

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"

TESIS

**INCIDENCIA DE ESTOMAS INTESTINALES EN
EL HOSPITAL GENERAL
"DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO"**

QUE PRESENTA EL C.

DR. JUAN CARLOS MARÍN GUZMAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGÍA GENERAL



ISSSTE

MÉXICO, D.F.

2005

m348633



Universidad Nacional
Autónoma de México



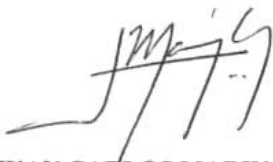
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

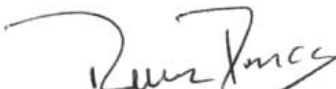
AUTORIZACIONES:



DR. JUAN CARLOS MARIN GUZMAN

Residente del 4º año de Cirugía General

H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro"



DR. ROBERTO CRUZ PONCE

Coordinador de Enseñanza e Investigación

H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro"



DR. CAYETANO POMPA DE LA ROSA

Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía General

Médico adscrito al Servicio de Cirugía General

H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro"



DRA. MARISELA LOPEZ OBREGON

Coloproctóloga

H.G. "Dr. Darío Fernández Fierro"

Asesora de Tesis



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ 14 SET. 2005 ★

DR DARIO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS:

No alcanzaría ni una ni cien hojas para dar gracias a todas las personas que me han apoyado no solo en la realización de este trabajo, sino en toda mi vida personal y profesional.

Primero que nada, quiero agradecer a Dios por estar siempre a mi lado guiándome, ayudándome en las situaciones más difíciles, y por restablecer a todos los pacientes que me ha tocado atender.

A mi padre Francisco, ya que me ha apoyado en todo momento, por sus enseñanzas, porque siempre me ha alentado a esforzarme para ser una mejor persona, por todas sus contribuciones en mis trabajos, sin que ésta tesis sea la excepción.

A mi madre Rubi, por todas sus atenciones hacia mi persona, por todo su cariño, comprensión y apoyo, por hacerme ver mis errores y como corregirlos.

A mi hermano Francisco, porque siempre lo he visto como un ejemplo a seguir, por todo su apoyo y consejos.

A mi hermana Rubi, por toda su ayuda y consejos.

A mi esposa Lisbeth, porque siempre ha estado a mi lado, por toda su comprensión, amor y cariño, por sus consejos, por todo el apoyo que me ha brindado.

A mi hija Karla, por ser la alegría más grande de mi vida, por tenerla conmigo, porque ha hecho de mí una persona más responsable.

A mi asesora de tesis, Dra. Marisela López Obregón, por su paciencia y enseñanzas, por todos sus consejos y apoyo, por haber logrado concluir esta tesis, que es una base para generaciones futuras.

A mis profesores, Dr. Cayetano Pompa de la Rosa, Dra. Yolanda Rodríguez Rodríguez, Dr. Fermín Aguirre Valdés, Dr. Francisco J. Ramírez Amescua, por todo lo que me han enseñado, por todos sus consejos, por la amistad que me han brindado.

A mis compañeros, Dra. Selva A. Torres Carranza, Dr. Martín V. Frías García, Dra. Evelyn Vallejo Bravo, Dra. Carmen Juárez Jiménez, Dra. Soledad Vázquez, Dr. Luis Cruz Benitez, a mi tocayo Dr. Carlos Hernández.

A todos mis pacientes y a todas las personas que he conocido a lo largo de toda mi vida y que han tenido una influencia positiva para mí...

MUCHAS GRACIAS

INDICE:

Marco teórico	1
Objetivos	15
Material y método	16
Resultados	18
Discusión	29
Conclusión	29
Anexo 1	31

TESIS

2. Unidad Médica o área donde se desarrolle la investigación.

- Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro. ISSSTE

3. Título de la investigación.

- Incidencia de Estomas Intestinales en el Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro. ISSSTE

4. Investigador(es) responsable(s):

- Dr. Juan Carlos Marín Guzmán



5. Investigadores asociados:

- Dra. Marisela López Obregón

Marco teórico:

6. Definición del problema:

- El Hospital General Dr. Dario Fernández Fierro del ISSSTE es un hospital de segundo nivel. En él se cuenta con todas las especialidades y muchas subespecialidades médicas y quirúrgicas. En el servicio de cirugía, que es donde se realiza y aplica el presente estudio, se realizan intervenciones quirúrgicas, tanto de forma electiva como de urgencia. En ocasiones, durante tales intervenciones, es necesario realizar un estoma intestinal como parte del tratamiento quirúrgico del paciente.

Desde hace mucho tiempo se han reconocido las complicaciones inmediatas y tardías de los estomas intestinales. También se sabe de la importancia de una adecuada técnica quirúrgica para elaborarlos, y de los cuidados que deben tener en el postoperatorio para prevenir y evitar la aparición de éstas complicaciones.

Específicamente, la cantidad de estomas intestinales realizados, las patologías por las que fue realizado el estoma, las complicaciones postquirúrgicas, la calidad de vida de los pacientes ostomizados se subdiagnostican y subestiman en nuestro hospital, esto es debido a que no se cuenta por principio con un registro de pacientes ostomizados, no hay personal adecuadamente adiestrado para dar pláticas acerca de los estomas intestinales, enseñar a los pacientes en los cuidados que deben tener de los estomas, no hay una clínica de estomas donde el paciente se pueda relacionar con otros pacientes ostomizados, hablar acerca de su vida cotidiana con un estoma, de la colocación de los dispositivos de recolección y de los problemas psicológicos por los que atraviesan estos pacientes.

En México, principalmente estas clínicas de estomas se encuentran en los hospitales privados, donde existe el personal suficiente para atender a los pacientes ostomizados, en cuanto al sector público, solo algunos hospitales de tercer nivel de atención cuenta con este servicio. Actualmente, cada vez aumenta más el número de pacientes cuya condición patológica requiere la realización de un estoma intestinal, por lo que es necesario llevar un registro adecuado y actualizado, conocer que patologías son las que requieren la realización de un estoma en nuestro hospital, indicar cuales son las principales complicaciones de los estomas realizados y proporcionar una guía para adiestrar a personal de enfermería para enseñar los cuidados que se deben tener de un estoma; con todo esto, en un futuro, poder tener una clínica de estomas en los hospitales de segundo nivel de atención.

7. Hipótesis (en los casos que corresponda):

No se requiere en el presente estudio.

8. Antecedentes:

HISTORIA DE LOS ESTOMAS INTESTINALES: ¹¹¹

1330 a. C.

Primera lesión intestinal penetrante registrada.

Ehud mató al rey Eglon: Libro de los jueces – Jueces 3:21-22.



350 a. C.

Proxágoras Dekas realizaba estomas en casos de traumatismos intestinales; una de las técnicas empleadas consistía en la apertura de una hernia encarcerada con un hierro candente con el fin de producir una fistula intestinal, se comprobó que tras dichas intervenciones era posible la supervivencia, y que las fistulas de colon no ocasionaban trastornos metabólicos graves.

1675

Primera reparación de lesión intestinal realizada por Matthaeus Gottfried Purman un cirujano del ejército de Brandemburgo.

1700

Littre recomendó la construcción de una colostomía, propuesta que fue recibida con escepticismo en la "Academia Royale des Sciences" de Francia.

1750

Chesolden realizó una resección de intestino.

1776

Pillote practicó el primer estoma intestinal y prescribió irrigaciones para su cuidado. Junto con él, colaboraron en el progreso Dubois, Douret, Fine, etc.

1805

Ammusset publicó las primeras estadísticas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente y concluyó deduciendo que una colostomía retroperitoneal lumbar era la práctica quirúrgica más idónea.

1855

Thient fue el primero que realizó una colostomía de transversal.

1860

Shede practicó la resección extraabdominal de un tumor de colon, dejando los extremos de este abiertos. El método se atribuyó más tarde a Blande y a Von Mukulink en 1884.

1917

Los primeros reportes de lesiones colorrectales se publicaron a partir de los datos de la primera guerra mundial. La mortalidad total por lesiones colónicas era de cerca del 60%, la laparotomía no era universal para estas lesiones.

1935

Koning y Rutzen diseñaron los primeros dispositivos para evitar la contaminación del estoma, así como dispositivos para evitar la invaginación del mismo.

1951

Lithes realizó la técnica de separar la ileostomía de la incisión principal.

Se crea en Nueva York la primera clínica de estomas, fueron los fundadores Lijons y Schreiber.

1969

N. Kock introduce en la práctica quirúrgica la ileostomía continente realizando un reservorio.

CONCEPTOS BASICOS. ^[1]

Estoma: La palabra estoma es de origen griego, significa *boca o abertura*.

Ostomía: Es la derivación quirúrgica de una víscera (intestino o vías urinarias) abocada y abierta a la piel, en un punto diferente al orificio natural de excreción.

Fístula: Estoma de formación espontánea y natural del propio organismo que tiene su origen de anomalías congénitas o adquiridas entre dos órganos huecos y la piel. Son producidas por una complicación quirúrgica o patológica. Por ella fluye una secreción orgánica cualitativa y cuantitativamente variable, dependiendo de su origen y órgano de inserción pueden ser:

- Fístulas digestivas (jugos digestivos).
- Fístulas estercoráceas (materia fecal).
- Fístulas coccígeas o perineales (secreciones seropurulentas).

CLASIFICACION. ^[1]

En general, los estomas sean de origen quirúrgico o natural, se clasifican en:

- Internos: Cuando se comunican órganos entre sí.
- Externos: Comunicación de un órgano a la piel.

Los estomas de derivación se clasifican, dependiendo de:

- El tiempo de permanencia.
 - o Ostomías temporales: Son todas aquellas en las que en un momento dado, se puede restablecer la continuidad hasta el orificio natural.
 - o Ostomías permanentes: Son aquellas que por amputación completa del órgano o cierre del mismo no es posible establecer una continuidad hasta el orificio natural.
- Localización anatómica.
- La construcción del estoma.

TIPOS DE ESTOMAS. ^[1]

Distinguiremos dos grupos principales:

- Ostomías digestivas.
- Ostomías urinarias.

