

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS EN LAS ILEOSTOMÍAS CUTÁNEAS

N. ALONSO GRACIA, J.A. LORENTE GARÍN, E. DE LEÓN MORALES,
D. CAÑÍS SÁNCHEZ, R. CORTADELLAS ÁNGEL, M.I. SÁNCHEZ DE LA BLANCA*,
A. GELABERT-MÁS

*Servicio y Cátedra de Urología. *Estomaterapeuta. Hospital del Mar. UAB. Barcelona.*

Actas Urol Esp. 28 (6): 437-442, 2004

RESUMEN

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS EN LAS ILEOSTOMÍAS CUTÁNEAS

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo de las complicaciones médico-quirúrgicas y alteraciones de la calidad de vida de los pacientes portadores de derivación cutánea uretero-ileal por patología tumoral vesical.

PACIENTES Y MÉTODO: La serie consta de 67 pacientes con una edad media de 70,3 años.

Se analizan las siguientes variables: las complicaciones médico-quirúrgicas precoces tempranas y tardías, las variaciones del índice de masa corporal (IMC) y la afectación de la calidad de vida.

RESULTADOS: La complicación precoz más frecuente es la necrosis de mucosa (7%) sin repercusión posterior. Las complicaciones tardías en orden de frecuencia son las dermatitis (18%), estoma plano (12%), hernia paraestomal (12%), estenosis (9%) y granulomas (6%).

Las variaciones del IMC no condicionan un aumento del número de complicaciones.

La adaptación psicológica es buena en el 92%, aunque la mayoría reconoce pequeños cambios en sus hábitos que no repercute en su calidad de vida.

CONCLUSIÓN: En esta serie se aprecia una baja incidencia de complicaciones. Los consejos preoperatorios y el seguimiento posterior por el equipo cirujano-estomaterapeuta juega un papel fundamental en la adaptación psicológica después de la cirugía.

PALABRAS CLAVE: Estoma. Calidad de vida. Complicaciones médico-quirúrgicas.

ABSTRACT

ANALYSIS ABOUT QUALITY OF LIFE VARIABLES IN STOMA PATIENTS MEDICAL-SURGICAL COMPLICATIONS

OBJECTIVE: Our objective is to carried out a descriptive study about medical-surgical complications and alterations about quality of life in stoma patients secondary to bladder tumour.

PATIENTS AND METHOD: The series are composed of 67 patients. The mean age was 70.3 years.

We analyse the following variable: early and late medical-surgical complications, the body mass index (BMI) change and the alteration of quality of life.

RESULTS: The most frequent early complication is the ischemic necrosis (7%) without posterior repercussion. The late complications in frequency order are: peristomal dermatitis (18%), plane stoma (12%), peristomal hernia (12%), stenosis (9%) and granuloma (6%).

The BMI changes don't conditionate a increase in the complications.

The psychological adaptation is good in 92%, although the majority affirm a little changes in life-style, but they don't have a repercussion on quality of life.

CONCLUSIONS: In this series we estimate a low incidence of complications. The preoperative counsel and the posterior following by the stoma care nurse-surgeon team, play a fundamental role on psychological adaptation after surgery.

KEY WORDS: Stoma. Quality of life. Medical-surgical complications.

La realización de un estoma, obliga al paciente a adaptarse a una situación diferente que conlleva un cambio en sus hábitos. En la práctica diaria es frecuente subestimar las quejas respecto al estoma y no considerarlas como una complicación.

El impacto para el paciente viene determinado tanto por las complicaciones médicas como por los problemas secundarios a sus cuidados.

Unos correctos consejos sobre el manejo y el tratamiento adecuado ayuda a los pacientes a aceptar su nueva situación. Ante estas circunstancias juega un papel fundamental tanto el personal médico como el personal de enfermería especializado, donde su principal objetivo es devolver al paciente una buena calidad de vida y permitir que sea autosuficiente¹.

En este trabajo nos interesó valorar las complicaciones médico-quirúrgicas y la alteración de la calidad de vida de nuestra serie de pacientes portadores de derivación cutánea urétero-ileal por tumor vesical y así poder reconducir aquellos pacientes que no vuelven al control post-quirúrgico.

PACIENTES Y MÉTODO

Pacientes

Entre enero de 1985 y diciembre del 2001 se realizaron en nuestro centro 135 cistectomías radicales. En 85 pacientes (63%) se realizó una derivación urinaria tipo Bricker, en 24 pacientes (18%) una ureterosigmoidostomía y en 8 pacientes (6%) una derivación ortotópica.

