



11209
98
2e
MEX

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PETROLEOS MEXICANOS

DIRECCION CORPORATIVA DE ADMINISTRACION
GERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS
HOSPITAL CENTRAL DEL NORTE

FALLA DE ORIGEN

COLOSTOMIAS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL
CENTRAL NORTE DE PEMEX

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. JUAN CARLOS PORRAS KATTZ

ASESOR DE TESIS:

DR. JORGE GONZALEZ HURTADO



MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1995



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 está 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.

FACULTAD DE MEDICINA

**División de estudios de postgrado
Petróleos Mexicanos**

**Dirección Corporativa de Administración
Gerencia de Servicios Médicos
Hospital Central Norte**

**COLOSTOMIAS
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE
DE PEMEX**

Tesis que para obtener el título en la especialidad de

CIRUGIA GENERAL

Presenta

Dr. Juan Carlos Porras Katz

Asesor de Tesis

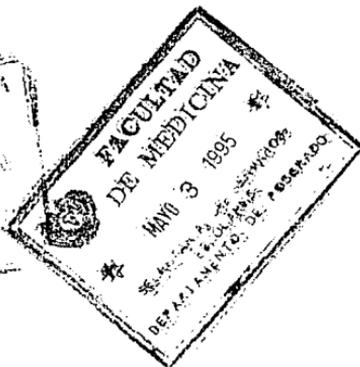
Dr Jorge González Hurtado

México D.F.

Febrero 1995



Dra. Rosa Reyna Mourriño Pérez
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital Central Norte
PEMEX



Dr. Luis García Irazoqui
Jefe del Servicio de Cirugía General
Hospital Central Norte
PEMEX

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por haberme dado la vida.

A mi padre

Dr. Gilberto Porras Garcia

Con admiración y respeto

como hombre,

como padre

y como cirujano.

A mi madre

Eneida Kattz de Porras

Máxima expresión de abnegación,
sacrificio, además de gran sabiduría.

A mis hermanos:

Gilberto Antonio

Eneida

José Manuel

Arturo

A mi tío

Dr. Arturo Porras García

Pilar de nuestra gran familia,

Ejemplo de magnanimidad y desprendimiento.

A mi novia:

Lic. Alicia Luna Vallejo

Por su comprensión y enorme paciencia.

In memoriam
José Porras Carmona
A quien Dios llamó prematuramente a Su Lado.

**A mis maestros:
Por haberme transmitido el conocimiento.**

INDICE	PAGINA
INTRODUCCION	8
MARCO TEORICO	
Antecedentes	10
Tipos de colostomía	13
Aspectos psicosociales del paciente ostomizado	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	17
OBJETIVOS	18
TIPO DE ESTUDIO	19
UNIVERSO	19
MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSION	20
CRITERIOS DE EXCLUSION	20
VARIABLES	21
PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	22
FLUJOGRAMA	23
RESULTADOS	24
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION

Las colostomías son un procedimiento quirúrgico utilizado como tratamiento temporal o permanente, en patologías del colon de diversa índole y consisten en la creación de un estoma en la pared abdominal, mediante el cual el colon queda conectado con el exterior total o parcialmente, según la indicación de la patología, para eliminar los detritos corporales, con la finalidad de desviar el flujo intestinal del área afectada, permitiendo al cirujano establecer el tratamiento de elección.

Desde el punto de vista psicológico, resulta repulsivo para el paciente la creación de un sitio diferente para la excreta de las heces, sobre todo en pacientes del sexo masculino, dado que ellos están en general, un poco más alejados de los menesteres que implican los cuidados de una colostomía, pero es importante destacar que ésta cirugía ha sido practicada miles de veces con éxito y que generalmente los pacientes pueden reintegrarse a su vida social y laboral.

Es conveniente resaltar la importancia que la dieta ejerce en pacientes con colostomía sobre todo con los alimentos que previamente se sabe, producen gases o aumentan el tránsito intestinal.

El desarrollo de las técnicas quirúrgicas para las colostomías, ha perseguido como ideal, entre otros, el control y regulación locales en la emisión de heces y gases a través del estoma, pero por mucho tiempo que el paciente sea portador de una colostomía, le es imposible desarrollar la percepción sensitiva que indique la proximidad de una evacuación, al no contar con éste estímulo no es posible lograr el control voluntario de la colostomía.

Sin embargo, la búsqueda constante del control de las colostomías, ha llevado al médico, a desarrollar sistemas o dispositivos mecánicos como son: la válvula en pezón de goma (1974), Mecanismo Magnético (1975), Clip Metálico Articulado, Manguito de Silastic Hinchable (1978) y más recientemente, injerto de capa muscular de colon autólogo (1981).