Las ostomías digestivas se clasifican en:

- Estomas de alimentación.
 - o Faringostomías.
 - o Esofagostomías.
 - o Gastrostomías.
 - o Yeyunostomías.
- Indicaciones:

- **Pediatría:**
 - Malformaciones congénitas.
 - Fístulas.
 - Problemas obstructivos o respiratorios.
 - Ingestión de sustancias abrasivas.
- **Adultos:**
 - Neoplasias.
 - Oclusión intestinal.
 - Trastornos de la deglución.
 - Perforación esofágica.
- **Estomas de eliminación.**
 - **Colostomías.** Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel, con el objeto de crear una sola salida artificial del contenido fecal. Pueden ser temporales o definitivas, se clasifican dependiendo del segmento del colon abocado:
 - Cecostomía.
 - Colostomía de transverso.
 - Colostomía de sigmoide.
 - **Indicaciones para una colostomía temporal:**
 - Cáncer de colon izquierdo y recto.
 - Diverticulitis.
 - Vólvulo.
 - Malformaciones congénitas (Enfermedad de Hirschprung).
 - Fístulas rectovaginales.
 - Traumatismos de colon y recto.
 - **Indicaciones para una colostomía definitiva:**
 - Neoplasias del recto.
 - Carcinoma epidermoide del ano.
 - Prolapso rectal intratable.
 - Lesiones traumáticas anales o rectales.
 - Lesiones medulares.
 - Neoplasias recto-sigmoideas no resecables.
 - **Ileostomía.** Es la apertura artificial del intestino delgado a la pared abdominal.
 - **Indicaciones para ileostomía.**
 - Colitis ulcerosa.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Poliposis colónica familiar.
 - Cáncer de colon y recto.
 - Enterocolitis.
 - Amebiasis.

LOCALIZACION DEL ESTOMA. ^[1]

La elección del lugar donde debe ir ubicado el estoma se realizará antes de la intervención quirúrgica, y es necesaria una buena ubicación para proporcionar al paciente una mejor calidad de vida.

Material necesario:

- Lápiz indeleble.
- Bolsas de colostomía.

Para realizar una correcta localización del estoma, tendremos en cuenta:

- Las características del paciente.
- Criterios generales.
- Técnica de localización según el tipo de ostomía.

Características del paciente: Se valoran las características del paciente a través de la historia clínica y la exploración física, de esta forma se obtienen:

- Datos personales (nombre, sexo, edad).
- Datos físicos (constitución, peso, talla, morfología abdominal, agudeza visual, percepción sensorial).
- Situación familiar, social y laboral.
- Hábitos personales (higiene corporal, alimentación, cantidad de la ingesta, alcoholismo, tabaquismo, hábitos de eliminación digestiva, medicación actual).

Criterios generales:

- El paciente ha de ver su estoma, puesto que es él quien se debe realizar la higiene del estoma y cambiar los dispositivos.
- El estoma debe situarse en una zona plana del abdomen para facilitar la adaptación de los dispositivos.
- A la hora de marcar el estoma, se evitarán:
 - o La cicatriz umbilical.
 - o La prominencia de los huesos de la cadera.
 - o Orificios de drenaje u orificios originados por una cirugía anterior.
 - o La línea natural de la cintura.
 - o La incisión operatoria y cualquier otra cicatriz anterior.
 - o La flexura de la ingle.
 - o Parrilla costal.
 - o Zona suprapúbica.
 - o Cualquier protuberancia grasa y los pliegues profundos del tejido graso.
 - o Zonas afectadas por procesos crónicos de la piel.
 - o Zonas donde rocen las correas de sujeción de un miembro artificial.
 - o Cualquier otro sitio donde rocen aparatos o prótesis quirúrgicas.
- Explicaremos al paciente todas las maniobras que se vayan a realizar y nos aseguraremos su colaboración, ya que ésta es necesaria para conseguir la ubicación idónea del estoma.
- El estoma se marcará con el paciente en decúbito supino, sentado y de pié.
- Una vez elegido el lugar más idóneo se colocará una bolsa sin fijarla, para asegurarnos que el paciente puede verla y cambiarla.
- Se marcará el lugar elegido con lápiz indeleble, para evitar que se borre al preparar al paciente para la intervención.

Localización según el tipo de ostomía.

La ubicación se realizará en una zona diferente del abdomen dependiendo del segmento intestinal donde se vaya a realizar la ostomía:

- Ileostomía: Cuadrante inferior derecho.
- Cecostomía: Cuadrante inferior derecho.
- Colostomía de transverso: Cuadrante superior derecho e izquierdo.
- Colostomía de sigmoide: Cuadrante inferior izquierdo.

Para marcar el sitio de realización de una ileostomía, se trazan dos coordenadas, una horizontal y otra vertical en el abdomen del paciente, partiendo del ombligo. El estoma estará localizado en el cuadrante inferior derecho.

Para la colostomía de transverso derecha se elegirá el cuadrante inferior derecho, a unos 5 cm. del ombligo.

En la colostomía de transverso izquierda se traza un triángulo cuyos vértices son el ombligo, cresta iliaca izquierda y el punto medio del pubis. Se hallan las bisectrices y el punto de intersección de éstas es el lugar elegido para la ubicación.

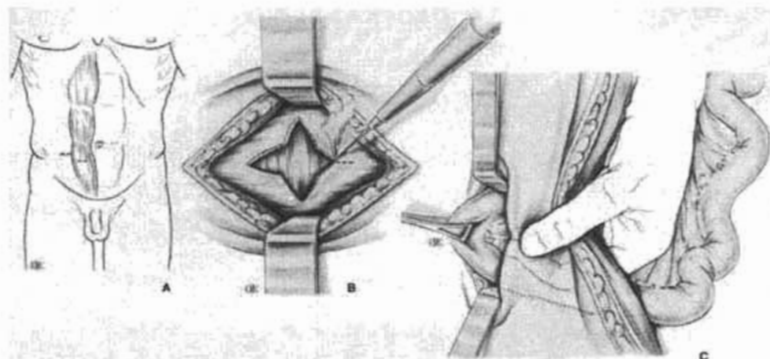
PREPARACION QUIRURGICA. [5]

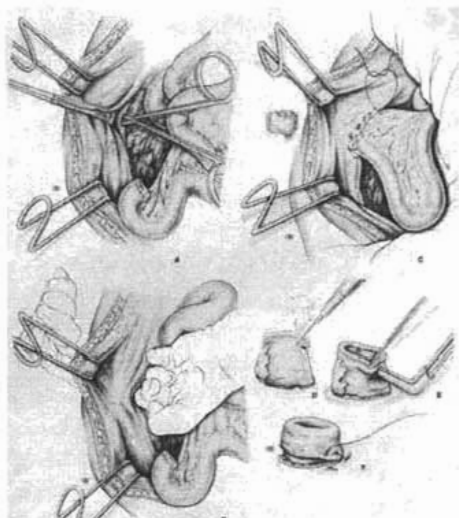
Ostomías temporales.

Ileostomías.

Ileostomía de Brooke.

- La vía de abordaje depende de la intervención inicial que haya motivado la ileostomía. Casi siempre es una laparotomía media amplia. La incisión cutánea del orificio de ostomía es transversal. La abertura de la aponeurosis del oblicuo mayor casi siempre es cruciforme. Las fibras del oblicuo menor y del transverso se disocian. Los músculos deben respetarse al máximo. Se coge y exterioriza el intestino delgado a través del orificio realizado con una pinza poco traumática (Babcock ó Duval). Esta pinza dirige el intestino delgado hacia fuera del abdomen, al mismo tiempo que el intestino delgado es empujado por la mano intraabdominal. Por último, es importante que el meso no soporte ninguna tracción excesiva. El intestino delgado debe sobrepasar la superficie cutánea unos 4-5 cm. La peritonización se hace con puntos sueltos de hilo reabsorbible. La resección del ileon exteriorizado empieza por el borde antimesentérico. Se prepara el aspirador para evitar, en este tiempo, toda contaminación de la pared por líquido digestivo acumulado. Se efectúa una inversión de la pared del intestino delgado con un disector romo, empezando por el lado antimesentérico. Se fija el intestino a la piel con puntos totales usando sutura no absorbible, primero con puntos cardinales, posteriormente transversales, hasta completar un cierre prácticamente hermético entre la boca intestinal y la piel.





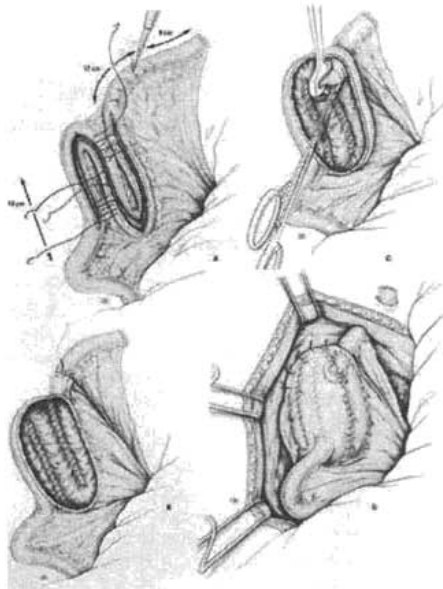
Ileostomía terminal continente (Kock).^[5]

- Las indicaciones de esta técnica son, actualmente, muy limitadas debido al desarrollo de las anastomosis ileoanales. La realización de una ileostomía continente debe considerarse ante un caso de rectocolitis ulcerohemorrágica o de pólipo familiar, destrucción esfinteriana o fallo de una anastomosis ileoanal. El principio es realizar un reservorio por una técnica de plicatura del intestino delgado distal para obtener, por un efecto de válvula, una continencia del reservorio, que solo evacua por sonda.

El conjunto de la confección de la válvula precisa una longitud de unos 50 cms de intestino delgado. A unos 20-50 cms del extremo distal del intestino delgado, se realiza un adosamiento del intestino delgado sea en J por dos asas de 15 cms cada una, sea en S por 3 asas de 10 cms. Estas asas se abren por su borde antimesentérico y se realizan dos suturas continuas que las unen entre sí. Así, se realiza el fondo del futuro reservorio.

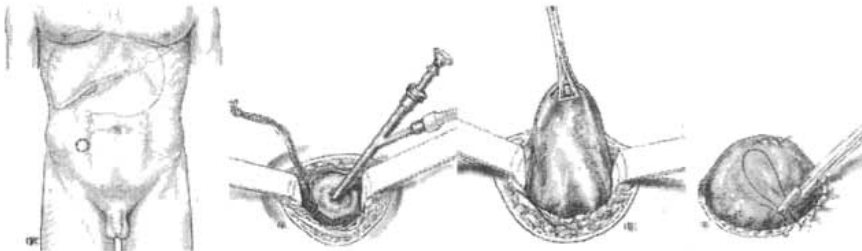
El mesenterio del asa inmediatamente distal al reservorio se reduce en una longitud de 12 cms, esqueletizándose sus vasos a este nivel. La serosa de este asa se escarifica con bisturí eléctrico para favorecer una adhesión secundaria. Se atrae progresivamente esta asa distal hacia el interior del reservorio en unos 6 cms conforme se adosan los dos extremos seroso mediante múltiples puntos sueltos seromusculares. El cono así formado se fija a continuación mediante 2 o 3 aplicaciones de pinza automática de sutura lineal con la precaución de conservar los vasos del intestino delgado invaginado.

