

FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA: ENFERMERÍA COMO SOPORTE DEL CUIDADO

AUTORAS

*Ximena Meneses Corral; Ana María Rodríguez Bustamante;
Ignacia Valdés Reyes*

Enfermeras Unidad de Coloproctología, Dpto. Cirugía Digestiva,
Red Salud UC Christus. Santiago Chile

Correspondencia a Ximena Meneses Corral: xmeneses@hotmail.com



La fístula es una comunicación anormal que conecta un órgano hueco a otro (fístula interna) o a la superficie exterior del organismo (fístula externa)¹. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo aunque muchas de ellas comprometen el intestino. Las fístulas enterocutáneas corresponden a la unión anormal entre el interior del tracto intestinal y la piel. Fístulas enteroatmosféricas (FEA) es una comunicación entre el tracto gastrointestinal (GI) en un abdomen abierto sin tejido blando que lo recubre, es decir, entre tracto GI y la atmósfera^{1,2}.

Se producen como complicación de una cirugía (70 – 85%), de causa multifactorial. El 20 a 30 % son secundarias a la enfermedad de Crohn, por aparición espontánea o como consecuencia de una cirugía. En el caso de la Colitis ulcerosa 1 de cada 35 personas presentan esta complicación³. Los factores predisponentes que aumentan la mortalidad son alteraciones hidroelectrolíticas, sepsis y/o desnutrición⁴.

Existen varias clasificaciones: Simple: Trayecto corto y directo que conecta el intestino con la piel. Sin afectación de otros órganos y no asociado con un absceso o compleja: Tipo 1, vinculado a un absceso y compromiso de múltiples órganos; Tipo 2, Abertura en la base de una herida (FEA)¹.

De acuerdo al volumen de salida son Flujo bajo: 200cc/24h, Flujo medio: 200-500cc/24h o Flujo alto: >500cc/24h².

La FEA es una patología de difícil tratamiento con un alto grado de complejidad que requiere la intervención de un equipo multi e interdisciplinario^{4,5}.

El tratamiento y pronóstico dependerá de la forma de presentación. Los pilares del tratamiento son: mantención del adecuado balance hidroelectrolítico, el control de la infección, apoyo nutricional, el tratamiento local de la piel y apoyo psicológico al usuario y familia².

Palabras claves: Fístula enteroatmosférica, colitis ulcerosa, complicación, estomaterapia.

Propósito: Mostrar el tratamiento con diversas alternativas técnicas para el cuidado perilesional en una fístula enteroatmosférica de alto débito.

Fuente de financiamiento: Sin patrocinador, los costos del tratamiento fueron asumidos por el paciente.

Declaración de conflicto de interés: Las autoras declaran no tener conflicto de interés.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Las autoras han obtenido el consentimiento informado del paciente referido en este caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Este caso corresponde a un varón de 42 años, casado, 2 hijos, chef de profesión. Vive en Santiago de Chile. Sin hábito de consumo de tabaco o alcohol y sin antecedentes familiares de cáncer ni enfermedad inflamatoria. Tiene como antecedentes mórbidos Colitis ulcerosa diagnosticada el 2012 y colectomía total en diciembre de ese año con anastomosis ileorectal sin reservorio ileal.

Fue tratado médicamente desde esa fecha hasta el 2015 con Mesalazina por vía oral y supositorio. En febrero de 2021 acude a consulta con coloproctólogo para opinión quirúrgica debido a rectitis persistentes requiriendo cursos intermitentes de Mesalazina. El cirujano sugiere realizar intervención quirúrgica. El 3 Junio de 2021 se realiza Proctectomía + reservorio ileal e ileostomía de protección sin incidentes.

Evoluciona tórpidamente con evisceración, desprendimiento mucocutáneo de ileostomía e íleo paralítico requiriendo cierre precoz de ileostomía el 15 de junio, cirugía muy laboriosa debido a abdomen hostil. En el post operatorio desarrolla múltiples FEA (4 fístulas) de alto débito requiriendo una serie de aseos en pabellón, uso de sistema de presión negativa con diversas técnicas para aislar fístulas, Fotografías 1 y 2.

Después de al menos 1 mes y medio se logra reducir el número de fístulas a 1 FEA, con lo cual se pudo instalar sistema de ostomía tradicional en la fístula y presión negativa en el resto de la herida.



2

FOTOGRAFÍA

GMG. Junio 2021



A partir del 15 de agosto del 2023 se cambia por Set de Fístula Mini, para lo cual se realiza aseo de la piel con solución fisiológica, en bordes perilesionales presenta dermatitis química que se tratan con técnica de crusting, se rellenan pliegues con barras de hidrocóide moldeables y pasta sellante, instalando placa de fístula Mini. Se realiza cambio de dispositivo cada 4 días o SOS hasta la primera semana de septiembre, Fotografía 3.

Fue dado de alta, quedando con hospitalización domiciliaria continuando el tratamiento de igual manera, con dispositivos de ostomía convexos y el paciente se controla ambulatoriamente 1 vez a la semana en la consulta de enfermería de Red UC Christus, Fotografía 4.

3

FOTOGRAFÍA

GMG. Agosto 2021



4

FOTOGRAFÍA

GMG. Septiembre 2021



RESULTADOS

Al cabo de 3 meses el paciente logra manejar su fístula como una ostomía, utilizando dispositivos estándar, Fotografía 5.

El uso de diversas técnicas logró contener el efluente, mejorar las condiciones locales de la piel perilesional y finalmente adaptar un sistema de ostomía tradicional a FEA.



DISCUSIÓN

En este caso, nos enfrentamos a un paciente con una complicación secundaria a su patología de base, que fue tratada en un hospital de alta complejidad con acceso a equipo multi e interdisciplinario, con avances tecnológicos y enfermeras entrenadas en el cuidado avanzado de heridas y ostomías. La limitante en el tratamiento local de las fístulas es el alto costo para acceder a los insumos necesarios, ya que implican un gasto importante por parte del familiar y el paciente, el que no está cubierto por los sistemas de salud en Chile.

REFERENCIAS

1. Nurses Specialized in Wound OACC, editor. Nursing Best Practice Recommendations: Enterocutaneous Fistula and Enteroatmospheric Fistula. Vol. II. NSWOCC; 2018. Disponible en: <https://www.nswoc.ca/bpr>
2. V.M. Durán Muñoz-Cruzado, L. Tallón-Aguilar, J. Tinoco-González, A. Sánchez-Arteaga, M.J. Tamayo-López, F. Pareja-Ciuró, J. Padillo-Ruiz, editor. Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. Cirugía andaluza; 2019.
3. Señaris Y. las fistulas. <https://accuesp.com/las-fistulas>. 2019.
4. Wainstein Mariano Irigoyenemilia Beninka D. FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS [Internet]. Enciclopedia Cirugía Digestiva; 2014. Disponible en: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-san-luis-gonzaga/cirugia-i/fistulas-enterocutaneas/16929578>
5. Talé LF, Sinibaldi CR, Ortiz I, Grajeda J, Letona K, Marroquín H, et al., editores. Guía de manejo para las fístulas enterocutaneas [Internet]. Vol. 21. Rev Guatem Cir; 2015. Disponible en: <https://pp.centramerica.com/pp/bancofotos/1519-28766.pdf>