ANTECEDENTES

COLOSTOMIAS

Las primeras contribuciones en cuanto a procedimientos quirúrgicos, se refiere que fueron con la finalidad de aliviar la obstrucción intestinal. (1, 3). En 1710, Littre fue el primero en sugerir la factibilidad de abrir el colon para aliviar una obstrucción, en realidad en casos de ano imperforado. (2, 5). La primera cecostomía fue realizada por Pillore en 1776 por un carcinoma obstructivo y Duret, en 1973 llevó a cabo la primera colostomía exitosa en un caso de ano imperforado. (4, 1). En 1797 Fine efectuó una colostomía transversa en un paciente con obstrucción por CA de rectosigmoides, el cual presentó buena recuperación. (1).

El gran peligro en aquellos días era, por supuesto el riesgo de peritonitis debido a escape del contenido intestinal hacia la cavidad peritoneal. En 1839, Amussat introdujo la operación de colostomía lumbar por vía extraperitoneal, para el alivio de obstrucciones intestinales. (3, 5)

Bloch aconsejó la realización de una colostomía en asa en casos de CA de colon, en donde se exteriorizaba el asa que contenía al tumor para posteriormente resecarlo.(17)

En 1895, Paul publicó su técnica de resección extra abdominal de cáncer de colon: exteriorizaba el asa afectada, suturaba un tubo de vidrio en el intestino por arriba y por abajo del sitio del tumor, extirpaba éste y luego aplastaba el espolón entre dos porciones de intestino., cerrando finalmente el estoma.(18,4)

Tres años mas tarde, Mikulicz llevó a cabo una operación similar y por ende el procedimiento habitualmente se denomina operación de Paul-Mikulicz.(16,7)

Otras contribuciones a los procedimientos quirúrgicos modernos fueron realizados por: Lembert, Halsted, Los Hnos. Mayo, Cushing, Connell y Moynihan.(13,5)

En una serie de 111 pacientes revisados por Key y cols. en donde se realizó procedimiento de Hartmann y se compararon los aspectos de fuga posterior a la anastomosis, mortalidad, morbilidad y días de estancia, los grupos comparados fueron dos a los que se realizó cierre temprano de colostomía (antes de 15 semanas) y otro grupo a los que se les cerró la colostomía después de las 15 semanas. No hubo diferencias considerables en cuanto a mortalidad, morbilidad, o fuga en la anastomosis; pero sin embargo, si la hubo en cuanto a los días de estancia, ésta se vió incrementada en el grupo en donde se reanastomosó tempranamente.

La resección abdominoperineal requiere una colostomía terminal (en algunos casos) aunque este número ha disminuido notablemente, con la mejora de técnicas de anastomosis colorrectal baja con los

diversos dispositivos mecánicos. Es importante marcar con anterioridad el sitio elegido para la exteriorización de la colostomía con el paciente sentado y parado de modo de evitar pliegues cutáneos, incisiones previas y rollos de grasa abdominal. El autor de esta revisión (David Jagelman) prefiere realizar el orificio estomal en el músculo recto izquierdo, un poco más medial de lo sugerido por otros autores

TIPOS DE COLOSTOMIAS

1.- Cecostomía

- a.- Exteriorización cecal
- b.- Cecostomía por tubo

2.- Colostomía en asa

3.- Colostomía en cañón de escopeta (Bloch-Paul-Mikulickz)

4.- Colostomía interrumpida:

- a.- Colostomía terminal con bolsa de Hartmann
- b.- Colostomía terminal con fístula mucosa

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Una de las principales preocupaciones de la mayoría de los pacientes, antes y después de la cirugía, es el saber si su estilo de vida se va a alterar por la presencia del estoma. Obviamente se van a producir algunos cambios que será necesario considerar después de la operación. Los pacientes deberán ser informados y ayudados por médicos, enfermeras y otros servicios de apoyo, así como por los miembros de su familia. (11)

Debemos considerar algunos aspectos en la vida del paciente ostomizado, tales como:

La capacitación o aprendizaje en el cambio del dispositivo, esto incluye desde el conocimiento de las especificaciones del mismo, (tamaño, diámetro) hasta su correcto manejo, lo que incluye eliminación de los desechos, tanto en casa como fuera de ella (eliminación discreta).

El olor que emana la materia fecal que descarga un estoma intestinal, es perfectamente natural y no es mayor que el que produce la evacuación por el ano. De todas formas el temor de ser la fuente de un olor ofensivo, preocupa a la mayoría de los pacientes portadores de

un estoma y será muy útil informales para disipar ésta ansiedad; se puede recurrir a los dispositivos modernos que están hechos de material plástico a prueba de olor. y otros más que llevan un filtro de carbón activado, que previene el olor de gases despedidos. Otro recurso es el empleo de desodorantes que se pueden conseguir en presentación de gotas, polvos o spray.

En cuanto a la dieta, el paciente ostomizado deberá evitar comidas y bebidas tales como: cebolla, cerveza, comidas altamente condimentadas o con curry, que producen olores o flatos.⁽¹²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-

Las colostomías son procedimientos comunes y relativamente sencillos, pero por ser tan antiguos y comunes son olvidados o manejados de manera rutinaria.

Estos procedimientos no están exentos de complicaciones, éstas son reales, por tal motivo, decidimos conocer la experiencia en nuestro hospital para determinar el tipo de colostomía más conveniente de acuerdo a la situación clínica, conocer nuestra experiencia y las complicaciones inherentes a este procedimiento para poder normar criterios y conducta de protocolo en el manejo de estos pacientes.

JUSTIFICACION

Conocer la experiencia en nuestra unidad hospitalaria, así como la morbimortalidad que presentan los pacientes a quienes se les realiza este procedimiento quirúrgico, así mismo, fomentar las bases para la realización de un club de ostomizados en este hospital, ya que los pacientes con colostomía requieren un manejo integral y apoyo de diversas especialidades y servicios. Y en base a los conocimientos obtenidos, intentar de alguna forma, mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado.

OBJETIVOS

Identificar las características del manejo de colostomías en el H.C.N.

Describir el comportamiento clínico de los pacientes ostomizados después de la cirugía

Describir las alteraciones psicosociales que se presentan en los pacientes ostomizados.

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo.

UNIVERSO

Pacientes a quienes se les realizó colostomía en el HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX, en el período comprendido entre julio de 1992 y Julio de 1994.

MUESTRA

Todos los pacientes a quienes se les haya realizado colostomía en el periodo mencionado anteriormente.

CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes a los que se realizó colostomía por cualquier motivo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los pacientes que no tengan su expediente completo, se les haya hecho ileostomía o que el cierre se haya realizado en otra unidad.

Pacientes fallecidos

Pacientes que hayan migrado

Pacientes de quien se haya extraviado el expediente clínico

VARIABLES

Se estudiarán las siguientes variables

- 1.- Edad
- 2.- Sexo
- 3.- Indicaciones para colostomía
- 4.- Tipo de colostomía
- 5.- Técnica empleada
- 6.- Tiempo quirúrgico
- 7.- Tiempo de duración con la colostomía
- 8.- Tiempo de inicio de funcionamiento de la colostomía
- 9.- Reintervenciones
- 10.-Complicaciones (estoma /técnica)
- 11.-Tiempo quirúrgico del cierre
- 12.-Técnica realizada para el cierre
- 13.-Calidad de vida

PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Se revisará el archivo histórico de Cirugía General de los años 1992, 1993 y 1994, para posteriormente, acudir al archivo para localizar los expedientes clínicos mediante la investigación directa, de ser posible, se platicará con los pacientes ostomizados para conocer sus impresiones, el resultado de éstos se vaciará en una base de datos utilizando la computadora del servicio de Cirugía General.

FLUJOGRAMA-

1.- Archivo Histórico

2.- Archivo General

3.- Expedientes

4.- Pacientes

5.- Base de datos

6.- Análisis estadístico

7.- Resultados

RESULTADOS

Se estudiaron 18 pacientes a los que se les realizó colostomía en el HCN de PEMEX, en el período comprendido entre julio de 1992 y julio de 1994; de éstos pacientes 10 fueron del sexo femenino y 8 del sexo masculino, con un rango de edad de 31 a 94 años, obteniendo una media de 18.3 años.

El tipo de colostomía que se les realizó fué en bolsa de Hartmann: a 9 pacientes; en asa : 4 pacientes; en escopeta (Bloch Paul Mikulickz): 1 paciente. Definitiva: 1; Con fistula mucosa: 3.

La técnica empleada para la realización de la colostomía fué: Colostomía de sigmoides: 10; Colostomía en colon transverso:5. Colostomía en colon derecho:3. El tiempo empleado en el procedimiento quirúrgico fué de 156.38 +/- 81.9 mins. Teniendo los pacientes la colostomía por un tiempo de 8.5 +/- 7.3 meses. El tiempo de iniciación de funcionamiento de la colostomía fué de 42.4 hrs +/- 38.9. hrs.