La serie está formada por 85 pacientes; 75 hombres y 10 mujeres.

Método

Se realizó un análisis descriptivo-retrospectivo de los pacientes portadores de derivación intestinal tipo Bricker. La información la obtuvimos del historial médico más una visita actualizada por el estomaterapeuta donde acudieron 40 pacientes. En 27 pacientes la información se tomó únicamente del historial y en 18 pacientes no se pudo disponer del historial médico. El estudio englobó un total de 67 pacientes: 59 varones (88%) y 8 mujeres (12%).

Se valoró la realización de una visita preoperatoria por el estomaterapeuta y el seguimiento post-operatorio por el mismo.

En la serie se analizaron las siguientes variables: complicaciones médico-quirúrgicas tanto tempranas, consideradas en el primer mes, como tardías, con posterioridad a este periodo. Por otro lado durante la entrevista se analizaron las variaciones del índice de masa corporal ($IMC=kg/m^2$), desde el día de la intervención quirúrgica hasta la actualidad y valorar su posible relación con un aumento del número de invaginaciones, por aumento del espesor del tejido celular subcutáneo. Se valoró la alteración de la calidad de vida, donde se hizo hincapié en la aceptación del estoma, el abandono de las actividades realizadas previamente a la cirugía y las relaciones íntimas con su pareja.

Estadística

Las variables analizadas se presentan como mediana y las diferencias se obtuvieron mediante el análisis de la variancia (Ji-cuadrado).

RESULTADOS

El tiempo medio de seguimiento de nuestra serie es de 22,5 meses (rango 1-102 meses). En el momento de la intervención quirúrgica presentan una edad media de 70,3 años (rango 55-73) con un nivel sociocultural medio-bajo. La cirugía es realizada por todos los miembros del servicio y en todos los casos llevada a cabo de manera programada por tumor vesical.

El 60% de los pacientes realizó el día previo a la intervención quirúrgica una entrevista con el estomaterapeuta, donde se aclararon las dudas y se marcó con el dermatógrafo el lugar más apropiado para la colocación del estoma. El 25,8% llevó un seguimiento post-operatorio regular en su consulta.

Para valorar las complicaciones de los estomas diferenciamos dos aspectos, por un lado el médico-quirúrgico y por otro el psicosocial.

Referente a las complicaciones médico-quirúrgicas, no detectamos complicaciones precoces importantes salvo 5 casos de necrosis de mucosa (7%), que se manifestó como un área negruzca limitada únicamente a la zona exterior y que evolucionó correctamente con tratamiento conservador y no tuvo repercusión posterior.

Las complicaciones tardías más frecuentes (Gráfico 1) fueron 12 casos de dermatitis (18%)

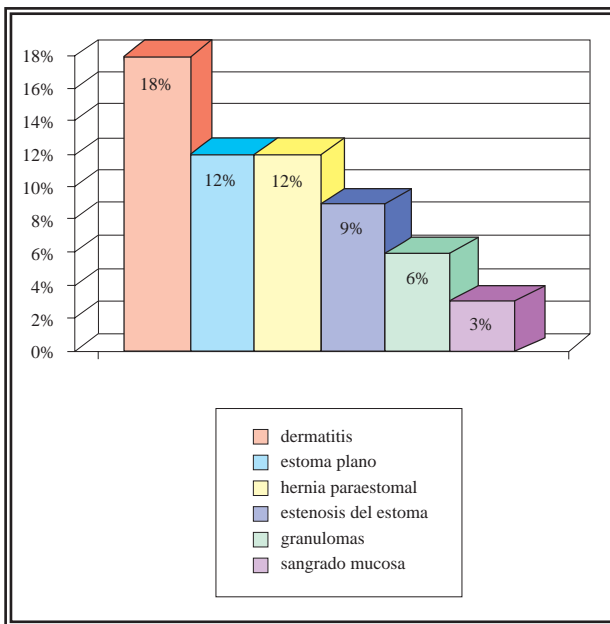


GRÁFICO 1. Complicaciones tardías.

(Fig. 1), 8 casos de estoma plano (12%) (Fig. 2), 8 casos de hernia paraestomal (12%) (Fig. 3), 6 casos de estenosis de estoma (9%), 4 casos de granuloma (6%) y 2 casos de mucosa con facilidad de sangrado (3%) que obligaron a realizar el diagnóstico diferencial con hematuria.

Respecto a los casos de dermatitis, se relacionaron en un 20% con problemas de despegue de



FIGURA 2. Estoma plano



FIGURA 1. Dermatitis paraestomal.



FIGURA 3. Hernia paraestomal.

la bolsa de urostomía y la consiguiente pérdida de orina. El 90% de los casos no tenía patología dermatológica de base. Los pacientes con estomas planos no presentaron mayor incidencia de dermatitis como se sospechó en un primer momento, por la mayor probabilidad de contacto de la orina con la piel, (sólo 2 casos tuvieron dermatitis). Todos los casos de dermatitis evolucionaron correctamente con el tratamiento tópico y con las

indicaciones del estomaterapeuta para evitar el despegue de la bolsa. Si el paciente presentó eritema, edema, erosión o fisuras la respuesta fue favorable con la aplicación de cremas barrera que ayudan a la cicatrización de la piel. En el caso de dermatitis con exudación se aplica en primer lugar polvo protector esperando la absorción de la humedad (1 ó 2 minutos), se retira el polvo sobrante y a continuación se aplicará la crema barrera. En el caso de las dermatitis alérgicas será imprescindible cambiar el modelo dispositivo.

Los casos de estomas planos respondieron a los dispositivos convexos en el plazo de unos meses, pudiendo ser sustituidos por placas estándar.

Las hernias paraestomales se intervinieron realizando corrección en el caso de las pequeñas y transposición en el caso de las de gran tamaño, en 2 casos no se intervino por contraindicación anestésica en un paciente y negativa del mismo en el otro. En uno de los casos de hernia paraestomal (12,5%) la intervención fue de urgencia por hernia estrangulada.

Sólo 2 pacientes de los seis casos con estenosis del estoma (33%) requirieron reintervención y los granulomas respondieron correctamente con Argenpal®.

Respecto a las variaciones del IMC, el 32,5% de los pacientes mantienen el mismo peso desde la intervención quirúrgica hasta la actualidad, el 20% disminuyeron el peso y el 47,5% aumentaron de peso (mediana 5 kg, rango 1-15 kg). Referente a los pacientes que aumentaron de peso no se encontró relación con un aumento del número de invaginaciones y tampoco con las dermatitis. Los pacientes con dermatitis presentaron en promedio valores de IMC 0,14 kg/m² mayores que los que no tienen dermatitis (IC 95%: -5,7 a 6,0).

La adaptación psicológica es buena en 62 pacientes (92,5%), aunque reconocen pequeños cambios en sus hábitos que no repercuten en su calidad de vida. El problema reflejado por una gran mayoría de pacientes, es la limitación de los trayectos largos por miedo a posibles pérdidas de orina. Tras la cirugía todos nuestros pacientes varones presentan impotencia, sin embargo las relaciones íntimas desde el punto de vista psicológico no se vieron alteradas. En 5 pacientes (7,4%) encontramos que presentan una dependencia familiar importante para los cuidados diarios.

DISCUSIÓN

Tras el periodo post-operatorio inmediato el paciente regresa a casa con un nuevo "órgano quirúrgico" desconocido para él, y que le va a condicionar unos nuevos hábitos de cuidado e higiene. Hay que añadir a esto las numerosas complicaciones que pueden surgir a partir de ese momento. Cuando acuden a control, el cirujano da la importancia que corresponde al control tumoral y quizá esto haga que los problemas que relata el paciente respecto al estoma queden en un segundo plano, pero realmente son éstos los que van a condicionar sus hábitos vida.

En este contexto, el principal objetivo del equipo cirujano-estomaterapeuta es prevenir las complicaciones y devolver al paciente una buena calidad de vida para volver rápidamente a ser autosuficiente.

En nuestra serie tuvimos un porcentaje aceptable de visitas preoperatorias por el estomaterapeuta dado que está estandarizado; por el contrario, apreciamos un porcentaje bajo de controles después de la cirugía. La explicación la encontramos en que sólo se remitían aquellos pacientes que referían alguna queja en nuestra consulta. Al realizar la revisión encontramos 10 pacientes (14,9%) con complicaciones que no habían relatado y por lo tanto habían pasado desapercibidas.

Respecto a la necrosis del estoma en el post-operatorio inmediato, puede estar causada por excesiva tensión del mesenterio o por una disección excesiva del asa. Estamos obligados a diagnosticar la extensión de la necrosis mediante la aplicación de un tubo de cristal. Si la necrosis abarca sólo unos pocos milímetros, sólo requiere observación. Si la necrosis llega hasta la aponeurosis se debería realizar una exploración quirúrgica y reconstrucción del estoma, si es necesario. El 7% encontrado en nuestra serie concuerda con el porcentaje de otras series⁷. Ningún caso requirió reintervención.

Existe numerosa bibliografía sobre las complicaciones de los estomas en la literatura. Referente a la patología dermatológica, Lyon CC y cols. aportan una importante serie de 325 estomas (digestivos y urológicos), donde el 73% refieren problemas dermatológicos que afectaban a la correcta aplicación de la bolsa. En su serie inclu-

yen como patología más frecuente las reacciones irritantes del escape de heces y orina, seguido de la patología dermatológica pre-existente, además infecciones, dermatitis alérgica de contacto y pioderma gangrenoso donde refieren una incidencia anual de 0,6%¹⁴.

El pioderma gangrenoso es una enfermedad autoinmune que a menudo manifiesta sus úlceras dolorosas en el área periestomal, está asociada casi exclusivamente con patología inflamatoria intestinal^{2,3}. En nuestra serie no apreciamos ningún caso de pioderma gangrenoso.

En cuanto al tratamiento de la patología dermatológica no infecciosa, varios estudios tienen muy buenos resultados y recomiendan la aplicación de corticoides y sucralfato tópico^{4,5}.

Park JJ y cols. se esforzaron en identificar los factores que influían en un aumento significativo de las complicaciones de los estomas, encontrando un aumento significativo a mayor edad. Existía un incremento de las complicaciones en las ileostomías frente al resto de estomas realizados con otros tramos del tubo digestivo. El porcentaje de complicaciones disminuía si la cirugía era secundaria a patología traumática y si habían realizado una visita preoperatoria con el estomaterapeuta. No encontraron correlaciones significativas entre el aumento de complicaciones y las variaciones del IMC, el género y el grado de urgencia de la cirugía⁶.

Shellito PC, revisó la literatura inglesa durante 15 años, destacando retracciones del estoma en el 3-17%, estenosis 2-10%, prolapso 0-3%, hernias 2-5%, dermatitis 5-25%. Cheung MT, comunica porcentajes muy similares⁸. Otras complicaciones reportadas más infrecuentes son la sepsis y el orificio de la piel demasiado grande⁷. Carlsen E y cols. encontraron que las mujeres tenían un porcentaje significativamente mayor en las hernias paraestomales que los hombres¹⁰. En nuestra serie, no compartimos los mismos resultados ya que 7 pacientes con hernias eran varones (87,5%) frente a una mujer (12,5%), porcentaje posiblemente influido por la diferente proporción varón:mujer en la incidencia de tumores vesicales y por tanto en la realización de cistectomía radical.

La creación de una ileostomía permanente no debe ser un acto superficial, la mayoría de las

ocasiones ocurre tras una tediosa y larga cirugía y es generalmente realizada por el miembro más joven del equipo dentro de su plan de formación. Aún así debe realizarse una cirugía cuidadosa y supervisada, para facilitar un correcto funcionamiento futuro y evitar las complicaciones.

Así como los aspectos médico-quirúrgicos están ampliamente recogidos en muchos trabajos, poco es conocido acerca del impacto sobre el estilo de vida de los pacientes con estoma permanente. Nugent KP y cols. en su trabajo exclusivo sobre calidad de vida, confirmaron la sospecha de que los pacientes a veces tienen dificultades para adaptarse a su estilo de vida, a pesar de eso un porcentaje de respuesta del 72% debe considerarse muy buena. Encuentran una gran disparidad en las respuestas encontrando pacientes que refieren estar perfectamente adaptados y otros extremadamente ansiosos y con sentimiento de rotura con su estilo de vida previo. Este contraste puede explicarse por la edad y la patología que condiciona la práctica del estoma. Aquellos pacientes cuya sintomatología previa a la cirugía repercute en su calidad de vida aceptan mejor su nuevo órgano quirúrgico que el paciente con un cáncer asintomático⁹. Awad y cols. aportan un porcentaje más alto de satisfacción (92%) y una aparente adaptación a una vida normal. Reflejan también el gran soporte que representa el estomaterapeuta para el esposo/a, acompañante y familia¹⁵.

El papel del estomaterapeuta toma cada vez más relevancia y sus publicaciones son cada vez más numerosas quedando cada vez más patente su importante papel dentro de la cirugía del estoma^{12,13,16}. Metcalf en su revisión desglosa el aprendizaje en 3 apartados. La fase psicomotora donde las enfermeras enseñan a los pacientes como realizar un cambio completo de la bolsa del estoma basándose en los principios de la teoría del aprendizaje social. Para funcionar independientemente los pacientes deberían ser capaces de llevar a cabo todos los escalones satisfactoriamente. La fase cognitiva es aquella en la que deben comprender las bases de sus acciones y no realizarlo sólo de manera mecánica y así poder solucionar pequeños contratiempos. Por último, en el apartado de la actitud se debe tener en cuenta que tras la intervención quirúrgica, el

paciente frecuentemente presenta dolor, confusión etc., que dificultan la habilidad de aprender. En estas circunstancias se necesita estar sensibilizado y preparar las estrategias necesarias para engatusar al paciente (humor, etc.). Las investigaciones han demostrado que las modificaciones psicológicas pueden influir si los pacientes piensan que no tienen suficiente destreza. Por lo tanto, para realzar los sentimientos de control Metcalf ha perfilado una variedad de estrategias para ayudar a los estomaterapeutas a conseguirlo¹¹. Ratliff et al. hacen referencia en su artículo a un hecho cada vez más habitual y que no reparamos en sus inconvenientes. La estancia hospitalaria disminuye y con ello la oportunidad de aprender las técnicas de manejo de la bolsa por parte del paciente¹⁷. De ahí la importancia de la monitorización posterior en consultas externas independientemente de que no sospechemos ninguna complicación médica.

Muchas son las complicaciones leves que presentan los estomas que nos pueden pasar desapercibidas. Para evitarlas, un proceso de rehabilitación correcto debe incluir: información completa prequirúrgica de las consecuencias del estoma, selección preoperatoria de la localización idónea valorando las distintas posturas para evitar los pliegues cutáneos, una cirugía cuidadosa, enseñar el manejo y soluciones de los distintos dispositivos, tratamiento de las complicaciones y un seguimiento a largo plazo para soporte del paciente.

REFERENCIAS

- DICKSON C.: The bladder: cystectomy and ileal conduit to treat cancer. *Nurs Times* 1995 oct 18-24; **91** (42): 34-35.
- BRADY E.: Severe peristomal pyoderma gangrenosum: a case study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999 nov; **26**: 306-311.
- HUGHES AP, JACKSON JM, CALLEN JP.: Clinical features and treatment of peristomal pyoderma gangrenosum. *JAMA* 2000 sep; 27; **284**: 1546-1548.
- LYON CC, SMITH AJ, GRIFFITHS CE, BECK MH.: Peristomal dermatoses: a novel indication for topical steroid lotions. *J Am Acad Dermatol* 2000 oct; **43**: 679-682.
- LYON CC, STAPLETON M, SMITH AJ, GRIFFITHS CE, BECK MH.: Topical sucralfate in the management of peristomal skin disease: an open study. *Clin Exp Dermatol* 2000 nov; **25**: 584-588.
- PARK JJ, DEL PINO A, ORSAY CP et al.: Stoma complications. The Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum* 1999 dec; **42**: 1575-1580.
- SHELLITO PC.: Complications of abdominal stoma surgery. *Dis Colon Rectum* 1998 dec; **41**: 1562-1572.
- CHEUNG MT.: Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas. *Aust N Z J Surg* 1995 nov; **65**: 808-811.
- NUGENT KP, DANIELS P, STEWART B, PATANKAR R, JOHNSON CD.: Quality of life in stoma patients. *Dis Colon Rectum* 1999 dec; **42**: 1469-1474.
- CARLSEN E, BERGAN A.: Technical aspects and complications of end-ileostomies. *World J Surg* 1995 jul-aug; **19**: 632-636.
- METCALF C.: Stoma care: empowering patients through teaching practical skills. *Br J Nurs* 1999 may 13-26; **8**: 593-600.
- COTTAM J.: Knowing how. Recovering after stoma surgery. *Community Nurse* 1999 oct; **5**: 24-25.
- PERRIN A.: Know how. Going home after stoma surgery. *Community Nurse* 1999 nov; **5**: 26-27.
- LYON CC, SMITH AJ, GRIFFITHS CE, BECK MH.: The spectrum of skin disorders in abdominal stoma patients. *Br J Dermatol* 2000 dec; **143**: 1248-1260.
- AWAD RW, EL-GOHARY TM, SKILTON JS, ELDER JB.: Life quality and psychological morbidity with an ileostomy. *Br J Surg* 1993; **80**: 252-253.
- BOADEN A.: Know how. Coming to terms with stoma surgery. *Community Nurse* 1999 sep; **5**: 54-56.
- RATLIFF CR, DONOVAN AM.: Frequency of peristomal complications. *Ostomy/wound management* 2001; **47**: 26-29.

Dra. N. Alonso Gracia
Paseo Marítimo, 25-29
08003 Barcelona

(Trabajo recibido el 10 junio de 2003)