La cara anterior del reservorio se cierra finalmente con sutura continua con hilo de reabsorción lenta. Luego se exterioriza el extremo distal del intestino delgado como una ileostomía terminal clásica, con su orificio situado bastante bajo a nivel suprapúbico derecho. Finalmente, se une el vértice del reservorio al peritoneo parietal, en el lugar en donde se exterioriza el intestino delgado distal, para evitar los episodios de vólvulo. Al terminar la intervención, se deja el reservorio con una sonda No. 25 o 28.



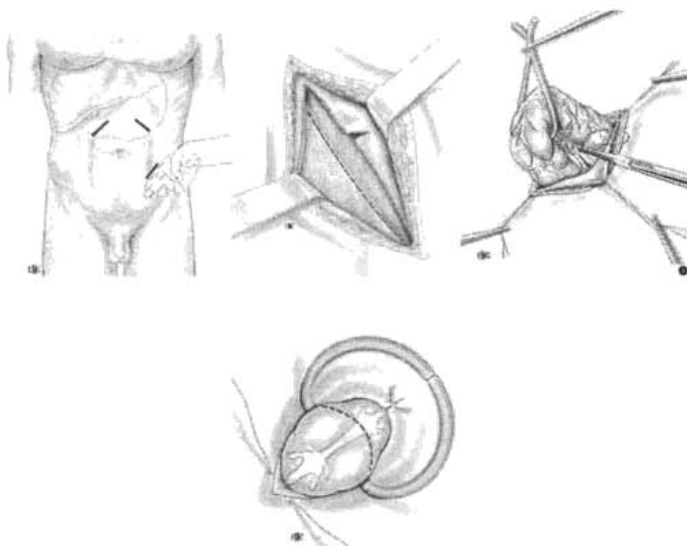
Cecostomía.^[5]

- Bajo anestesia local o locorregional, se realiza una incisión circular de la piel de unos 25 mm en la fosa iliaca derecha, en general en el punto de McBurney. La incisión parietal es la de la apendicectomía. Se hace una incisión en la aponeurosis del músculo oblicuo mayor en el sentido de sus fibras. Se hace una incisión transversal en la línea blanca externa, con una corta abertura del músculo transverso, y se empuja el cuerpo muscular del recto. Tras la abertura prudente del peritoneo, el ciego distendido se encuentra inmediatamente por debajo. Se coloca una gasa impregnada de povidona yodada entra la pared abdominal y el ciego, de forma que se aisle el lugar de la punción. Esta se realiza con un trocar de Potain u Oschner con toma de aire lateral, confeccionando previamente una bolsa. El trocar se mantiene en su lugar y en aspiración, dos pinzas de Babcock sujetan la pared cecal, ahora flácida, a ambos lados de la pared cecal y la exteriorizan. Entonces se saca el trocar y se obtura la abertura mediante una pinza de Duval. Se retira la gasa yodada y se completa la exteriorización mediante tracción suave, de manera que se obtenga un cono cecal de 3 cm., cuya base se sutura a la piel con puntos interrumpidos extramucosos con hilo de reabsorción lenta. Inmediatamente se coloca un dispositivo con un adhesivo exactamente adaptado al tamaño del estoma. A través de la abertura del dispositivo, se abre de nuevo el orificio cólico y después se agranda con electrobisturí hasta obtener un tamaño de unos 15 mm. Se prosigue con el vaciamiento cólico.



Colostomía.^[2]

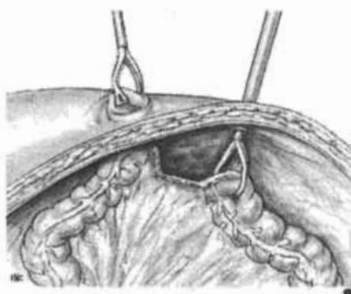
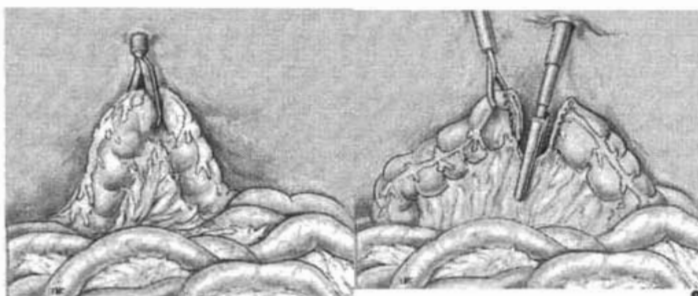
- Colostomía lateral iliaca o transversa sobre varilla. Se pueden utilizar tres vías de acceso: iliaca izquierda, transversa derecha y transversa izquierda. La incisión cutánea no debe ser demasiado grande, se practica en el borde externo de la aponeurosis del músculo recto, atravesando los planos celulograso subcutáneo, se abre la hoja anterior de la aponeurosis del recto y la aponeurosis del oblicuo mayor; para evitar el riesgo de eventración postoperatoria, es importante no seccionar el músculo recto, sino rechazar el cuerpo muscular. A continuación se hace una incisión en la hoja posterior de la aponeurosis en el peritoneo, que se localiza e identifica inmediatamente mediante cuatro puntos. La localización del colon es más o menos fácil. Se reconoce el colon sigmoide por sus apéndices epiploicos, y el colon transverso por la inserción del epiplón mayor. Se exterioriza el intestino con una pinza atraumática de tipo Duval. Después se pasa un dren o una varilla de plástico a través del mesocolon. El colon se fija al plano peritoneal con los cuatro puntos de referencia colocados previamente, abarcando todo el espesor de la seromuscular cólica. Se tracciona de forma suave el asa cólica para formar un espolón cólico, el cual se realiza adosando los dos pies del asa cólica con algunos puntos (hilo 0000 de reabsorción lenta). Se cierra la incisión aponeurótica a ambos lados del colon exteriorizado mediante uno o dos puntos de reabsorción lenta. La incisión cutánea se cierra sin estrechar el intestino con uno o dos puntos pasados de cada lado. El colon se abre al final de la intervención. La abertura se hace mediante una colotomía transversal en la parte alta del bucle. Se realiza la fijación del estoma a la piel con puntos totales usando sutura de absorción lenta 000. Se coloca una bolsa de colostomía autoadhesiva pasándola debajo de la varilla y se pega lo más cerca posible del intestino. Al día siguiente de la operación se realiza un tacto de la colostomía para asegurarse de que no hay problemas. Se retira la varilla de fijación al décimo día.



Variantes técnicas:

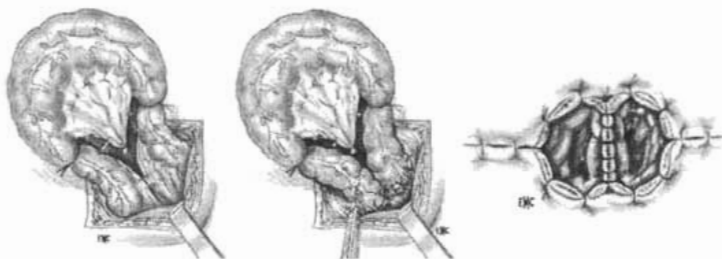
- o Técnica del ano sobre varilla de Maydl.
- o Ano con espolón de Quenu.
- Colostomía laparoscópica. Se localiza en la piel del abdomen el sitio de abocamiento del colon. El primer tiempo es exploratorio, mediante un trocar óptico colocado en el ombligo o en un flanco, la mayoría de las veces el derecho, distanciado del sitio previsto para el estoma. A continuación, se colocan uno o dos trocres operatorios, se localiza el asa sigmoidea o el colon

transverso y se evalúa su movilidad. Se puede hacer una movilización del colon izquierdo por despegamiento de la fascia de Toldt izquierda. Entonces se hace una incisión parietal y se tira el colon hacia el exterior, ya sea para una colostomía lateral, o bien después de sección mediante engrapadora lineal, para una colostomía terminal



Ostomías definitivas.^[5]

- Ano en puente. El inconveniente de esta técnica es que complica el manejo del dispositivo colector. Recientemente se han descrito diversas variantes como la colostomía terminalizada (*divided loop colostomy*) de localización transversa, con un trayecto subcutáneo suficientemente largo para prevenir el riesgo de prolapso
- Ano en "cañón de escopeta". Se trata de un ano iliaco izquierdo que se hace después de una resección del asa sigmoidea, el conjunto de la intervención se suele designar con el término de operación de Bouilly-Volkman. Generalmente, se realiza por vía iliaca izquierda. El asa sigmoidea es larga, primero se exterioriza mediante una incisión lateral, y después se secciona su meso. Tras la resección del asa sigmoidea, con la peritonización del mesocolon se aproximan las dos ramas cólicas, que se unen y fijan al peritoneo parietal. A continuación, se sutura su hemicircunferencia en el lado mesocólico, realizándose así el plano posterior de una anastomosis colocolica. Los planos anteriores se suturan a la piel, y la incisión se cierra a ambos lados. Los planos anteriores se suturan a la piel, y la incisión se cierra a ambos lados.

