



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 23 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n23/012.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como PÓSTER en "CRECIENDO UNIDOS PARA SEGUIR CUIDANDO" Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías, reunión celebrada del 18 al 20 de mayo de 2016 en Barcelona, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Manejo interdisciplinar de una fistula compleja. Estudio de un caso clínico
<i>Autores</i>	Cristina Sans Masip, Carme Camps Balagué, Ester Ferrer Lorente
<i>Centro/institución</i>	Unidad de Hospitalización de cirugía de Alta Complejidad. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa
<i>Ciudad/país</i>	Terrassa (Cataluña), España
<i>Dirección e-mail</i>	csans@cst.cat

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Las complicaciones derivadas de la cirugía han sido siempre un gran reto para enfermería, especialmente las que se dan en pacientes con múltiples intervenciones a nivel abdominal como pueden ser las fístulas entéricas o las enterocutáneas.⁽¹⁾ Este tipo de complicación, aparte de prolongar la estancia hospitalaria y afectar gravemente a la calidad de vida del paciente, tienen una morbi-mortalidad elevadas.

Las consecuencias fisiopatológicas más importantes de las fístulas entéricas y enterocutáneas son la desnutrición, la destrucción parietal y la infección, siendo la desnutrición y la infección las causas más frecuentes de mortalidad. El mal pronóstico viene determinado por factores como una gran solución de continuidad, multiplicidad, eversión de los bordes, fistula alta (yeyunal), débito alto, tejido enfermo, resección intestinal mayor de 150cm. Los eventos postoperatorios que favorecen su aparición son la dehiscencia de sutura, traumatismos intraoperatorios, isquemia intraoperatoria y decúbito de drenajes o cuerpos extraños. También existen factores generales y locales que favorecen su aparición. Entre los factores generales se hallan la edad avanzada, la hipoproteinemia, la anemia aguda, la insuficiencia renal o hepática y la presencia de cáncer. Los factores locales son la enfermedad inflamatoria intestinal, la peritonitis y la enteritis actínica. Tanto los factores generales como locales actúan impidiendo el proceso normal de cicatrización de suturas y anastomosis.⁽²⁾

Por este motivo y teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros (NANDA)⁽³⁾, habrá que prestar, sobretodo, atención en todo lo que respecta a: [00002] Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades; FR-incapacidad para absorber los

nutrientes. [1986] Riesgo de infección; FR-procedimientos invasivos, malnutrición. [00195] Riesgo de desequilibrio electrolítico; FR- diarrea, disfunción endocrina, desequilibrio de líquidos, disfunción renal.[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea; FR- Contacto con líquidos erosivos. Monitorizando en todo momento todos los aspectos susceptibles de contribuir negativamente al estado de salud del paciente poniendo en práctica las intervenciones (NIC)⁽⁴⁾ para ello y valorando continuamente la idoneidad el resultado de estas intervenciones (NOC)⁽⁵⁾.

Palabras clave

Curas de enfermería/ Cirugía/ Fístula/ Dehiscencia/ Estado nutricional/ Manejo interdisciplinar.

Objetivos

Objetivo general: Analizar el manejo de las fístulas de alto débito.

Objetivos específicos:

- a/ Describir los factores nutricionales que se ven alterados en estos episodios y las intervenciones para manejarlos.
- b/ Analizar las curas y materiales específicos para el control de la fístula.
- c/ Analizar las curas y materiales específicos para las curas de las zonas dehiscentes perifistulares.
- d/ Describir el manejo interdisciplinar de las fístulas de alto débito.

Metodología

Análisis cualitativo a través de la revisión de la historia clínica de un paciente con fístula yeyunal de alto débito y dehiscencia perifístula, haciendo hincapié en aspectos como el estado nutricional, débito de la fístula, tipo de cura aplicada en cada momento y su finalidad, estado de la dehiscencia, superficie de ésta, tiempo de las curas y tiempo transcurrido entre curas.

Análisis de la actuación de cada uno de los actores presentes en el equipo multidisciplinar en el caso y valoración de la importancia de la participación de éstos en el caso presentado.

Caso clínico

Paciente de 85 años sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes patológicos:

- DM insulino dependiente.
- Hipercolesterolemia.
- Intervención en octubre de 2010 por neoplasia de sigma perforada con afectación del intestino delgado y absceso intraabdominal, se le practico una sigmoidectomía con resección del intestino delgado, desbridamiento de absceso, colostomía terminal y malla bilaminar. Estadiage oncológico: pT4N0M0. Durante el posoperatorio presentó cuadro oclusivo por bridas que se resolvió con tratamiento conservador.

- Intervención en abril de 2014 por oclusión intestinal secundaria a neoplasia de colon transverso con infiltración de asa ileal practicándose una hemicolectomía derecha, resección ileal en bloque y reparación de la eventración de la laparotomía media con colocación de malla bilaminar.

