

# UTILIZACIÓN DE BARRERA CUTÁNEA CONVEXA EN ILEOSTOMÍA DE DIFÍCIL MANEJO

## USE OF CONVEX CUTANEOUS BARRIER IN DIFFICULT MANAGE ILEOSTOMY

## USO DE BARREIRA CUTÂNEA CONVEXA NA ILEOSTOMIA DE DIFÍCIL MANEJO

**JOICY FRANCO COFFRÉ**

Convatec, Ecuador

### RESUMEN

Una ileostomía es una abertura creada en la pared abdominal en la que se toma la porción terminal del íleon para formar un estoma. Al poseer heces líquidas, de salida continua y de pH ácido, se vuelven un desafío para el profesional de salud, paciente y familia alterando su calidad de vida. El siguiente caso tiene como objetivo principal presentar el tratamiento idóneo para manejar estomas de difícil manejo, en esta ocasión un estoma plano que causaba muchas molestias a la paciente por las constantes fugas y pobre adhesión del sistema colector de heces. Motivos por los cuales desarrolló una dermatitis irritativa de extensión importante; para su resolución se sugirió el uso de una barrera cutánea convexa más aplicación de presión externa con el cinturón de ostomías. La convexidad adecuada previene fugas, y por consiguiente mejora la integridad de la piel periestomal. La barrera cutánea convexa aumentó la protrusión del estoma por encima del nivel de la piel circundante, y logró un sellado eficaz para menores cambios del sistema colector.

**PALABRAS CLAVE:** ileostomía, dermatitis, estomas quirúrgicos, barrera cutánea.

### ABSTRACT

An ileostomy is a created opening in the abdominal wall where the terminal portion of the ileum is taken to form a stoma. By having liquid stools, continuous output, and acid pH, they become a challenge for the health professional, patient, and family disturbing their quality of life. The main objective of the following case is to present the ideal treatment to handle stomas that are difficult to handle, this time a flat stoma that caused a lot discomfort to the patient due to the constant leaks and poor adhesion of the stool collection system. Reasons why he developed a severe irritant dermatitis; For its resolution, the use of a convex skin barrier plus application of external pressure with the ostomy belt was suggested. Proper convexity prevents leakage, thereby improving the integrity of the peristomal skin. The convex skin barrier increased stoma protrusion above the level of the surrounding skin and achieved an effective seal for fewer collecting system changes.

**KEYWORDS:** ileostomy, dermatitis, surgical stomas, skin barrier.

### RESUMO

Uma ileostomia é uma abertura criada na parede abdominal onde a porção terminal do íleo é agarrada para formar um estoma. Por terem fezes líquidas, débito contínuo e pH ácido, tornam-se um desafio para o profissional de saúde, paciente e família alterando sua qualidade de vida. O principal objetivo do caso a seguir é apresentar o tratamento ideal para o manuseio de estomas de difícil manuseio, desta vez um estoma plano que causava muito desconforto ao paciente devido aos vazamentos constantes e má aderência do sistema coletor de fezes. Razões pelas quais ele desenvolveu uma dermatite irritante severa; Para sua resolução, foi sugerida a utilização de barreira cutânea convexa e aplicação de pressão externa com a cinta de estomia. A convexidade adequada evita o vazamento, melhorando assim a integridade da pele periestomal. A barreira convexa da pele aumentou a protrusão do estoma acima do nível da pele circundante e alcançou uma vedação eficaz para menos alterações do sistema coletor.

**KEYWORDS:** ileostomia, dermatite, estomas cirúrgicos, barreira da pele.

## INTRODUCCIÓN

La ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que aboca una víscera al exterior, en el caso de las ostomías digestivas, a través de la pared abdominal. La cirugía crea una salida alternativa al órgano o segmentos del tracto urinario internos, desviando el flujo de los desechos del cuerpo, tales como orina y las heces a la superficie externa del cuerpo.<sup>1</sup> En el caso de las ileostomías, pueden ser creadas temporal o permanentemente. En el caso de las temporales, son para proteger una anastomosis con riesgo de escape (posición baja en el recto, en un campo radiado, un paciente inmunocomprometido, o desnutrido, y en algunas cirugías urgentes).<sup>2</sup> y en las ileostomías permanentes se realizan por una proctocolectomía total o en personas con obstrucción.

La evaluación y manejo del estoma se considera un aspecto crítico para evitar complicaciones durante el período postoperatorio y para la adaptación exitosa a la nueva ostomía. Mientras que también muchos tipos de problemas periestomales pueden influir en el bienestar psicológico y emocional después de la cirugía.<sup>3</sup>

Las complicaciones de la piel periestomal se encuentran en un 63% de los pacientes que se realizan una colostomía, y ocurren en un lapso de 21-40 días de la construcción del estoma.<sup>4</sup> Son consideradas como complicaciones tanto tempranas como tardías y se consideran a las ileostomías como las de más elevado riesgo a desarrollar esta problemática (entre el 3-42%).<sup>5</sup>

El grado de irritación puede variar desde una dermatitis periestomal leve hasta una pérdida del espesor total de la piel. La mayoría de estos casos se deben simplemente a la negligencia en la construcción de un estoma protruido, y de al menos una pulgada, o también a la valoración inadecuada del estoma y del sistema colector que pueda adecuarse a su necesidad.

Los estomas de acuerdo a su altura, pueden denominarse como retraídos (por debajo del nivel de la piel), de bajo perfil (estomas de menos de 1.5 cms de altura), planos (estoma al nivel de la piel), protruidos (entre 1.5cms y 2.5 cms), y prolapsados (estoma de más de 5 cms).<sup>6</sup> Es un detalle de suma importancia la valoración previa de este punto para poder escoger el sistema colector que se adecúe a la necesidad del paciente y evitar fugas de heces que alteren su piel periestomal y lo que es peor su calidad de vida. En el caso de los esto-

mas retraídos o planos se recomienda el uso de Convexidad.<sup>7</sup> La forma convexa empuja en la piel alrededor del estoma, y esto ayuda a protruirlo; la reducción del riesgo de fugas es notable y otorga mayor duración a la barrera cutánea.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se realizó seguimiento de caso a una paciente de sexo femenino de 50 años de edad en el hospital oncológico de la Sociedad de Lucha contra el cáncer en la ciudad de Guayaquil, con ileostomía temporal, por padecer de un tumor maligno de recto y a la cual se le practicó una resección parcial de colon; en el momento de la consulta no había realizado aún las sesiones de radioterapia ni quimioterapia. Es captada en el servicio de consulta externa del hospital, el 24 de abril del 2016 y terminando el seguimiento el 2 de mayo del mismo año, a las 4 semanas de ser ostomizada. La paciente refirió cambiar 3 veces al día la bolsa de una pieza por fugas constantes y mucho ardor y dolor en la piel periestomal.

A la valoración del estoma y piel periestomal se encontraron los siguientes datos:

**TABLA 1 VALORACIÓN DE LA OSTOMÍA**

ÍTEM VALORACIÓN ESTOMA/PIEL	HALLAZGO
<b>PERIESTOMAL</b>	
Coloración	Rosa brillante, saludable
Forma	Redonda
Altura	Plano
Construcción	Terminal
Localización	Cuadrante inferior derecho
Efluente	Semilíquido, cada 3 horas y con la ingesta de líquidos, producción normal de 750-1000 ml
Sutura mucocutánea	Irritación en toda la circunferencia de la sutura mucocutánea
Piel periestomal	Lesión erosiva en área inferior y superior del estoma
Orificio de descarga	A las 2 de las manecillas del reloj
Contorno abdominal	Abdomen prominente, con flacidez en área estomal.

Se detectaron tres grandes factores para las fugas de heces constantes: la altura del estoma era plana; se encontraba al ras de la piel, esto conllevó a un mal sello entre la barrera plana de la bolsa de ostomía que al no encontrarse con el estoma permitía las fugas. En segundo lugar la piel periestomal se encontraba con una dermatitis irritativa importante con exudado que interfería en la adhesión del dispositivo (Figura 1). Y como tercer punto, el orificio de descarga se encontraba por debajo del nivel de la piel y hacia la parte interna del estoma, no en medio como suele ser la recomendación.



**Figura 1.** Dermatitis irritativa en area superior e inferior del estoma. Inicio del seguimiento.

Para poder corregir la problemática de esta paciente se enfrentaron tres desafíos: estoma plano, agujero de descarga a las 2 de las manecillas del reloj y ligeramente retraído, exudado de la lesión erosiva que no permite adherirse al dispositivo. Así mismo el contorno abdominal flácido y prominente se volvía una dificultad.

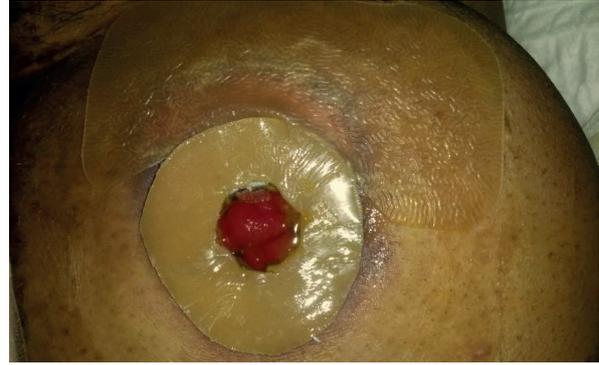
Se procedió a la limpieza del área periestomal irrigando con solución salina para evitar dolor. Al haber retirado el efluente y dejar el lecho de la herida limpia, se secó con gasa dando delicados toques. Se aplicó polvo hidrocoloide en la zona afecta y luego se retira el exceso (Figura 2).



**Figura 2.** Aplicación de polvo hidrocoloide.

Para poder impregnar este producto en la piel y brindar mayor duración en la misma, se administró una película de silicona en aerosol lo cual es denominado como la técnica de glaseado o "crusting technique".<sup>9</sup>

Luego de ello, para brindar protección adicional y quitar humedad a la periferia de la base del estoma, se colocó un protector cutáneo de hidrocoloide mas poliuretano en forma de dona. Para el aislamiento de la zona lesionada con el adhesivo de la barrera dérmica del dispositivo, se aplicó un hidrocoloide fino (Figura 3).



**Figura 3.** Protector cutáneo de hidrocoloide y poliuretano.

Finalmente se coloca pasta hidrocoloide en la barrera cutánea convexa para brindar protrusión del estoma; de esta forma exista más seguridad de que el efluente no llegue a filtrarse y desprender el dispositivo (Figura 4). Cuando el estoma por sus características necesita la utilización de convexidad, debe estar siempre acompañado del uso de un cinturón<sup>10</sup> para ostomías y este fue el tratamiento completo que la paciente recibió. La barrera cutánea convexa tuvo una duración de 4 días sin presentar fugas; se realizaron en total 3 curaciones, y la dermatitis irritativa tuvo su remisión el 2 de mayo del 2016 (Figura 5).



**Figura 4.** Aplicación de pasta hidrocoloide y la barrera



**Figura 5.** Remisión de la lesión, a los 10 días de cutánea convexa seguimiento.

## DISCUSIÓN

El resultado de este caso clínico evidencia que la utilización de hidrocoloides, tanto en polvo como en placa, son de beneficio para el fomento de la cicatrización de las lesiones químicas por ileostomías. Al mismo tiempo que la barrera cutánea convexa brinda al paciente tener mejor calidad de vida, sin necesidad de volver a ser reintervenido quirúrgicamente para modificar la forma y altura del estoma.

En un estudio de caso control, de corte transversal realizado en septiembre del 2003 a toda la población ostomizada del condado de Roskilde, Dinamarca; hallaron que las complicaciones cutáneas diagnosticadas estaban asociadas a las fugas. La fuga se asoció significativamente con complicaciones cutáneas (OR = 2,10) IC del 95% (1,18-3,71), P = 0,0107. La fuga no se asoció con el tipo de estoma. Y por lo tanto puede ser un factor de riesgo independiente.<sup>11</sup> Estudios anteriores han sugerido la obesidad como un riesgo de factor de excoriación temprana de la piel. Pacientes con complicaciones de la piel tenían un IMC promedio de 27,3, mientras que los que no poseían complicaciones de la piel tenían un IMC de 26.0. Un umbral parece ocurrir cuando el IMC excede 30.<sup>11,12</sup>

La utilización de dispositivos para brindar convexidad, junto con pasta hidrocoloide, se vuelven alternativas terapéuticas válidas en el manejo de complicaciones; en un estudio prospectivo de 8 meses de duración, realizado en 97 pacientes en Londres, determinaron que esta intervención fue válida en 21 pacientes, y que permitió que no tuviesen que someterse a una nueva construcción del estoma.<sup>12</sup>

Richbourg en el 2007 informó que la fuga de las heces por mala elección del dispositivo de ostomía, fue la causa de piel adolorida en un 62%;<sup>13</sup> en nuestro país no se cuenta con estudios que puedan darnos un panorama de esta problemática, pero penosamente en nuestro medio no existe dentro de las instituciones hospitalarias, algún formato o protocolo de valoración de los estomas y de la piel estomal como lo es el SACS<sup>TM</sup><sup>14</sup>, y todos los pacientes salen de alta con bolsas de una pieza, desconociendo su talla de estoma, cuidados ambulatorios, duración de los puntos de sutura, alimentación etc. La educación estructurada del paciente ostomizado dirigida a sus necesidades psicosociales, parece tener un efecto positivo en la calidad de vida, así como en la reducción de costos, por mal manejo de su estoma.<sup>15</sup>

En lo que respecta a los productos para resolución de complicaciones de la piel y estomas de difícil manejo, varias casas comerciales los ofertan a nivel mundial. En nuestro país si existen estas opciones pero existe un elevado nivel de desconocimiento. Soluciones sencillas como la colocación de un polvo hidrocoloide si ya existe la dermatitis irritativa son poco conocidas en la resolución de esta problemática; es el único producto para ostomías reconocido y que es aplicado en la piel mojada por el exudado de la lesión.<sup>16</sup> La barrera convexa y el protector cutáneo que se uso en el caso, también son de poca difusión entre los profesionales de la salud que se ven envueltos con los pacientes ostomizados.

Al ser una lesión local no puede estar exenta de factores intrínsecos que puedan fomentar la cicatrización de la herida. Los pacientes desnutridos, ancianos, con enfermedades autoinmunes, vasculopatías, recepción de quimioterapia, radioterapia, etc., pueden interferir con el tratamiento de las lesiones periestomales. Cada paciente y sus condiciones únicas pueden facilitar como dificultar la evolución de la lesión hasta su remisión. En el caso presentado la paciente aun no recibía tratamiento quimioterápico, pero sin embargo tuvo una convalecencia prolongada entre ellas 3 semanas en la unidad de cuidados intensivos que permitió que bajara casi 8 kg de peso y su condición nutricional se deteriorara. Sin embargo el tratamiento fue eficaz en su caso hasta el día de hoy.

## CONCLUSIÓN

Dentro de las ostomías, las ileostomías se consideran las de más difícil manejo. Efluente ácido, de salida constante y de consistencia líquida, son características que se vuelven un desafío en la vida del paciente que la posee. En el caso presentado no fue ésta la excepción. La dermatitis irritativa fue resuelta mediante el aislamiento de la lesión del efluente, esto, con la utilización de hidrocoloides y protectores cutáneos.

Sin embargo esto fue tan solo una consecuencia de una razón de fondo, la cual fue, la altura del estoma. Un estoma plano y con ángulo de drenaje bajo el nivel de la piel abdominal, hace mandatorio el uso de un sistema colector de dos piezas, con barrera cutánea convexa que proporcionase una protrusión del estoma que fue justamente lo que se consiguió y que permitió que las heces llegasen a la bolsa colectora sin contactar y afectar la piel.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cowan ST. Unusual infections following cerebral operations: With a description of *Diplococcus mucosus* (von Lingelsheim). *Lancet* 1938; 2: 1052-4.
2. Peleg AY, Seifert H, and Paterson D. *Acinetobacter baumannii*: Emergence of successful pathogen. *Clin Microbiol Rev.* 2008; 21:538-592.
3. Perez F., Hujer A., Hujer K., Decker B., Rather P., Bonomo R. Global challenge of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* *Antimicrob Agents Chemother.* 2007; 51: 3471-84.
4. Karah N, Haldorsen B, Hegstad K, Simonsen GS, Sundsfjord A, Samuelsen O. Species identification and molecular characterization of *Acinetobacter* spp. blood culture isolates from Norway. *J Antimicrob Chemother.* 2011;66:738-44.
5. Chuang YC, Sheng WH, Li SY, Lin YC, Wang JT, Chen YC, Chang SC. Influence of genospecies of *Acinetobacter baumannii* complex on clinical outcomes of patients with *Acinetobacter* bacteremia. *Clin Infect Dis.* 2011; 52:352-60.
6. Poirel L, Naas T, Nordmann P. Diversity, epidemiology, and genetics of class D  $\beta$ -lactamases. *Antimicrob Agents Chemother* 2010 ; 54:24-38.
7. Evans B and Amyes S. OXA  $\beta$ -Lactamases. *Clin. Microbiol. Rev.* 2014, 27:241.
8. Mugnier P, Poirel L, Naas T, Nordmann P. Worldwide dissemination of the bla<sub>OXA23</sub> carbapenemase gene of *Acinetobacter baumannii* *Emerging infection diseases* 2010; 16(1):35-40.
9. Clinical Laboratory Standards Institute 2012. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; 22nd Informational Supplement, M100-S22. Wayne, Pa: Clinical and Laboratory Standards Institute.
10. Woodford N, Ellington M, Coehlo J, Turton J, Ward M., Brown S Amyes SG, Livermore DM. Multiplex PCR for genes encoding prevalent OXA carbapenemases in *Acinetobacter* spp. *Int J Antimicrob Agents* 2006; 27: 351-3.
11. Quelle LS, Catalano M. Efficacy of two DNA fingerprinting methods for typing *Acinetobacter baumannii* isolates. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 200; 39: 215-23.
12. Alvarez-Lerma F., Palomar M., Insuasti J., Olaechea P., Cerda E., Castillo F., Martinez-Pellu A. Infecciones por *Acinetobacter* spp. en pacientes criticos en UCI. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23: 533-9.
13. Martinez-Pellu A., Ruiz Gomez J., Sánchez F., Cordoba E., Fernández Lozana J. Incidencia de la colonización e infección por *Acinetobacter baumannii* en una UCI con situación de epidemia. Análisis de factores de riesgo mediante un estudio de vigilancia. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 5: 194-9.
14. Playford E., Craig J., Iredell J. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in intensive care unit patients: risk factors for acquisition, infection and their consequences. *J. Hosp Infect* 2007; 65: 204-11.
15. Wang H, Guo P, Sun H et al. Molecular epidemiology of clinical isolates of carbapenem-resistant *Acinetobacter* spp. from Chinese hospitals. *Antimicrob Agents Chemother* 2007; 51:4022-8
16. Lee K, Kim MN, Choi TY, et al. Wide dissemination of OXA-type carbapenemases in clinical *Acinetobacter* spp. isolates from South Korea. *Int J Antimicrob Agents* 2009; 33: 520-4.
17. Barnaud C, Zihoune N, Ricard JD et al. Two sequential outbreaks caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates producing OXA-58 or OXA-72 oxacillinase in an intensive care unit in France. *J Hosp Infect* 2010; 76:358-60.
18. Werneck JS, Picão RC, Carvalhaes CG et al. OXA-72-producing *Acinetobacter baumannii* in Brazil: a case report. *J Antimicrob Chemother* 2011;66:452-4.
19. Montealegre MC, Maya JJ, Correa A et al. First identification of OXA-72 carbapenemase from *Acinetobacter pittii* in Colombia. *Antimicrob Agents Chemother* 2012; 56:3996-8.