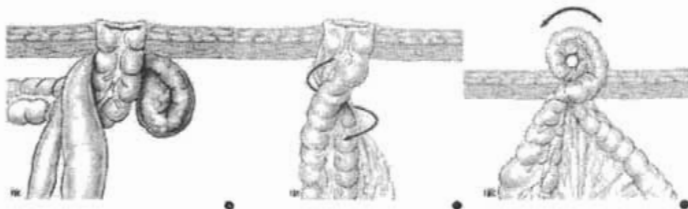


- Colostomía terminal iliaca izquierda. La vía de acceso es una laparotomía media, se elige el lugar para el abocamiento. Para la exteriorización cólica son posibles dos trayectos:
 - o Trayecto directo, si se estima que la colostomía debe ser temporal. Se comienza por una pequeña incisión circular en el punto elegido para el estoma, después se realiza una incisión del tejido subcutáneo enfrente, lo que expone la cara anterior de la aponeurosis del recto, en la que se realiza una incisión en cruz para, seguidamente, empujar el músculo hacia dentro. Entonces se abren la hoja posterior de la aponeurosis y el peritoneo. El colon se cierra de forma que no produzca ninguna fuga perineal; se tira de él hacia fuera y se sutura el mesocolon al peritoneo parietal para obtener el surco parietocólico. A continuación se sutura la colostomía a la piel.
 - o Trayecto subperitoneal en caso de colostomía definitiva. La travesía parietal se hace de forma idéntica hasta el peritoneo, que no se abre, sino que se despega progresivamente de la cara posterior de los músculos transversos del abdomen. De este modo, se deja libre un paso subperitoneal que se une a la abertura peritoneal realizada mediante la sección del mesocolon durante la resección sigmoidea o rectal. Se tira del colon, cerrado con una pinza traumática hacia fuera del abdomen. Es necesario denudar el colon en un centímetro de largo, y a veces hay que cortar varios apéndices epiploicos antes de suturar el intestino a la piel con puntos interrumpidos.

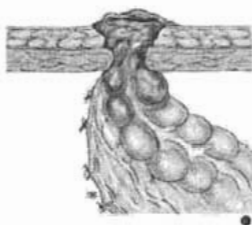
COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS INTESTINALES. ^[3]

Complicaciones tempranas.

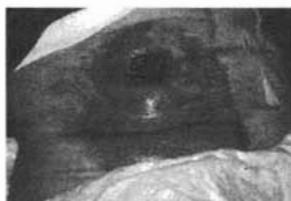
- La frecuencia de las complicaciones precoces (aparecen en los 30 primeros días del postoperatorio) oscila entre el 10 y el 36%. Su gravedad se explica por la necesidad de reintervención, con un porcentaje elevado de mortalidad postoperatoria.
 - o Oclusión. Puede producirse en el intestino delgado o en el colon, y depende de diversos mecanismos: incarceration de un asa de delgado a través de la brecha peritoneal, incarceration de un asa intestinal a través de un orificio musculoaponeurótico demasiado grande, torsión axial del asa exteriorizada, obstáculo en el trayecto parietal.



- Derivación incompleta. Se observa en las ostomías laterales sin varilla o en las ostomías con varilla y pérdida precoz de las misma. Así se pierde el espolón para garantizar una derivación total del contenido fecal, lo que hace que esta colostomía sea ineficaz.
- Hemorragia y hematoma. La frecuencia de esta complicación alcanza aproximadamente el 2% en las series publicadas. El diagnóstico es sencillo si la hemorragia proviene de la mucosa o de la sutura enterocutánea, sobre todo si en la colostomía se ha colocado de entrada una bolsa transparente. Por otro lado, puede tratarse de una lesión de los vasos epigástricos a la altura del trayecto musculoaponeurótico, con aparición de un hematoma parietal que puede causar isquemia del estoma por compresión. El diagnóstico es clínico, utilizándose a veces la ecografía.
- Edema y necrosis del estoma. Esta complicación es frecuente (del 1 al 14% de los pacientes), es la principal causa de mortalidad relacionada con la realización de un estoma. Puede deberse a una esquelización excesiva del intestino con desvascularización del extremo distal, a una isquemia secundaria debida a tracción excesiva sobre un meso corto o estrangulación a la altura del orificio parietal, demasiado estrecho, a una torsión o compresión del meso a la altura del orificio parietal. El diagnóstico es clínico y se basa en la inspección regular del estoma.



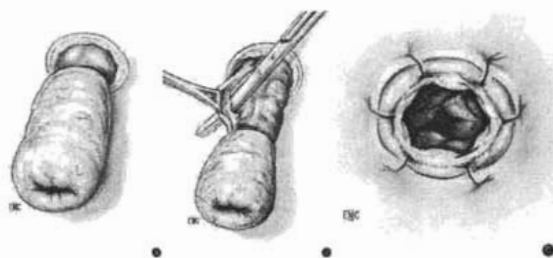
- Retracción del estoma. Se trata de un incidente grave (2-3%) relacionado con la exteriorización de un asa sometida a tracción. Factores que predisponen a retracción son meso corto, engrosado o retraído, obesidad con una pared gruesa, ileo postoperatorio, supuraciones periestomales. Como resultado, se produce una tracción sobre el colon que provoca desgarrar y desinserción de los puntos colocutáneos incluso, en caso de ostomía lateral, sección completa del intestino sobre la varilla.
- Supuraciones periestomales. Son las complicaciones precoces más frecuentes; su incidencia varía entre el 10 y el 25%. La mayoría de las veces se relacionan con una inoculación del estoma o son debidas a la infección secundaria de un hematoma periestomal. Si no existe retracción del estoma, el tratamiento médico antibiótico asociado a cuidados y a un manejo del dispositivo colector adaptado suelen garantizar una evolución favorable.



- Evisceraciones a través del estoma. Representan del 1 al 2% de las complicaciones precoces, y se ven favorecidas por un orificio parietal demasiado grande. La evisceración puede ser cólica, en relación con un asa exteriorizada demasiado larga, que no se puede reintegrar manualmente. La evisceración puede ser paraestomal, con el paso de una o varias asas intestinales alrededor del estoma. El diagnóstico es sencillo si las asas se exteriorizan y más difícil si la evisceración es cubierta, manifestándose por un cuadro de oclusión aguda, lo que implica una reintervención urgente.

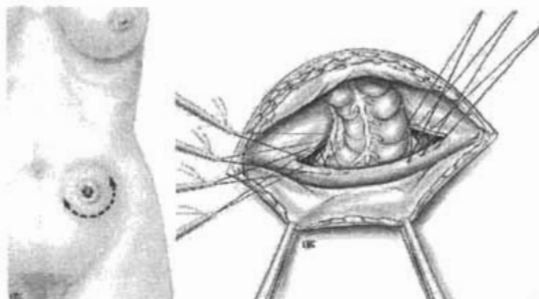
Complicaciones tardías.

- Según las publicaciones médicas, dichas complicaciones son frecuentes, produciéndose aproximadamente en uno de cuatro estomas. El porcentaje de reintervenciones varía, según las series, entre el 13 y el 33%.
 - Prolapso. Se trata de una complicación relativamente frecuente (del 2 al 10% de las colostomias), pero que sólo en raras ocasiones precisa una intervención quirúrgica. El prolapso es en la mayoría de las veces mucoso, con una simple eversión de la mucosa. El prolapso total, que abarca el conjunto de la pared cólica, es más infrecuente y constituye una auténtica complicación.



- Hemorragias. Se pueden observar dos tipos de accidentes hemorrágicos: hemorragia debida a una herida de la mucosa cólica (traumatismo local durante una irrigación), cuyo tratamiento es simple mediante una compresión, o hemorragia relacionada con la ruptura de una várice del estoma. Se calcula que las varices del estoma sobrevienen en el 27.3% de los pacientes con hipertensión portal, con un riesgo de hemorragia por estoma del 1% en las series publicadas
- Estenosis. La estenosis puede ser cutánea, acompañada de cierto grado de retracción y un estoma en forma de embudo, o aponeurótica, consecuencia de un orificio parietal demasiado estrecho. El diagnóstico se realiza sin ninguna complicación durante la exploración clínica, y el tacto del estoma precisa el lugar de la estenosis.
- Tumores y pseudotumores. Los tumores auténticos son poco frecuentes. Su origen es intestinal (degeneración carcinomatosa de un pólipo, desarrollo metacrónico de un segundo cáncer o evolución del cáncer primitivo con siembra neoplásica si se trata de una carcinomatosis), o parietal, como el sarcoma o el desarrollo de un carcinoma basocelular en caso de irritación crónica como resultado de un manejo defectuoso del dispositivo colector. Los pseudotumores son más frecuentes: quiste de retención mucoide, pseudopólipo hiperplásico, granuloma en hilo de sutura y excrecencia carmosa alrededor del estoma como consecuencia de una sepsis parietal crónica.

- Eventraciones periestomales. La eventración de una colostomía es la complicación que se observa con más frecuencia a largo plazo. Es difícil determinar con precisión su incidencia, que varía según las series entre el 10 y el 50%, dependiendo de la definición considerada, se observan principalmente posterior a una colostomía del lado izquierdo, principalmente si es terminal.



DISPOSITIVOS DE RECOLECCION EN LAS DERIVACIONES DIGESTIVAS. ^[4]

Gracias a los progresos de la investigación y de la fabricación, los pacientes portadores de derivaciones digestivas disponen actualmente de materiales fiables, que garantizan una adecuada protección cutánea.

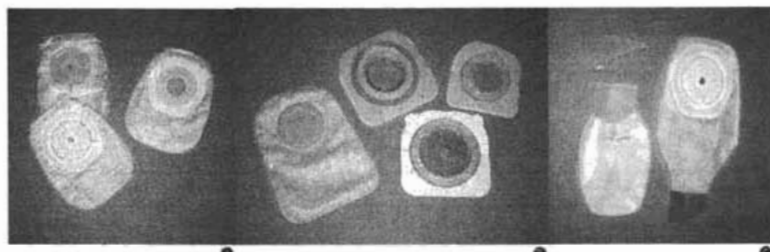
Material de recolección.

Debe ser hermético a los olores, fiable, poco ruidoso, fácil de manipular, no alergógeno, cómodo, y estético en cuanto a la forma y el color.

- Bolsas. No existe ninguna bolsa "universal" que resulte adecuada para todos los casos. El paciente debe recibir asesoramiento, probar diferentes modelos, y elegir el más conveniente. Características:
 - Bolsas cerradas, recortadas o para recortar, con filtro.
 - Bolsas vaciables recortadas o para recortar, con o sin filtro.
 - Bolsas adhesivas mediante protector cutáneo sintético.

Los protectores cutáneos sirven para prevenir las complicaciones locales ocasionadas por las pérdidas o las irritaciones causadas por los adhesivos. También pueden curar las lesiones ya constituidas, puesto que poseen una actividad cicatrizante propia, verificada empíricamente en las lesiones periestomales:

- Bolsas de una sola pieza o monobloque.