Situación social

Vive con su marido en una residencia. Tiene 4 hijas, buen soporte familiar. Escala de Barthel de 100/100. Facultades superiores conservadas.

El 28/3/15 ingresa en nuestro centro con diagnóstico de fístula intestinal por decúbito de la malla, se realiza extracción de la malla y reparación de la fístula.

Durante el postoperatorio destaca

- Recidiva de la fístula intestinal situándose a nivel de la laparotomía media.
- IRA.
- Paresia gástrica.

Mediante TEGD, la fístula, se situó a nivel de yeyuno medio, con débitos muy altos, entre 2000-4000ml/día.

Se inició tratamiento y seguimiento continuado del equipo multidisciplinar formado por el equipo de cirujanos adjuntos y residentes, enfermería de la unidad de hospitalización, enfermería especializada en estomaterapia, servicio de farmacia y nutricionista.

El equipo de cirujanos, la estomaterapeuta así como el equipo de enfermería de planta se reunía semanalmente. El equipo de cirujanos mantenía contacto continuado con el servicio de farmacia así como enfermería de la unidad lo tenía en el último tramo de la estancia hospitalaria de la paciente con la nutricionista que a su vez mantenía contacto con el servicio de farmacia.

Dado el alto débito, se inició tratamiento farmacológico con dosis máximas de loperamida, racecadotril y octreótido, reposo intestinal, nutrición parenteral personalizada por el servicio de farmacia y reposición de líquidos. Partimos de una albúmina sérica de 25 g/l.

A los 15 días de la aparición de la fístula se produjo una dehiscencia en la laparotomía media a nivel perifístular con una longitud de 2x1,7cm en la zona superior y 7x4cm en su zona inferior. El exudado a través de la zona era moderado. La piel perilesional se encontraba íntegra a excepción de una zona dermatítica por el desgarro de la piel producido por las suturas por el aumento de la tensión abdominal en la laparotomía media. Dicha zona tenía una longitud de 1cm y se extendía de 8-11 cogiendo como referencia las agujas de un reloj. La albúmina sérica era de 28 g/l.

En el lecho de la dehiscencia se observaba la presencia de tejido desvitalizado iniciándose el siguiente plan de curas:

1. Limpieza con gel antiséptico de clorhexidina jabonosa al 4%. Tanto de la zona dehiscente como de la perifístular.
2. Aclarado con suero fisiológico para la eliminación de los detritus y producto de limpieza aplicado.
3. Retirada del tejido desvitalizado.

4. Fomento de 20' con productos que disminuyen la carga bacteriana e hidratan la herida, agua purificada, 0.1% Undecilenamidopropil betaína, 0.1% Polihexanida.
5. Desbridamiento autolítico con alginato de sodio hidrogel en el lecho de la dehiscencia.
6. Aplicación de apósito hidrocoloide en la zona afectada por la dermatitis mecánica.
7. Aplicación de productos para el control del exudado, apósito de alginato.
8. Película barrera de solución líquida de polímeros en la piel perilesional.
9. Lámina 10x10cm con cara externa de celulosa porosa que permite la transpiración. Con la finalidad de mejorar la adherencia del dispositivo colector y la actuación de los productos de curas de la dehiscencia.
10. Pasta protectora de la piel para conseguir un efecto sellante.
11. Dispositivo de dos piezas convexo y cinturón.
12. Pastillas gelificantes de las heces con la finalidad de conseguir un menor riesgo de fugas.

Se evidenció la zona limpia con tejido de granulación a los 5 días.

El tiempo de curas era de una media de 45 minutos, precisando de cura entera una media de 3-4 veces al día.

Dado que el tiempo de curas era prolongado y teniendo en cuenta el débito de la fístula, para realizarlas, se aplicaba en la boca de ésta, un tampón vaginal hasta la colocación del dispositivo colector. En el resto de las curas, con un débito más bajo, ya se prescindía de él.

Las curas posteriores se realizaron creando un ambiente húmedo con hidrogel en el lecho de la dehiscencia.

A los 10 días posteriores a la dehiscencia de la laparotomía media se objetivó infección de la zona dehisciente con salida de material purulento positivo para E. Coli, S. Aureus y E. faecalis multisensibles.

El débito a través de la fístula era de 750-1000 ml/día. La albumina sérica se mantenía en 28 g/l.

Se disminuyó la dosis de loperamida y racecadotril. Se suspendió el octreótido.

Se continuó con NPT adaptada y dieta absoluta.

La dehiscencia perifistular era de 1,7x1,7cm en la zona craneal y 6x4cm en la zona caudal. El exudado a través de la dehiscencia era moderado.

Se inició la siguiente pauta de curas c/48h que se prolongó durante 15 días:

1. Limpieza con gel antiséptico de clorhexidina jabonosa al 4%. Tanto de la zona dehisciente como de la perifistular.
2. Aclarado con suero fisiológico para la eliminación de los detritus y producto de limpieza aplicado.
3. Retirada del tejido desvitalizado.
4. Fomento de 20' con productos que disminuyen la carga bacteriana e hidratan la herida, agua purificada, 0.1% Undecilenamidopropil betaína, 0.1% Polihexanida.
5. Apósito absorbente antimicrobiano. Hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica.
6. Aplicación de productos para el control del exudado, apósito de alginato.
7. Película barrera de solución líquida de polímeros perilesional.

8. Lámina 10x10cm con cara externa de celulosa porosa que permite la transpiración. Con la finalidad de mejorar la adherencia del dispositivo colector y la actuación de los productos de curas de la dehiscencia.
9. Pasta protectora de la piel para conseguir un efecto sellante.
10. Dispositivo de dos piezas convexo y cinturón.

El tiempo de curas era de 30 minutos y entre curas una media de 24-48 horas.

Al mes, la albúmina sérica era de 30 g/l. Teniendo en cuenta el débito de la fístula se decidió finalizar el tratamiento con racecadotriilo, disminuyendo la dosis de loperamida y se inició dieta líquida, adaptando la NPT de cara a la intervención quirúrgica que pretendía el cierre de la fístula.

Dado que se disminuyó considerablemente el débito de la fístula, el lecho de la dehiscencia estaba limpio y que la adaptación a los dispositivos colectores era óptima se decidió prescindir con los productos reductores de la carga bacteriana.

Las curas posteriores de la dehiscencia fueron:

1. Lavado con agua y jabón. Tanto de la zona dehiscente como de la perifistular.
2. Aclarado con suero fisiológico para la eliminación de los detritus y producto de limpieza aplicado.
3. Ambiente húmedo con hidrogel en el lecho de la dehiscencia.
4. Película barrera de solución líquida de polímeros en la zona perifistular.
5. Lámina 10x10cm con cara externa de celulosa porosa que permite la transpiración. Con la finalidad de mejorar la adherencia del dispositivo colector y la actuación de los productos de curas de la dehiscencia.
6. Pasta protectora de la piel para conseguir un efecto sellante.
7. Dispositivo de dos piezas convexo y cinturón.

El tiempo de curas era de 15 minutos y el tiempo entre curas se mantenía en una media de 48-72 horas. La dimensión de la dehiscencia era de 1,2x1cm en su zona más proximal y 3x3cm en su zona distal.

El débito a través de la fístula era de una media de 350ml.

Al mes y medio del inicio de las curas, la zona dehiscente tenía una longitud de 3x1cm en la parte inferior. El lecho de la dehiscencia tenía tejido de granulación, decidiéndose iniciar el plan de curas que fomentara la rápida cicatrización:

1. Lavado con agua y jabón. Tanto de la zona dehiscente como de la perifistular.
2. Aclarado con suero fisiológico para la eliminación de los detritus y producto de limpieza aplicado.
3. Apósito de colágeno, celulosa oxidada regenerada y plata.
4. Película barrera de solución líquida de polímeros perilesional.
5. Lámina 10x10cm con cara externa de celulosa porosa que permite la transpiración. Con la finalidad de mejorar la adherencia del dispositivo colector y la actuación de los productos de curas de la dehiscencia.
6. Pasta protectora de la piel para conseguir un efecto sellante.
7. Dispositivo de dos piezas convexo y cinturón.

El tiempo de curas era de 5 minutos y entre curas de 72 horas.

Se mantuvo la NPT, se aumentó la dieta a 2ª fase sin residuos e hiperproteica. La albúmina sérica era de 31g/l.

A los dos meses de su aparición, se procedió al cierre de la fístula. Quince días después y tras un post operatorio sin complicaciones, la paciente fue dada de alta.

El Barthel en el momento del alta era de 100/100. No presentó ningún episodio de síndrome confusional durante el ingreso y se derivó a la enfermera gestora de casos.

Resultados

Partiendo de un tratamiento conservador con medicación específica para la disminución del débito, reposo intestinal, alimentación parenteral para favorecer un balance nitrogenado positivo, albúmina > 30 g/l, estabilización del peso corporal, granulación de la dehiscencia, buen trofismo de la piel y masa muscular, se procedió, pasados dos meses al tratamiento quirúrgico.

Dada la situación inicial, ya descrita, el tiempo transcurrido entre la aparición de la fístula y el cierre quirúrgico de ésta, dada la imposibilidad del cierre espontáneo, nos parece satisfactorio, aún más si tenemos en cuenta la buena calidad de vida de la paciente durante el tiempo de hospitalización.

Consideramos que el tiempo transcurrido en el cierre de la dehiscencia fue óptimo, eso nos lleva a pensar en la buena elección de los productos de curas en cada fase del proceso.

La elección de los materiales para la recogida del débito, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre curas así como, válganos la redundancia, la buena evolución del cierre de la zona dehisciente, nos parece la adecuada para este caso.

Dado el alto débito de la fístula y los múltiples cambios de dispositivos que debido a este motivo requería, era sumamente fácil que no se produjera una dermatitis irritativa con todas las complicaciones que ello conlleva. La piel perifistular se mantuvo íntegra en todo momento, a excepción de una pequeña zona dermatítica por el desgarramiento de la piel producido por las suturas, debido al aumento de tensión abdominal en la laparotomía media.

El dispositivo de recogida del débito también aportó calidad a la paciente durante el tiempo de hospitalización ya que permitía la ambulancia efectiva, la autonomía y el reposo de ésta. En general, creemos que los buenos resultados son debidos al trabajo multidisciplinar llevado a cabo.

Discusión

La evidencia científica nos demuestra que ante estos casos la terapia V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) es altamente eficaz⁽⁶⁾. En el presente caso, consideramos esta alternativa, pero dado que la protrusión de la fístula era por encima de la dehiscencia y de la piel sana, que el diámetro de ésta era de 25mm y que la dehiscencia no era muy amplia se desestimó su uso.

Centrándonos en la elección de los dispositivos de curas más idóneos, debemos decir que al inicio de las curas se nos planteó un importante reto en este aspecto. Recordemos que el débito de la fístula era de 3000-4000 ml diarios y también debemos decir que topográficamente la situación de la fístula nos ofrecía graves dificultades, recordemos que se encontraba en medio de una laparotomía media y con amplia zona dehisciente, a esto debemos añadir, tal y como se puede apreciar en las fotografías aportadas en los anexos, que la piel perifistular no era lineal, al contrario, presentaba convexidades y pliegues cutáneos. Todo ello nos llevó a dificultar la elección del dispositivo idóneo probando con resinas moldeables para nivelar surcos y pliegues y dispositivos con bases

amplias para mejorar la superficie de adherencia y adaptación como pueden ser los post-op.

En la práctica, el que mejor resultado nos dio, en este caso, es el descrito en todas las secuencias de cura, es decir, lámina 10x10cm con cara externa de celulosa porosa que permite la transpiración, con la finalidad de mejorar la adherencia del dispositivo colector y la actuación de los materiales de curas de la dehiscencia, pasta selladora alrededor de la boca de la fístula para impedir la filtración de heces, dispositivo de dos piezas convexo y cinturón. Con ello no solo conseguimos prolongar el tiempo entre curas y proteger la integridad de la piel perifistular, sino también mejorar la calidad de vida de la paciente.

Conclusiones

Podemos concluir que los buenos resultados en cualquier caso complejo, sea de la entidad que sea, son debidos al buen trabajo multidisciplinar donde cada uno de los actores y bajo una visión global u holística del caso, ponen al servicio del paciente todo su conocimiento, experiencia y saber hacer. Ello se consigue con la comunicación, coordinación, complementariedad (el equilibrio entre las tareas de cada individuo), confianza y compromiso.

En nuestro centro, la coordinación entre los diferentes actores implicados en cada caso la establece enfermería de planta. Las reuniones entre los diferentes profesionales, por cuestiones de tiempo y disponibilidad, se han dado en pocas ocasiones y a la vista de los buenos resultados, creemos interesante el establecimiento de estas.

Para una próxima investigación, creeríamos que sería sumamente interesante tanto a nivel práctico como científico, un estudio comparativo entre la cura convencional y la cura con terapia VAC, siempre y cuando los algoritmos para la instauración de la terapia VAC lo permitan⁽⁶⁾. Dado que en un estudio de estas características, y en los estudios de casos clínicos en general, el control de las variables es dificultoso, creemos que sería pertinente un estudio multicentro liderado por la enfermera estomaterapeuta de cada centro. Este es nuestro objetivo para un futuro trabajo.

Bibliografía

1. AulaDAE. Manual de cuidados en ostomías para enfermería. Pag: 154-164. [Consultado 12 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>
2. Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2002. p 797-801.
3. Herdman TH, editor. NANDA Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
4. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
6. Fístulas enterocutáneas y la terapia V.A.C. [monografía en internet]. KCL. 2013. [Consultado 29 diciembre 2015]. Disponible en: http://www.kcilatinaamerica.com/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheadername1=Content-type&blobheadername2=Content-disposition&blobheadername3=MDT-Type&blobheadervalue1=application%2Fpdf&blobheadervalue2=inline%3B+filename%3D406%252F966%252F13-0565.OUS%2B_FINAL%2B10-17-13.pdf&blobheadervalue3=abinary%3B+charset%3DUTF-8&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1226684751769&ssbinary=true