individual y sus necesidades de atención²⁰. En los casos en los que

se producen complicaciones, como la descrita en nuestro estudio de caso, son necesarias intervenciones rápidas de enfermería de estomaterapia para gestionar los déficits cutáneos que se han producido, con una variedad de productos de ostomía y accesorios cutáneos disponibles para el estomaterapeuta, como pastas y polvos adhesivos para ostomías, barreras cutáneas de ostomía y sellos, así como la elección de un tipo adecuado de placa base de ostomía y bolsa¹. Además, el personal de enfermería debe comprender los principios del cuidado de las personas con heridas y estomas complejos y la importancia de la participación de un equipo sanitario multidisciplinar; es necesario que más enfermeros estén capacitados en este campo de especialización²¹⁻²³. También hay directrices que abordan la importancia del cuidado de la piel periestomal, el cuidado del estoma y la selección de los aparatos y cómo prevenir y gestionar las complicaciones posquirúrgicas tempranas y tardías de la ostomía. La adhesión a los consejos de las guías de práctica clínica sobre los factores mencionados mejora la evaluación de los pacientes, ayuda a las intervenciones colaborativas tempranas y a la gestión de las complicaciones y, en general, mejora la calidad de vida de los pacientes y los resultados de los servicios sanitarios^{13,17,24}.

CONCLUSIÓN

La paciente que aquí se comenta presentó complicaciones postoperatorias de dehiscencia quirúrgica, desprendimiento mucocutáneo del estoma y dermatitis periestomal tras una herniorrafía y formación de colostomía. Estas complicaciones requirieron estrategias creativas por parte del estomaterapeuta para proporcionar un complejo cuidado de las heridas y de la ostomía que implicaba la aplicación y el uso correctos del equipo de ostomía y de los accesorios para el cuidado de la piel con el fin de minimizar el riesgo de contaminación de la herida por el líquido fecal, optimizar los procesos de curación de la herida y mantener la comodidad del paciente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para este resumen de evidencia.

REFERENCIAS

1. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-related complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2019;32(3):176-182.
2. United Ostomy Associations of America (UOAA). New ostomy patient guide. United States: The Phoenix/UOAA; 2020. Available from: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2020/10/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-2020-10.pdf>
3. National Cancer Institute (INCA). Types of cancer: bowel cancer. Ministry of Health; 2020. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cancer-in-brazil-vol4-2013.pdf>
4. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM. Repercussions in the living process of people with stomas. *Text Contexto Enferm* 2016;25(1):e1260014.
5. Maydick-Youngberg D. A descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(5):10-23.
6. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, et al. A

- retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage* 2017;63(1):28–32.
7. Gálvez ACM, Sánchez FJ, Moreno CA, Fernández AJP, García RB, López MC, et al. Value-based healthcare in ostomies. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(16):5879.
 8. Moody D, Wallace A. Stories from the bedside: the challenges of nursing the obese patient with a stoma. *WCET J* 2013;33(4):26–30.
 9. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. *Ethiop J Health Sci* 2016;26(2):117–20.
 10. Spiers J, Smith JA, Simpson P, Nicholls AR. The treatment experiences of people living with ileostomies: an interpretative phenomenological analysis. *J Adv Nurs* 2016 Nov;72(11):2662–2671.
 11. Ribeiro MSM, Ferreira MCM, Coelho SA, Mendonça GS. Clinical and demographic characteristics of intestinal stoma patients assisted by orthotics and prosthesis grant program of the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlandia, Brazil. *J Biosci* 2016;32(4):1103–9.
 12. Aahlin EK, Tranø G, Johns N, Horn A, Sørdeide JA, Fearon KC, et al. Risk factors, complications and survival after upper abdominal surgery: a prospective cohort study. *BMC Surg* 2015;15(1):83.
 13. Chabal LO, Prentice JL, Ayello EA. *WCET® International Ostomy Guideline*. Perth, Australia: WCET®; 2020.
 14. Williamson K. Nursing people with bariatric care needs: more questions than answers. *Wounds UK* 2020;16(1):64–71.
 15. Colwell JC, Fichera A. Care of the obese patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005;32(6):378–383.
 16. Patel S, Srivastava S, Singh MR, Singh D. Mechanistic insight into diabetic wounds: pathogenesis, molecular targets and treatment strategies to pace wound healing. *Biomed Pharmacother* 2019;112:108615.
 17. Domansky RC, Borges EL. *Manual for the prevention of skin injuries: evidence-based recommendations*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
 18. Stelton S. CE: Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nurs* 2019 Jun;119(6):38–45.
 19. Costa JM, Ramos RS, Santos MM, Silva DF, Gomes TF, Batista RQ. Intestinal stoma complications in patients in the postoperative period of rectal tumor resection. *Current Nurs Mag* 2017; special ed: 35–42.
 20. Santana RF, Passarelles DMA, Rembold SM, Souza PA, Lopes MVO, Melo UG. Nursing diagnosis risk of delayed surgical recovery: content validation. *Rev Eletr Nurse* 2018;20:v20a34.
 21. Beard PD, Bittencourt VLL, Kolankiewicz ACB, Loro MM. Care demands of ostomized cancer patients assisted in primary health care. *Rev Enferm UFPE* 2017;11(8):3122–9.
 22. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, & Guideline Development Task Force. *WOCN Society clinical guideline: management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy: an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
 23. Pinto IES, Queirós SMM, Queirós CDR, Silva CRR, Santos CSVB, Brito MAC. Risk factors associated with the development of complications of the elimination stoma and the peristomal skin. *Rev Enf* 2017;4(15):155–166.
 24. Marques GS, Nascimento DC, Rodrigues FR, Lima CMF, Jesus DF. The experience of people with intestinal ostomy in the support group at a university hospital. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* 2016;15(2):113–21.