- Bolsas de dos piezas o bibloque: compuestas por un soporte (protector cutáneo total, o mitad protector cutáneo y mitad adhesivo microporoso) pegado a la piel en el que se encaja una bolsa cerrada o vaciable. Este sistema tiene la ventaja de que el soporte puede durar varios días, independientemente de la renovación de la bolsa, que puede realizarse según las necesidades.
- Accesorios.
 - A modo de refuerzo, puede colocarse un cinturón, especialmente, en las personas poco activas o, por el contrario, muy activas, como por ejemplo los niños. Dicho cinturón nunca deberá estar demasiado ajustado.
 - Protectores cutáneos e irrigadores de colostomías: los hay en forma de placas, de pasta en pomo, de bandas y de anillos.



BIBLIOGRAFIA.

- [1] Molina García A., Guisado Carmona I., Valenciano Melero A. Atención integral al paciente ostomizado. Ed. Trillas, 1999, 1ª Edición, Pp. 15-44. Barcelona, España.
- [2] Gallot D., Lasser P., Lechaux J P., Colostomías. Enciclopedia Medico Quirúrgica. Ed. El Sevier, 2004, 1ª Edición, Pp. E-40-540 (1-12). París, Francia.
- [3] Buillot JL., Aguad K., Complicaciones de las colostomías. Enciclopedia Medico Quirúrgica. Ed. El Sevier, 2004, 1ª Edición, Pp. E-40-545 (1-11). París, Francia.
- [4] Guyot M., Conge M., Montandon S., Dispositivos de recolección en las derivaciones digestivas. Enciclopedia Medico Quirúrgica. Ed. El Sevier, 2004, 1ª Edición, Pp. E-40-550 (1-7). París, Francia.
- [5] Mosnier H., Boche D., Enterostomías. Enciclopedia Medico Quirúrgica. Ed. El Sevier, 2004, 1ª Edición, Pp. 40-450 (1-10). París, Francia.

9. Objetivo(s) general(es):

- Conocer la incidencia de estomas intestinales realizados del 1º de julio del 2003 al 30 de junio del 2005, en el servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro"

10. Justificación:

- Una vez presentado el panorama, y establecida la definición del problema, se deduce la gran importancia que tienen, cualquier acercamiento que se realice, en primer lugar en pro de conocer el impacto real del problema en nuestro hospital y luego, el diseño de programas serios de registro y capacitación de personal que lleven a instruir adecuadamente a los pacientes ostomizados, evitar en lo posible las complicaciones tempranas y tardías, así como a la vez, la planeación en un futuro de una clínica de estomas intestinales.

Material y método:**11. Objetivos específicos:**

- Identificar los casos de pacientes quirúrgicos, en los que se realizó un estoma intestinal como parte de su tratamiento.
- Determinar el número de estomas intestinales realizados.
- Señalar cuales fueron las principales complicaciones perioperatorias de los estomas intestinales realizados.
- Indicar el tipo de estoma intestinal realizado.
- Identificar la incidencia de morbilidad y mortalidad de los estomas intestinales.

12. Diseño:

- Se trató de un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes con estomas intestinales temporales o definitivos durante el periodo del 1° de julio del 2003 al 30 de junio del 2005, en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Darío Fernández del ISSSTE. Los pacientes fueron divididos en procedimientos realizados de urgencia o programados electivamente, de los cuales se analizaron variables de tipo clínico, como edad, sexo, padecimientos médicos concomitantes, diagnóstico, motivo de intervención quirúrgica, hallazgos transoperatorios, tipo de intervención quirúrgica y número de ostomías, complicaciones de las ostomías, reintervenciones quirúrgicas motivadas por esta(s), complicación(es), morbilidad general y mortalidad, así como sus causas. Todas las variables fueron medidas en forma cotidiana hasta el día 60 del postoperatorio o muerte del paciente.

13. Tipo de investigación:

- Observacional
- Transversal
- Retrospectiva
- Descriptiva

14. Grupos de estudio:

- Se incluyó en este estudio a todos los pacientes adultos a los cuales se les realizó un estoma intestinal ya sea como cirugía de urgencia o programada.

15. Grupo problema:

- No hubo grupo problema en el estudio.

16. Grupo testigo:

- No hubo grupo testigo en el estudio.

17. Tamaño de la muestra:

- Se incluyeron en el presente estudio 50 pacientes.

18. Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos a los cuales se les haya realizado un estoma intestinal de urgencia o electivamente.
- Pacientes derechohabientes de la institución.

19. Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos a los cuales se les haya hecho un estoma intestinal de urgencia o electivamente.
- Pacientes no derechohabientes de la institución.

20. Criterios de eliminación:

- Pacientes no derechohabientes de la institución que se les haya realizado un estoma intestinal, ya que son pacientes que se les trata la urgencia y posteriormente son enviados a su institución correspondiente.

21. Cédula de recolección de datos (Adjuntar):

- Ver anexo 1

22. Descripción general del estudio:

- Se estudió a todos los pacientes que ingresaron al Hospital General Darío Fernández por parte del servicio de urgencias o programados, a los cuales se les realizó un estoma intestinal. Siempre que fue posible, se les informó ampliamente del procedimiento, del tipo de estoma intestinal realizado, la duración, ya sea temporal o definitivo. Se planeó el sitio del estoma para que el paciente lo pudiera manejar, lo limpiara, todo encaminado para que la presencia del estoma no interrumpiera en sus actividades cotidianas.

En los casos de estomas realizados por cirugía de urgencia se dio dicho asesoramiento posterior a la cirugía.

Se intentó trabajar en conjunto con un psicoterapeuta, ya que como es conocido, el paciente sometido a este tipo de procedimientos, se siente mutilado, afectando su calidad de vida.

Organización de la investigación.

23. Programa de trabajo:

- El estudio está diseñado con un inicio el día 1° de julio del 2003 y cerrado el día 30 de junio del 2005, en el cual se captarán todos los pacientes a los que se les realizaron un estoma intestinal, su seguimiento fue a través del expediente clínico. Nuestras metas fueron: 1) conocer la incidencia de estomas realizados en nuestra institución, 2) conocer las patologías más frecuentes a las que conlleva un estoma, 3) saber que porcentaje de pacientes les fue restituido el tránsito intestinal, 4) cuantos tuvieron un estoma permanente, 5) resaltar las complicaciones más frecuentes por la realización de un estoma así como 6) conocer la mortalidad por la realización de este. Nuestra hoja de recolección de datos fue individualizada para cada paciente en la cual tratamos de concluir su evolución.

Los responsables de este estudio son el Dr. Juan Carlos Marín Guzmán como investigador responsable e investigador asociado la Dra. Maricela López Obregón.

24. Análisis de datos:

- Los pacientes fueron divididos en procedimientos realizados de urgencia o programados electivamente, de los cuales se analizaron variables independientes de tipo clínico, como edad, sexo, padecimientos médicos concomitantes, diagnóstico, motivo de intervención quirúrgica, hallazgos transoperatorios, tipo de intervención quirúrgica y número de ostomías, complicaciones de las ostomías, reintervenciones quirúrgicas motivadas por esta(s), complicación(es); las variables dependientes fueron la morbilidad general y mortalidad. Todas las variables fueron medidas en forma cotidiana hasta el día 60 del postoperatorio o muerte del paciente.

Variable	Tipo	Escala de Medición
Dependiente		
<ul style="list-style-type: none"> Morbilidad general Mortalidad 	Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica	0 = No ; 1 = Si 0 = No ; 1 = Si
Independiente		
<ul style="list-style-type: none"> Edad Sexo Padecimientos concomitantes Diagnóstico Motivo intervención quirúrgica Hallazgos transoperatorios Tipo de intervención quirúrgica Complicaciones 	Cuantitativa discreta Cualitativa dicotómica Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cualitativa nominal Cualitativa nominal	Años cumplidos 0 = Fem. ; 1 = Masc. Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal

25. Métodos matemáticos para el análisis de los datos.

Resultados.

Durante el periodo de estudio se vigilaron 50 pacientes en el Servicio de Cirugía General y el Servicio de Colón y Recto del Hospital General Darío Fernández Fierro del ISSSTE. Hubo predominio del sexo femenino, 32 mujeres (64%), por 18 hombres (36%), de los cuales 19 correspondieron a cirugías de urgencia (38%) y 31 a cirugía electiva (62%). (Tabla 1). El promedio de edad fue de 66.2 años, con una media de 64 años. Se encontraron 11 pacientes con enfermedades asociadas, predominó la diabetes mellitus con 5, la hipertensión arterial con 3, enfermedad de Parkinson y crisis convulsivas con 2 y osteoporosis con 1.

Tabla 1. Relación de pacientes con ostomías intestinales de acuerdo a su programación quirúrgica y por sexo. (n = 50)

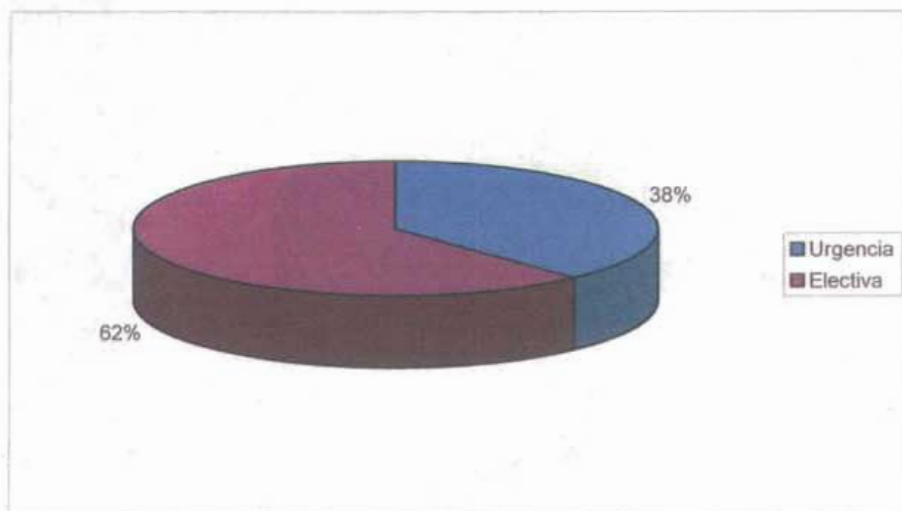
Urgencia		Electiva	
Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
11 (22%)	8 (16%)	21 (42%)	10 (20%)
19 (38%)		31 (62%)	

Análisis estadístico.