Se realizaron 2 reintervenciones. Se presentaron las siguientes complicaciones: Hernia paraestomal : 1; rechazo al material de sutura: 1; Necrosis de la boca de colostomía: 2; Seroma 1.

Técnica que se empleó para el cierre: En 17. pacientes se realizó una colo-colo anastomosis terminoterminal en dos planos y sólo en uno se realizó colo-colo anastomosis terminoterminal en un plano.

Se empleó para el cierre quirúrgico, un promedio de 174.6 +/- 61 min.

En cuanto a los aspectos psicosociales, la mayor preocupación de los pacientes fue el tiempo de duración que tendría la colostomía; algunos de ellos, sobre todos los de edad más avanzada, manifestaron trastornos depresivos importantes, por lo que tuvieron que ser manejados conjuntamente por Geriatria y Psicología.

A todos les costó trabajo, en mayor o menor grado, aprender el manejo del dispositivo y los cuidados higiénicos del mismo.

DISCUSION

En una serie de Knox y cols (1971) se observó 10% de infección de la herida, mientras que en nuestra serie se presentó sólo un caso de seroma (5%).

No obtuvimos casos de fistulas, dehiscencias ni muertes. En la serie comentada anteriormente (Knox) hubo 2.2% de muertes atribuibles al cierre de la colostomía; la causa fué dehiscencia de la sutura intestinal, y peritonitis generalizada. Dixon y Benson (1944) también comunicaron una incidencia alta de fistulas intestinales después del cierre de la colostomía.

En cuanto a la Técnica del cierre hay series en donde se ha realizado en un plano, siendo efectivas; el índice de dehiscencias es similar al de la técnica en dos planos, ésto significa, que un plano más superficial, nunca sustituirá una mala técnica de sutura.

Cierto grado de hernia alrededor de la colostomía es tan frecuente, que ésta complicación se puede considerar inevitable⁽¹⁴⁾.

La necrosis de la parte terminal del colon puede haberse juzgado erróneamente en el momento de la operación de las verdaderas condiciones de la irrigación sanguínea de dicho segmento, o bien debido a la compresión excesivamente tensa del colon por el orificio en la pared abdominal anterior, sin embargo, ésta puede evitarse poniendo suma atención a la técnica quirúrgica.

CONCLUSIONES

Consideramos que los pacientes colostomizados en el período mencionado, han sido manejados adecuadamente: El tiempo quirúrgico puede ser discretamente prolongado, pero si consideramos que a algunos pacientes se les realizó otro procedimiento quirúrgico no inherente a la colostomía (lisis de bridas, drenaje de absceso, fistulectomía) y reditúa en un procedimiento efectivo, se puede mantener éste parámetro, siempre que las condiciones del paciente lo permitan. El índice de necrosis de boca de colostomía puede considerarse alto (10%), por lo que se buscará realizar un estoma más amplio en la aponeurosis y evitar la tracción del asa. Aunque el porcentaje de hernia paraestomal es bajo (5%) se deberá hacer hincapié en la fijación del asa a la aponeurosis, con la finalidad de reducir aún más ésta cifra. La presentación de seromas es aceptable (1 caso = 5%) si consideramos el volumen del universo. La técnica empleada para el cierre, en la mayor parte de los casos, dos planos, es una técnica eficaz ya que no se presentaron dehiscencias.

BIBLIOGRAFIA

1.- Petersen K, Andersen B, Baden H, Burchart F. Morbidity after immediate and delayed opening of sigmoid end colostomy: a randomized trial. Department of Surgical Gastroenterology, Herlev Hospital. University of Copenhagen, Denmark Eur. J. of Surgery 1992 sep, 158 (9) 495-7

2.- Laparoscopic creation of a loop colostomy. Lange V, Meyer G, Schardey HM, Schildberg FW. Surgical Clinic Grossharden, Munich Germany, J. Laparoendoscopic Surgery, 1991 Oct, 1 (5) 307-12

3.- The smooth muscle autograft in continent colostomies, Experimental research on rabbits. Ruggiero R, Trere, M, Gilbert, M, Inving, G. La Facolta di Medicina e Chirurgia, Universita degli Studi di Napoli. Ann. Ital. Chir. 1991, Jan- Feb

4.- Blunt colonic injury. A multicenter review Ross SE, Cobean RA, Hoyt DB, Miller R., Mucha P. Jr., Dept of Surgery, Cooper Hospital University Medical Center. Camden New Jersey, J. of Trauma 1992 Sep, 33 (3) 379-84

5.- Coreman JM., Openheimer DB., Securing the loop, historic review of methods used for creating a loop colostomy. