

# Colostomía espontánea: Aplicación de terapia negativa tópica (VAC)

Inmaculada Davín Durbán\* y Emilia Mateo Marín\*\*

\* Estomaterapeuta. Consulta de enfermería de ostomías. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. idavin@vhebron.net

\*\* Enfermera de la consulta de enfermería de heridas crónicas y úlceras por presión. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. emateo@vhebron.net

## Resumen y palabras clave

En el hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona la consulta de enfermería de ostomías y la consulta de enfermería de heridas crónicas y úlceras por presión, a menudo, trabajan en equipo.

Se presenta un caso inicialmente valorado y revisado por la enfermera estomaterapeuta pero que requirió la cooperación de la enfermera de heridas, debido a la dehiscencia de sutura de la herida quirúrgica abdominal, de gran tamaño, que acabó en una colostomía transversa espontánea, en la que se decidió, la aplicación de terapia de presión negativa tópica (VAC) para la reducción de la cavidad y adaptación de un dispositivo de ostomías.

**Palabras clave:** Ostomía espontánea, Presión negativa tópica, VAC, Fístula enterocutánea, Dispositivo de fístulas.

## Introducción

El término estoma deriva del griego y significa "boca", se emplea para designar el abocamiento de una víscera hueca a la pared abdominal, con el fin, generalmente, de expulsar los productos de desecho.

Dentro de las ostomías digestivas encontramos la colostomía, que es la exteriorización del colon a la pared abdominal. No es frecuente que surja una colostomía espontánea a raíz de una fístula enterocutánea.

El caso que se muestra es relevante por su singularidad y porque nos ha permitido, en un periodo de tiempo relativamente corto, utilizando la terapia de presión negativa tópica, (en adelante PNT) aumentar la calidad de vida de la paciente y la curación de la lesión periestomal.

Asociar PNT a una fístula es frecuente en ámbitos hospitalarios donde se realizan este tipo de curas, aislando el estoma de la zona de herida, pero lo que no es habitual es utilizar la terapia negativa tópica, cubriendo un estoma para reducir la cavidad resultante de una dehiscencia de sutura tras la aparición de una fístula enterocutánea<sup>1-2</sup>.

La decisión del tratamiento y seguimiento del caso fue multidisciplinar, ya que intervinieron en él el equipo médico de cirugía, la enfermera estomaterapeuta, la enfermera de heridas crónicas y enfermería asistencial.

Una vez más se ha podido constatar que la implicación de distintos profesionales trabajando de forma coordinada favorece la calidad del cuidado asistencial y la optimización del tiempo y de los recursos.

## Objetivos

Los objetivos que nos propusimos para solucionar este caso fueron los siguientes:

- Cierre de la lesión por segunda intención.
- Mantenimiento íntegro de la piel perilesional.
- Adaptación al estoma de un dispositivo de ostomías para la recogida de heces.
- Aumentar la calidad de vida y el confort de la paciente.

## Antecedentes patológicos de la paciente:

- Obesidad mórbida sometida a cirugía bariátrica en 1992, 1993, 1994, realizando los siguientes procedimientos: gastroplastia vertical anillada (Banding) derivación intestinal en Y de Roux.
- Cesárea en 1982.
- Trastorno Bipolar tipo 2 diagnosticado desde 1988, siguiendo las visitas de control por su Psiquiatra.
- Hospitalizada en 2007 por pericarditis que cursó con taponamiento cardíaco, secundario a fístula gastro-pericárdica-transdiafragmática. Se realizó pericardiocentesis, ventana pericárdica y cierre primario de la fístula, donde se encontró perforación gástrica, con anastomosis gastroyeyunal. Posterior a esto presenta en el postoperatorio fiebre y cuadro séptico, con salida de material fecal a través de la herida quirúrgica, reinterviéndose de urgencia, se encuentra perforación puntiforme en el colon transversal, el cual se repara por cierre primario y se realiza lavado de la cavidad. La paciente requiere una segunda



Foto 1. Valoración inicial, obsérvese la dehiscencia de sutura y la aparición del colon transverso.



Foto 2. Adaptación del dispositivo de fistulas a los pliegues cutáneos.



Foto 3. Cura inicial.



Foto 4. Apertura total de la herida y exposición de la colostomía espontánea.



Foto 5. Adaptación del dispositivo al nuevo tamaño de la lesión.



Foto 6. Apreciación de pequeña reducción, de la lesión, por segunda intención.

intervención urgente por reaparición de cuadro séptico, en esta ocasión se encuentra otra perforación colónica con peritonitis fecal por lo que se realiza ileostomía de descarga. Posterior a esto la evolución fue adecuada con excepción de una infección en la ostomía y persistencia de la fístula coló-cutánea.

## Paciente y método

Este caso está basado en la aplicación de la terapia VAC en ostomías<sup>3-4-5</sup>.

Paciente mujer de 55 años con obesidad mórbida que ingresa para cierre de ileostomía y fistulectomía programada. La intervención quirúrgica no presentó ningún tipo de incidencias. En el 8º día del postoperatorio presenta absceso de pared con emisión de material fétido a través de la herida quirúrgica.

Al 10º día del postoperatorio, desarrolla una nueva fístula entero-cutánea a nivel de colon transverso, dehiscencia de sutura quirúrgica.

Este mismo día se inicia valoración por parte de la enfermera estomaterapeuta, en la que se observa dehiscencia de sutura quirúrgica, exteriorización del colon transverso con salida de heces a través de la misma y piel periestomal macerada.

La primera opción fue colocar una bolsa de fístulas debido al gran tamaño de la dehiscencia, y la imposibilidad de poder aplicar otro tipo de dispositivo. Este dispositivo, se caracteriza por que es un sistema de una pieza, con adhesivo laminado en dos capas que en contacto con la piel proporciona gran adaptabilidad y sellado al relieve cutáneo. La segunda capa tiene gran resistencia a la erosión evitando que el adhesivo se deshaga en contacto con el efluente. También presenta una ventana para poder acceder a la fístula-herida, lo que permite realizar las curas sin tener que cambiar el dispositivo<sup>6-7-8-9-10</sup> (fotos 1, 2 y 3).

Al tercer día después de la valoración inicial se produce un aumento del tamaño de la dehiscencia y la profusión del colon transverso. Se decide seguir con el dispositivo de fístulas, previa limpieza de la cavidad y fomentos con solución de limpieza de heridas con Polihexanida y Betaina. Se protege la piel perilesional con Merbromina al 2% (fotos 4 y 5).

El día 13, después de la primera cura, se observa una pequeña reducción del tamaño de la lesión y crecimiento de tejido de granulación por segunda intención pudiendo

aplicar dispositivo de ostomías, que fracasa por el gran tamaño de la lesión (fotos 6 y 7).

El día 14 y debido a los siguientes motivos:

- Con el dispositivo que se le había colocado las heces estaban en contacto con la zona de dehiscencia y impedían la cicatrización de la cavidad.
- El gran tamaño de la bolsa.
- La no colaboración de la paciente debido a su característica de enferma bipolar, que no realizó reposo relativo para mantener la adherencia del dispositivo que ocupaba gran parte de su abdomen.

Se valoró la posibilidad de aplicar PNT VAC con el objetivo de acelerar el crecimiento del tejido de granulación así como reducir el tamaño de la lesión para poder aplicar un dispositivo de colostomía adaptado a la piel periestomal y aumentar el confort de la paciente<sup>3</sup>.

Previo a la colocación de la terapia negativa tópica VAC se realizó una valoración integral de la paciente, ya que es importante el aspecto tanto físico como psicológico, que también puede ser determinante para el desarrollo del proceso. Esta paciente presentaba un trastorno de bipolaridad, que le condicionó el no seguimiento de las pautas terapéuticas durante la aplicación del tratamiento, así como nos aumentó las cargas de trabajo por su incumplimiento: no tocar el dispositivo, reposo relativo...

Se valoró la efectividad de la PNT, se comprobó si los fundamentos en que se basa y los objetivos que pretende eran los adecuados para el tipo de herida que teníamos y que son<sup>1-11</sup>:

- Eliminar el exudado y reducir el edema de los bordes.
- Aumentar el riego microvascular periférico.
- Estimular la formación del tejido de granulación.
- Reducir el tamaño y complejidad de la herida.
- Mejorar el lecho de la herida.
- Y en el caso de fístulas enterocutáneas el cierre de la misma si es aguda o la contención si es crónica.
- Aumentar la independencia de los pacientes debido a la estabilización de la zona abdominal.

También se valoró el estado y el cuidado de la piel perilesional, de la paciente que en un primer momento presentó una piel macerada en los bordes de la lesión, se decidió cura tópica con Merbromina al 2% ya que actúa de antiséptico y además forma una película que seca la piel.

El día 14, post valoración inicial, se inicia PNT.

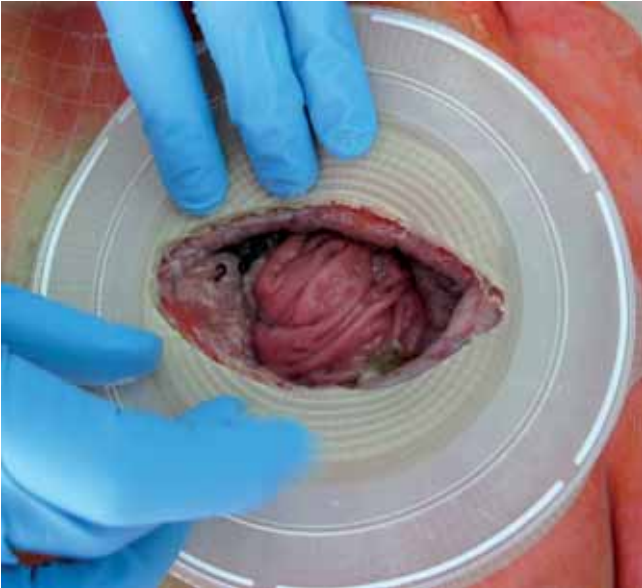


Foto 7. Aplicación del dispositivo de ostomías recortado al máximo.



Foto 8. Fomento con solución de Polihexanida y Betaina.



Foto 9. Protección del colon con apósito mallado, previo a la colocación de la espuma y protección de la piel con Merbromina al 2%.



Foto 10. Aplicación de espuma negra encima del apósito mallado.



Foto 11. Sellado de la cura.



Foto 12. Inicio succión VAC.

Se dejó a la paciente en dieta absoluta con el objetivo de que la colostomía espontánea no fuera productiva para mantener limpia la cavidad de dehiscencia y facilitar el proceso de crecimiento de tejido de granulación promovido por la PNT, a la espera de aproximación de los bordes de la cavidad.

Para la realización de las curas con PNT VAC se siguió el protocolo establecido en los documentos de consenso y en las directrices generales de uso, que indican la colocación previa de apósito no adherente de malla ancha interpuesta entre el intestino y el apósito de esponja para proteger el intestino<sup>1-2</sup>. Con una presión de 125 mmHg y continuo y previa limpieza con una solución de limpieza de heridas con Polihexanida y Betaina (fotos 8, 9, 10, 11 y 12).

Durante el primer día de tratamiento con la PNT se observa una salida de heces procedentes de la colostomía espontánea, debido en gran parte a que la paciente inició dieta absoluta el mismo día. Se solucionó volviendo a realizar la cura y aumentando la presión de 125 a 150 mm/Hg.

No hubo problemas relacionados con la PNT durante el tratamiento, aunque debido a la condición de poca colaboración por parte de la paciente, en algunas ocasiones se perdía el sellado de la cura y se tenía que reforzar con parches de film de poliuretano.

Se mantiene la terapia negativa tópica durante 14 días en los cuales no se produce ninguna incidencia significativa y se decide su retirada cuando la dehiscencia ha reducido de tamaño (fotos 13 y 14) y permite la colocación de un dispositivo de ostomías para recogida de heces de diámetro 90 mm de doble pieza adhesivo.

Se reintroduce dieta astringente progresiva.

Se realizó soporte emocional a la paciente y familia en todo momento, ya que la formación de la nueva fistula representó un impacto importante para ellos.

Después del alta hospitalaria se sigue visitando a la paciente, en la consulta de enfermería de ostomías, ambulatoriamente (fotos 15, 16, 17 y 18).

## Resultados

Se observa:

- Reducción del tamaño de la cavidad en un periodo de tiempo corto, por la aplicación de la PNT (VAC).
- Formación de una colostomía transversa.
- Mantenimiento de la piel perilesional íntegra y no macerada.
- Durante el tratamiento con la terapia VAC la paciente experimenta un aumento del confort y de la independencia para los autocuidados así como disminución de la ansiedad.
- Reducción de la pauta de las curas.
- Reducción de la estancia hospitalaria.

## Conclusiones

La terapia VAC se puede aplicar en fístulas o colostomías, sin dañarlas y aislándolas de la lesión, aumentando el confort de la paciente y pudiendo adaptar posteriormente un dispositivo de ostomías que le permitirá ser independiente en sus cuidados. El trabajo en equipo permite una mejor consecución de los objetivos y permite una mejor comunicación y relación entre los profesionales de las distintas disciplinas para un objetivo común, el restablecimiento de la salud del paciente.

## Bibliografía

1. Documento de consenso VAC Therapy, aplicación en cirugía general. Asociación española de cirujanos/ KCI clinic Spain. Edición revisada junio 2007.
2. The "Fistula VAC" a technique for management of enterocutaneous fistulae arising within the open abdomen: report of 5 cases. Goverman J, Yelon JA, Platz JJ, Singson RC, Turcinovic M. J Trauma. 2006. 60(2): 428-31.
3. Managing the open abdomen. M. Kaplan. Ostomy wound Manage. 2004 Jan; 50 (1A suppl): C2, 1-8, quiz 1p following 8.
4. Guidelines for the Management of the open abdomen. Mark Kaplan, MD,FACS; P Banwell, BSc, et al.
5. Topical negative pressure: advanced management of the open abdomen. Swan M, Banwell PE. Oxford Wound Healing society, 2003.
6. www.coloplast.es. Folleto Coloplast fistula.
7. Presentación: Management of Fistula's in the abdominal region. Hocevar, Barbara; The Cleveland Clinic Foundation; USA. A non-comparative multi centre investigations. 9th ECET Congress 2007.
8. Management of fistula's in the abdominal region. J.Wound Ostomy continence Nurs. 2008; 35(4): 417-423. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
9. Poster, Management of fistula's in the abdominal region. Case study nº1. Judy Landis-Erdman, Barbara Hocevar, Paula Erwin-Toth, James Wu, MD, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio. Presented at WOCN Congress 2006.
10. Poster, Management of fistula's in the abdominal region. Case study nº 2. Judy Landis-Erdman, Barbara Hocevar, Paula Erwin-Toth, James Wu, MD, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio. Presented at WOCN Congress 2006.
11. V.A.C Therapy Guía clínica. Referencia para facultativos. Edición revisada septiembre 2007. Publicado por KCI The Clinical Advantage.

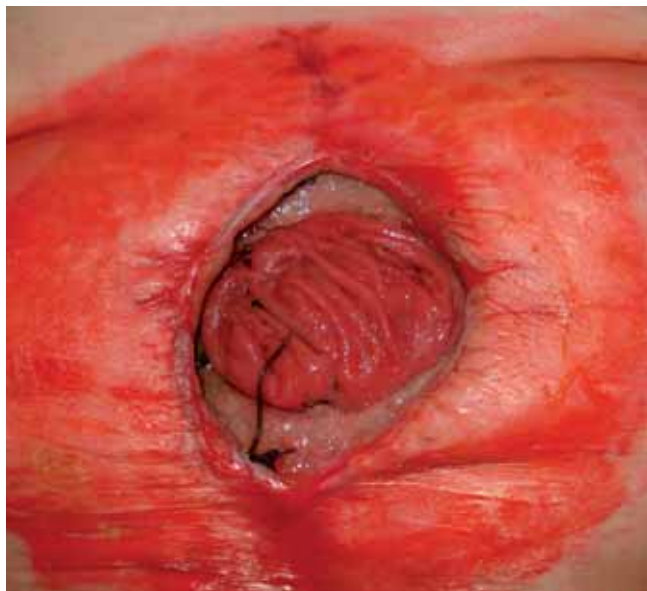


Foto 13. 7º día tratamiento PNT, se observa aproximación de bordes.



Foto 14. Final terapia VAC.



Foto 15. Visita en la consulta de enfermería de Ostomias al 13 día después del alta hospitalaria.



Foto 16. Primera visita ambulatoria. Dispositivo de ostomias adaptado.



Foto 17. Un mes y medio post-alta. Estoma delimitado.

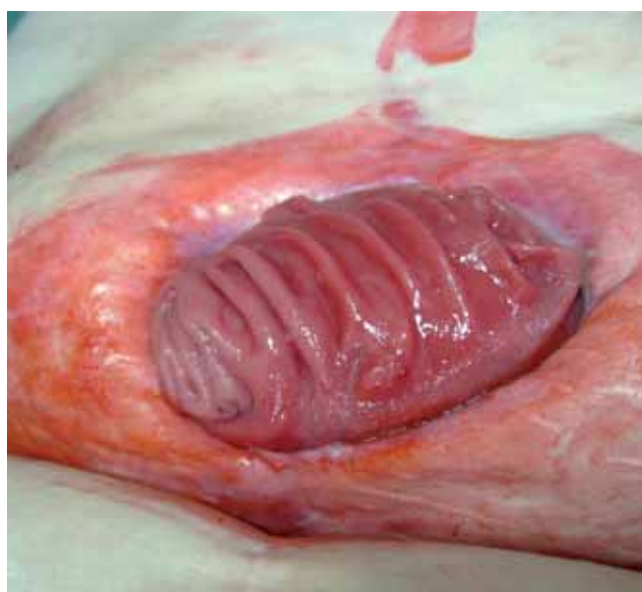


Foto 18. Protección de la piel periestomal.