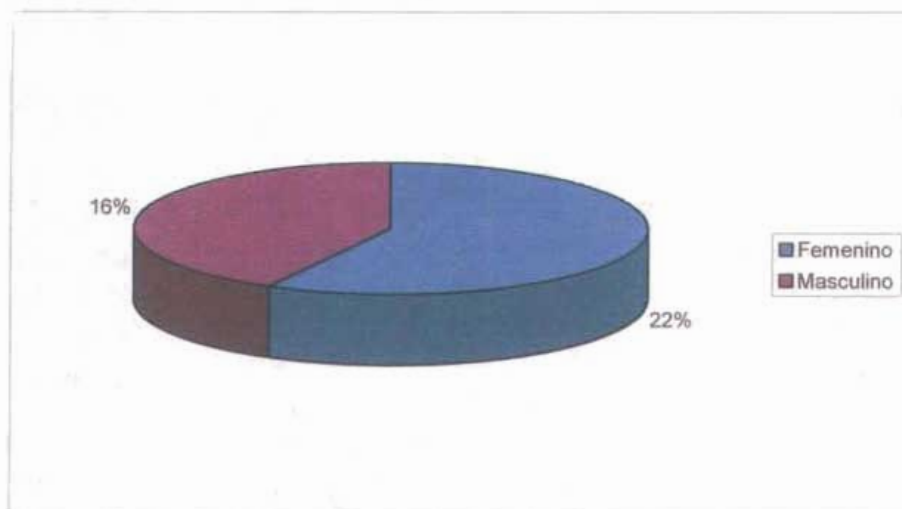
	Urgencia	Electiva
Femenino	11	21
Masculino	8	10

$\chi^2 = 0.50$	p no significativa (no existe relación entre ostomías intestinales de acuerdo a su programación quirúrgica y el sexo de los pacientes).
-----------------	---

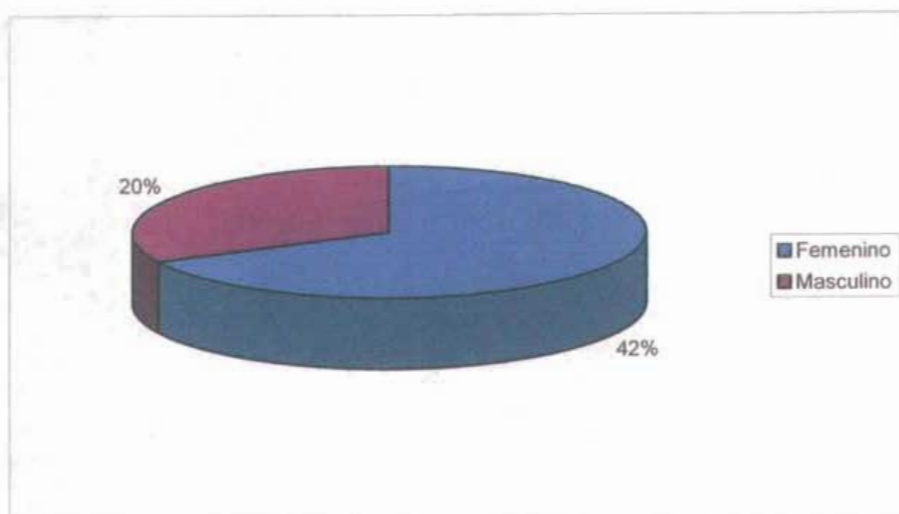
Gráfica I. Porcentaje de pacientes con ostomías intestinales de acuerdo a su programación quirúrgica. (n = 50)



Gráfica II. Porcentaje de pacientes con ostomías intestinales de urgencia de acuerdo al sexo. (n = 19)



Gráfica III. Porcentaje de pacientes con ostomías intestinales electivas de acuerdo al sexo. (n = 31)



Los estomas intestinales se clasificaron de acuerdo a su posición anatómica; correspondieron a colon 46 (92%) y a intestino delgado 4 (8%) que incluye ileon y yeyuno para un total de 50 estomas (100%) (Tabla II). Estos estomas también fueron divididos en definitivos y temporales, se hicieron de urgencia: 16 temporales (32%) y 3 definitivos (6%); y de forma electiva: 23 temporales (46%) y 8 definitivos (16%).

Tabla II. División de los estomas de acuerdo a la región anatómica, temporales o definitivos, fistula mucosa o procedimiento de Hartmann y asa.

Localización	Urgencia						
	Fem.	Masc.	Temporal	Definitivo	Hartmann	Fistula mucosa	Asa
Colon derecho	0	0	0	0	0	0	0
Colon izquierdo	6	4	8	2	7	0	3
Colon transverso	3	2	4	1	0	0	5
Ileon	1	2	3	0	0	3	0
Yeyuno	1	0	1	0	0	1	0
Total	11	8	16	3	7	4	8

Total de estomas intestinales realizados de urgencia: 19.

Análisis estadístico.

	Femenino	Masculino
Colon derecho	0	0
Colon izquierdo	6	4
Colon transverso	3	2
Ileon	1	2
Yeyuno	1	0

Chi ² = 1.49	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y el sexo de los pacientes en cirugías de urgencia.
-------------------------	---

	Temporal	Definitivo
Colon derecho	0	0
Colon izquierdo	8	2
Colon transverso	4	1
Ileon	3	0
Yeyuno	1	0

Chi ² = 0.95	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y la duración del mismo en los pacientes en cirugías de urgencia.
-------------------------	---

	Hartman	Fístula mucosa	Asa
Colon derecho	0	0	0
Colon izquierdo	7	0	3
Colon transverso	0	0	5
Ileon	0	3	0
Yeyuno	0	1	0

Chi ² = 27.31	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y el tipo de estoma realizado en los pacientes en cirugías de urgencia.
--------------------------	---

Localización	Electivos						
	Fem.	Masc.	Temporal	Definitivo	Hartmann	Fístula mucosa	Asa
Colon derecho	0	0	0	0	0	0	0
Colon izquierdo	9	4	8	5	3	1	9
Colon transverso	12	6	15	3	1	1	16
Ileon	0	0	0	0	0	0	0
Yeyuno	0	0	0	0	0	0	0
Total	21	10	23	8	4	2	25

Total de estomas intestinales realizados de forma electiva: 31.

Análisis estadístico.

	Femenino	Masculino
Colon derecho	0	0
Colon izquierdo	9	4
Colon transverso	12	6
Ileon	0	0
Yeyuno	0	0

Chi ² = 2.27	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y el sexo de los pacientes en cirugías electivas.
-------------------------	---

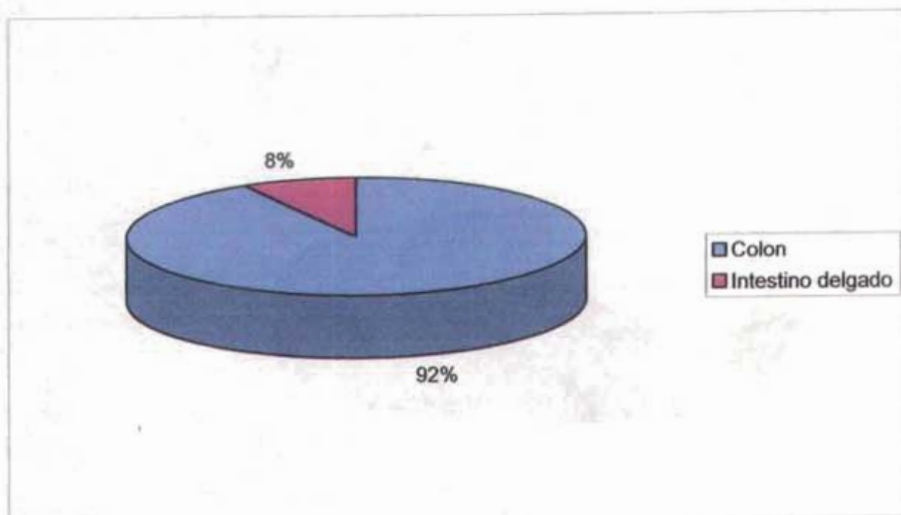
	Temporal	Definitivo
Colon derecho	0	0
Colon izquierdo	8	5
Colon transverso	15	3
Ileon	0	0
Yeyuno	0	0

Chi ² = 1.87	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y la duración del mismo en los pacientes en cirugías electivas.
-------------------------	---

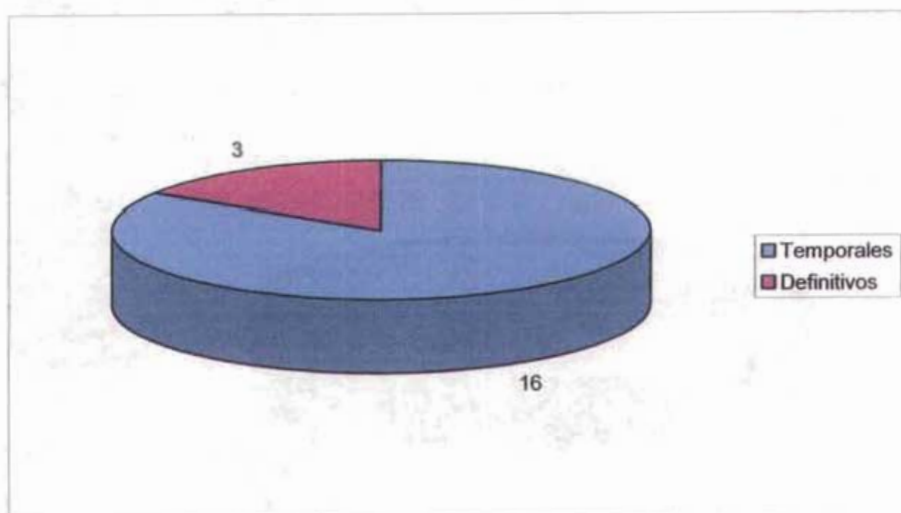
	Hartman	Fistula mucosa	Asa
Colon derecho	0	0	0
Colon izquierdo	3	1	9
Colon transverso	1	1	16
Ileon	0	0	0
Yeyuno	0	0	0

Chi ² = 2.21	p no significativa (no existe relación entre la región anatómica donde se realizó el estoma y el tipo de estoma realizado en los pacientes en cirugías electivas.
-------------------------	---

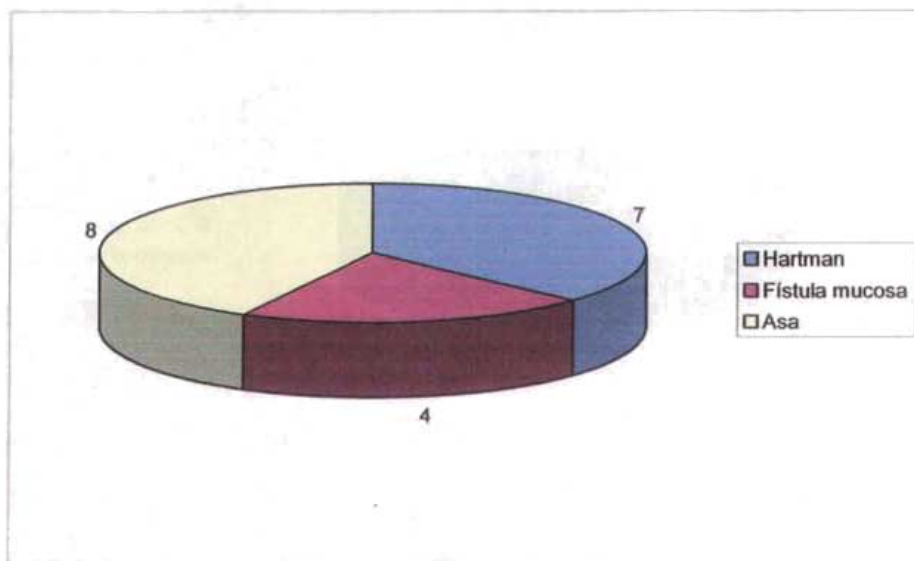
Gráfica IV. Porcentaje de pacientes con estomas intestinales de acuerdo a la región anatómica.



