

# MANEJO DE DEHISCENCIA MUCOCUTÁNEA EN UNA OSTOMÍA DE URGENCIA

AUTORA

Constanza Troncoso Moya

Enfermera Clínica, Servicio de Cirugía Adultos de Hospital Regional

Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile.

Correspondencia a: c.troncoso.90@gmail.com



El tratamiento quirúrgico de la patología colorrectal puede conllevar en muchas ocasiones la necesidad de realizar una ostomía, ya sea colostomía o ileostomía. Su realización se asocia a una alta tasa de complicaciones que afectan tanto a la calidad de vida como al aumento de gastos para el sistema sanitario, además de suponer un gran impacto psicológico al paciente <sup>1</sup>.

Las complicaciones de las ostomías se dividen en dos grupos, según el momento de su aparición; las primeras llamadas complicaciones precoces son las que se producen en el postoperatorio inmediato (30 días), suponen un aumento en la estancia hospitalaria y representan de un 39-82% de todas las complicaciones; la mayoría se desarrolla en las tres primeras semanas del postoperatorio. Por último se encuentran las complicaciones tardías, las cuales se producen pasados los 30 días del postoperatorio <sup>1</sup>.

La dehiscencia mucocutánea es el desprendimiento de la unión mucocutánea, ya sea total (100% de la circunferencia) o limitada a un sector (25%, 50% o 75%). Es una complicación precoz que se puede presentar a la semana de la intervención, como lo demuestra Ruiz de la Hermosa et al. con un 19,54% y alcanzaron su máxima frecuencia a las dos semanas con un 38,78% <sup>1</sup>.

Diferentes estudios <sup>2,3,4,5</sup> han identificado factores de riesgo, como edad, enfermedad inflamatoria intestinal, índice de masa corporal, diabetes mellitus, riesgo anestésico, falta de cuidados preoperatorios por parte de enfermera estomaterapeuta y/o cirugía de urgencia <sup>6</sup>.

Respecto al momento quirúrgico, se presentan complicaciones con más frecuencia en cirugía de urgencia en comparación con la cirugía electiva<sup>7</sup>. En 2011, en un estudio prospectivo unicéntrico de 192 pacientes, Parmar et al., observaron una tasa de complicaciones del 46% en el ámbito de urgencias frente al 22% en cirugía electiva. Estas complicaciones fueron principalmente: retracción del estoma (32%), desinserción del estoma (22%) y necrosis del estoma. Los factores de riesgo de las complicaciones fueron IMC > 30, mesenterio corto y falta de limitación del sitio del estoma antes de la operación <sup>8</sup>.

**Palabras clave:** Ostomía, complicación post quirúrgica, factores de riesgo.

**Propósito:** Mostrar el manejo de enfermería de una complicación precoz en una ostomía de urgencia.

**Fuente de financiamiento:** Insumos entregados por Hospital Dr. Franco Ravera Zunino y dispositivos convexos aportados por el paciente.

**Declaración de conflictos de interés:** La autora declara no tener conflicto de interés.

**Declaración a la privacidad y consentimiento informado:** La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico, el que se encuentra en su poder.

## METODOLOGÍA

Paciente femenina de 50 años, casada, con dos hijos, con antecedente de obesidad (IMC 31, abdomen globuloso con pliegues) y diagnósti-

co de cáncer de colon sigmoides estenosante en etapificación, en espera de resolución quirúrgica. Ingresa al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal asociado a disminución de frecuencia de deposiciones. Se realizan imágenes compatibles con obstrucción intestinal mecánica. El día 5 de abril 2023 es llevada a pabellón de urgencia y se decide realizar cirugía de Hartmann, sin evaluación previa por enfermera especialista para realizar la marcación del sitio de la ostomía.

En su postoperatorio inmediato evoluciona en buen estado general; sin embargo, al tercer día la ostomía presenta mucosa vital, pero con dehiscencia mucocutánea parcial del 25% a las 9 del puntero de reloj, profundidad superficial, salida de escaso exudado serohemático, piel periestomal sana y contaminada con deposiciones; se realiza aseo profuso con solución fisiológica al 0,9%, se refuerzan puntos por cirujano tratante y es dada de alta al quinto día postoperatorio. Se cita a control ambulatorio en su segunda semana de postoperatorio con enfermera especialista y se evidencia dehiscencia mucocutánea parcial, ahora del 50%, Fotografía 1, entre las 6 y



12 en relación con los punteros del reloj, donde se encuentra profundidad de espesor total hasta tejido celular subcutáneo (3 cm aprox.), tejido granulador 100%, pero con alto riesgo de infección por la cercanía de la salida de deposiciones y piel periestomal levemente enrojecida en todo el contorno de la ostomía. Se comienza manejo de enfermería con curaciones avanzadas con el propósito de mantener limpio el espacio subcutáneo entre el estoma y la piel, hasta obtener la cicatrización de la dehiscencia mucocutánea.

Se realiza protocolo de curación: limpieza de la piel periestomal con gasas húmedas con agua, luego arrastre mecánico del contenido intestinal de la lesión con jeringa y aguja con solución fisiológica al 0,9%, posteriormente uso de limpiador de heridas con ácido hipocloroso por 5 minutos. Se aplica protector cutáneo en spray en la piel periestomal, se deja carboximetilcelulosa con plata como apósito primario en la lesión y se aísla la piel con apósito de hidrocloide y pasta sellante para nivelar pliegues, se finaliza con dispositivo colector de 2 piezas plano. Las curaciones se llevan a cabo cada 72 horas las primeras cuatro semanas y luego una vez a la semana, por las cuatro semanas siguientes.

El día 02 de mayo de 2023, se observa que la lesión disminuye su profundidad, pero el estoma comienza a retraerse, Fotografía 2 y el ángulo de drenaje se lateraliza a las 9 del puntero del reloj, por lo que se realiza cambio a dispositivo de convexidad rígida y se aplica cinturón para ostomizados.

Se continúa con curaciones avanzadas hasta el día 03 de junio del mismo año, donde se observa la unión mucocutánea cicatrizada 100%, Fotografía 3.

## RESULTADOS

Con un total de 11 curaciones avanzadas y ajuste de sistema colector según necesidades de la paciente, se obtuvo la cicatrización total de la dehiscencia mucocutánea en 53 días. Además, se centralizó el ángulo de drenaje, la piel periestomal se mantuvo sana y se logró la elevación del estoma.

## DISCUSIÓN

La creación de una ostomía en contexto de una urgencia, sumado al antecedente de obesidad, se asocia a un mayor riesgo de complicaciones periestomales. Es necesario aplicar medidas de



prevención de complicaciones, como identificar el sitio de la ostomía antes de la operación, práctica que no está protocolizada en el Hospital Dr. Franco Ravera Zunino.

El manejo de este caso clínico nos expuso lo fundamental de un adecuado seguimiento pre y

postoperatorio del paciente ostomizado por una enfermera especialista y la creación de protocolos para identificar distintos factores de riesgo asociados. Además, nos ayudó a dar seguridad y confianza a la paciente para volver a sus actividades de la vida diaria.

## REFERENCIAS

1. Ruiz de la Hermosa, A., Rodríguez, Y., Martínez, E., Gómez de Antonio, R., et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. *Rev Gastroenterol Perú*. 2019; 39(3): 215-221. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292019000300003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000300003&lng=es).
2. Parmar, K., Zammit, M., Smith, A., Kenyon, D., Lees, N., on behalf of the Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis*. 2011;13: 935-938. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x>
3. Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., Blackman, A. Results of a nation wide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2007;9: 834-838. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x>
4. Duchesne, J., Wang, Y., Weintraub, S., Boyle, M., Hunt, J. Stoma complications: A multivariate analysis. *The American Surgeon*. 2002; 68:961-966. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000313480206801106>
5. Harris, D., Egbeare, D., Jones, S., Benjamin, H., Woodward, A., Foster, M. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005;87(6):427-431. Disponible en: <https://doi.org/10.1308%2F003588405X60713>
6. 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):149-156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.09.011>
7. Gómez-Romero, J.C., Mosquera-Romero, M.C. Estomas: complicaciones, manejo y prevención. Una revisión actual. *Rev Colomb Cir*. 2024; 39: 122-131. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.2348>
8. Sabbagh, C., Rebibo, L., Hariz, H., Regimbeau, J.C. Stomal construction: Technical tricks for difficult situations, prevention and treatment of post-operative complications. *Journal of Visceral Surgery*. 2018; 155: 41-49. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.11.002>