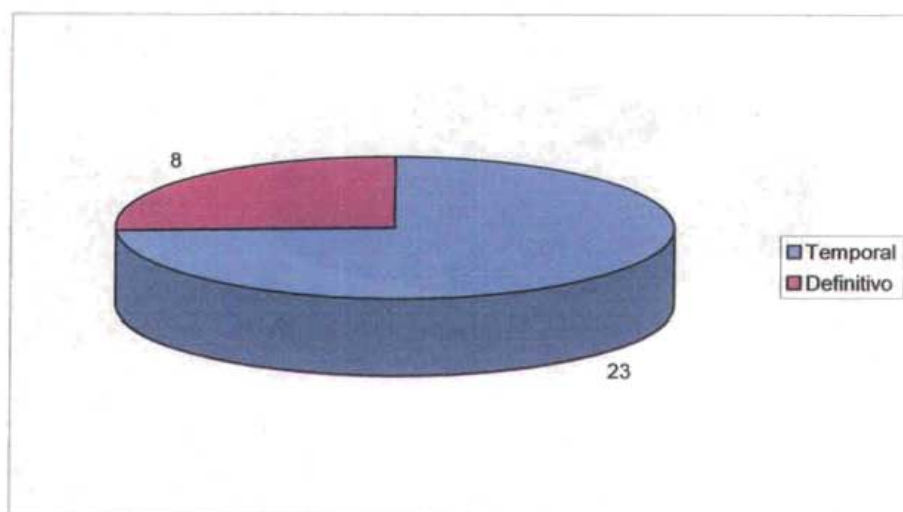
Gráfica V. Número de pacientes con estomas intestinales de urgencia, dependiendo del tiempo de permanencia del estoma.



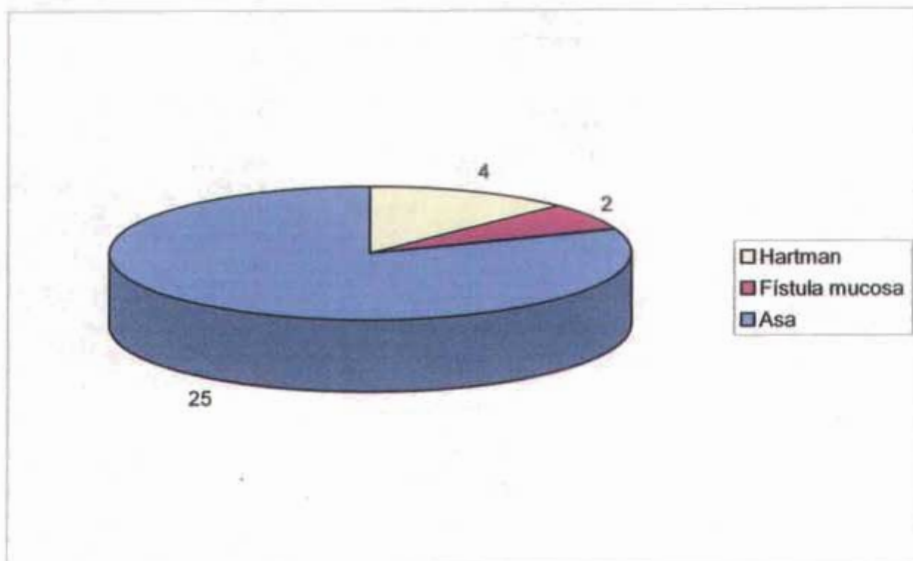
Gráfica VI. Número de pacientes con estomas intestinales de urgencia, dependiendo del tipo de estoma realizado.



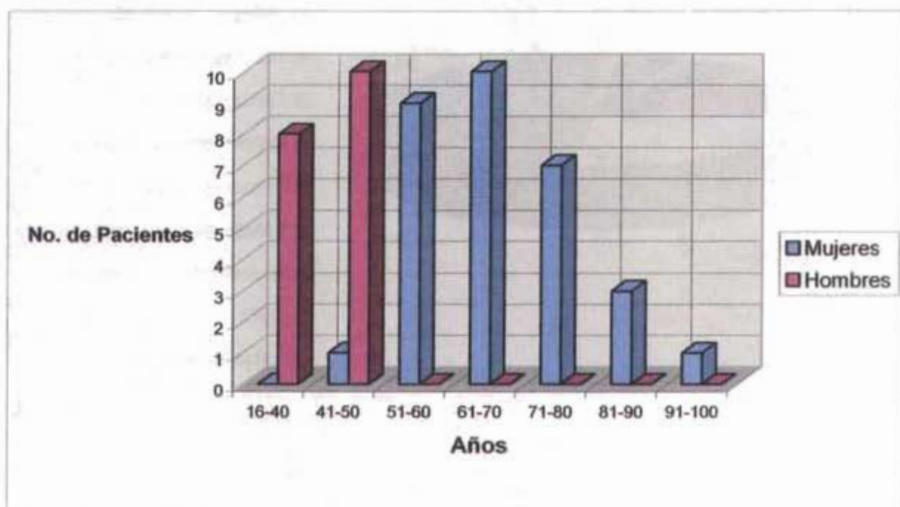
Gráfica VII. Número de pacientes con ostomías intestinales electivas, dependiendo del tiempo de permanencia del estoma.



Gráfica VIII. Número de pacientes con ostomías intestinales electivas, dependiendo del tipo de estoma realizado.



Gráfica IX. Distribución de los pacientes por grupos de edad y sexo en los que se realizaron los estomas intestinales.

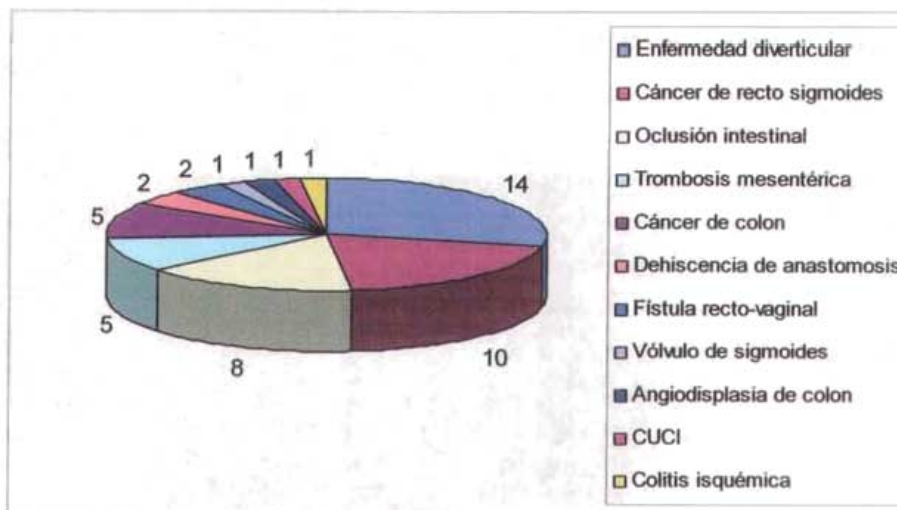


Los principales diagnósticos para llevar al paciente a cirugía fueron: enfermedad diverticular en 14 casos (28%), seguida por cáncer de recto sigmoides en 10 (20%), oclusión intestinal en 8 (16%), trombosis mesentérica en 5 (10%), Cáncer de colon en 5 (10%), y otras causas que se describen en la Tabla III.

Tabla III. Indicaciones quirúrgicas para la realización de estomas (n = 50)

Indicaciones	Casos
Enfermedad diverticular	14 (28%)
Cáncer de recto sigmoides	10 (20%)
Oclusión intestinal	8 (16%)
Trombosis mesentérica	5 (10%)
Cáncer de colon	5 (10%)
Dehiscencia de anastomosis	2 (4%)
Fistula recto-vaginal	2 (4%)
Vólvulo de sigmoides	1 (2%)
Angiodisplasia de colon	1 (2%)
Colitis ulcerativa crónica inespecífica	1 (2%)
Colitis isquémica	1 (2%)
Total	50 (100%)

Gráfica X. Indicaciones quirúrgicas para la realización de estomas. (n = 50)



Complicaciones de los estomas: Ocurrió en 10 pacientes (20%) de urgencia y en 8 electivos (16%), para un total de 18 casos, predominó la isquemia, la infección, las hernias paraestomales y las retracciones de los estomas. Tabla IV. Las complicaciones, sin relación a los estomas (médicas, quirúrgicas, etcétera) ocurrieron en 8 pacientes (5 de urgencia y 3 electivos), las principales causas fueron: Choque séptico, desequilibrio hidroelectrolítico y neumonía.

Tabla IV. Complicaciones de las ostomías intestinales.

Complicación	Urgencia	Electivo
Isquemia	2	1
Necrosis	1	1
Infección	2	1
Hemorragia	0	0
Perforación	1	1
Retracción	2	2
Dermatitis	1	0
Hernia	1	2
Total	10	8

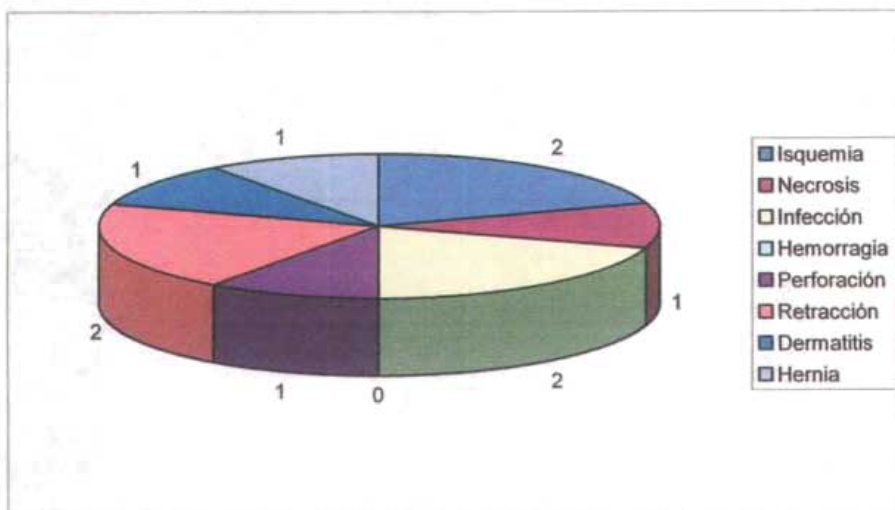
Total de complicaciones 18 casos (36%)

Análisis estadístico.

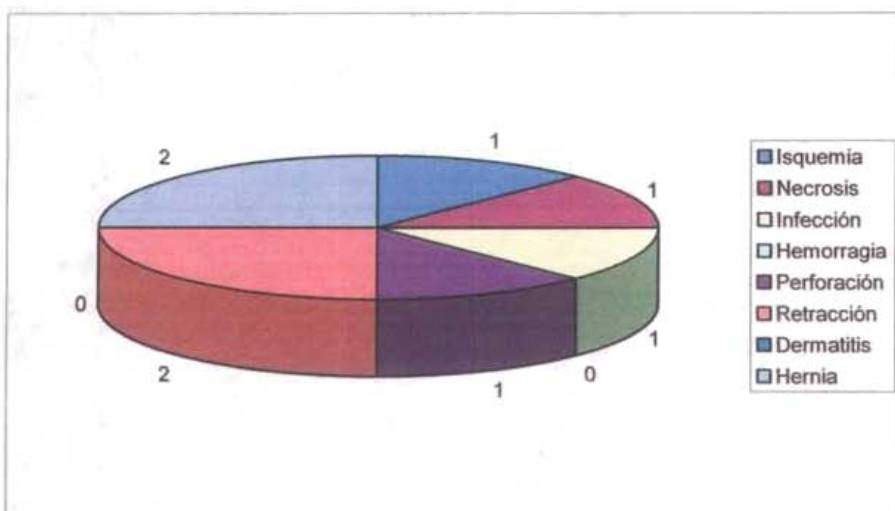
	Urgencia	Electiva
Isquemia	2	1
Necrosis	1	1
Infección	2	1
Hemorragia	0	0
Perforación	1	1
Retracción	2	2
Dermatitis	1	0
Hernia	1	2

$\chi^2 = 2.21$	p no significativa (no existe relación entre ostomías intestinales de acuerdo a su programación quirúrgica las complicaciones estomales de los pacientes.
-----------------	---

Gráfica XI. Complicaciones de las ostomías intestinales de urgencia.



Gráfica XII. Complicaciones de las ostomías intestinales electivas.



Fallecieron 9 pacientes (18%), 5 mujeres (10%), 4 hombres (8%), por complicaciones no relacionadas al estoma intestinal. Relacionadas directamente con el estoma, solo falleció 1 paciente (2%) y se debió a perforación del estoma y fuga del contenido intestinal dentro del abdomen, con la consiguiente sepsis y choque séptico.

Discusión.

La cirugía gastrointestinal, como casi todas las disciplinas quirúrgicas, se ha visto beneficiada por la implementación desde hace muchos años de procedimientos quirúrgicos cuya finalidad principal es proporcionar la curación de un individuo en aras de una recuperación programada hasta que se restaure la permeabilidad del tubo digestivo, a través de un "estoma", sinónimo de boca o derivación. Ya en 1839, Amusat en París, describió detalladamente la técnica de la colostomía.

En la actualidad, cuando existe compromiso en la integridad del aparato digestivo y no está indicado en este momento llevar a cabo su reparación, se emplea la(s) enterostomía(s), que no sólo es para aquellos casos en que el paciente es intervenido de urgencia, sino que igualmente se utiliza para pacientes programados electivamente. Sin embargo, el procedimiento no está exento de morbilidad, Sellito menciona las siguientes complicaciones: isquemia, necrosis, retracción, hemorragia, torsión, hernia paraostomal, lesiones dérmicas debido a derramamiento del contenido intestinal, infección, perforación, fistula periostomal, obstrucción del intestino delgado, absceso, en las lleostomías se presenta en algunos casos, deshidratación y hemorragia por várices periostomales. En la mayoría de los casos se requiere reintervención quirúrgica en la que se puede comprometer la vida del paciente.

Nuestros resultados coinciden con los de otros autores. La incidencia de estomas intestinales en nuestro hospital fue de 50 pacientes en un periodo comprendido de 2 años (1° de julio del 2003 al 30 de junio del 2005), para el sexo masculino, el grupo de edad donde se realizó la mayoría de los estomas intestinales comprendió de los 41 a los 50 años, y para las mujeres de los 61 a los 70 años. La principal causa de realización de estomas intestinales fue la enfermedad diverticular, seguida por el cáncer de recto sigmoides y las oclusiones intestinales, se realizaron en mayor número estomas de intestino grueso que de intestino delgado. Abcarian encontró una morbilidad por complicación de los estomas del 10 al 60%, menciona que las complicaciones metabólicas están más asociadas con la formación de una ileostomía que una colostomía; en nuestro estudio la tasa de complicaciones fue de un 36%, y se debieron a errores técnicos en la construcción del estoma y a una inadecuada planeación del mismo.

La mortalidad informada en la literatura es del 4% debido a complicaciones de las ostomías, pero aumenta cuando hay enfermedades crónicas, en el presente estudio, la mortalidad fue del 2%. Igual que en lo reportado en la literatura, las principales causas de fallecimiento en nuestro estudio se debió a complicaciones de enfermedades crónicas.

Conclusión.

La realización de estomas intestinales dentro de nuestro hospital es una cirugía que se hace con relativa frecuencia, ya sea de forma urgente o programada.

Nuestro estudio comprende 50 pacientes ostomizados de los cuales la mayoría se hizo como cirugía programada que es lo que concuerda con la literatura ya que esto nos permite de alguna manera planear la cirugía y por lo tanto el estoma que como lo hemos mencionado anteriormente, reduce importantemente las complicaciones relacionadas con dicho estoma. Sin embargo, la realización de un estoma en una cirugía de urgencia también como es demostrado en este estudio es donde se apreciaron mas complicaciones, esto retoma lo anteriormente dicho que parte de estas complicaciones pueden ser evitadas.

Dentro de las complicaciones, la más frecuente fue isquemia, necrosis, infección y dermatitis periostomal, lo cual nos esta hablando de una mala técnica. Respecto a la dermatitis esta es una complicación de las mas frecuentes en el posquirúrgico, y que la gran mayoría de nuestros pacientes lo presentó, es debida a una mala colocación de bolsa, a una mala técnica realizada y no hay un seguimiento a dicha complicación.

La mortalidad observada en nuestro estudio fue del 2% respecto al de la literatura que nos dice que es del 4%. Nuestra mortalidad esta por debajo de lo reportado a la literatura, y fue secundaria a situaciones que no involucraban dicho estoma.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Por todo esto concluimos que se hace de manera urgente la creación de un grupo de ostomizados, en el cual participe una enfermera ostomal, el médico y un psicólogo, con la finalidad de que el paciente se integre completamente a sus actividades.

Recursos:

26. Humanos:

- El presente estudio fue realizado por el investigador responsable (Dr. Juan Carlos Marín Guzmán) analizando los expedientes clínicos de los pacientes incluidos y llenando las hojas de recolección de datos personalizada para cada paciente, lo anterior bajo la dirección y coordinación del investigador asociado (Dra. Marisela López Obregón).

27. Físicos:

- Solo fueron requeridas las hojas de recolección de datos. Las figuras, esquemas, tablas, cálculos estadísticos, la descripción completa del estudio se realizó en el programa Word, Millenium Edition.

Financiamiento:

28. Costo de la investigación:

- No tuvo costo alguno el presente estudio.

29. Especificar patrocinadores:

- No fue necesario el apoyo de patrocinadores.

30. Aspectos éticos:

- Riesgo menor al mínimo debido a que no se hicieron maniobras.

31. Autorizaciones:

Nombre

Firma

Dr. Cayetano Pompa de la Rosa

Dra. Yolanda Rodríguez Rodríguez

Dra. Marisela López Obregón

The image shows two handwritten signatures. The first signature is for Yolanda Rodríguez Rodríguez, written in black ink over a horizontal line. The second signature is for Marisela López Obregón, also in black ink over a horizontal line. The word 'Firma' is printed above each signature line.

32. Del jefe de Investigación de la Unidad.

Nombre

Firma

Dr. Roberto Cruz Ponce

The image shows a handwritten signature in black ink over a horizontal line. The word 'Firma' is printed above the signature line.

ANEXO 1.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS: ESTOMAS INTESTINALES
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Hoja No.:

Nombre:

Expediente:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Escolaridad:

Tipo de cirugía:

Ambulatoria:

Fecha de ingreso a cirugía:

Fecha de realización del estoma:

Diagnóstico de ingreso:

Diagnóstico de egreso:

Antecedentes personales patológicos:

Días de evolución del padecimiento:

Signos vitales a su ingreso:

Principales síntomas:

Laboratorio:

Panendoscopia:

Colonoscopia:

Manometría:

Rayos X:

Hallazgos quirúrgicos:

Tiempo quirúrgico:

Tiempo de anestesia:

Tipo de anestesia:

Presión abdominal:

Litros de CO2:

Sangrado:

Conversión y causa:

Complicaciones:

Medicación previa:

Drenajes, tipo y tiempo:

Días de estancia intrahospitalaria:

Reintervenciones:

Traslado a otra unidad:

Hallazgos de patología:

Cirujano:

Ayudantes:

Evolución: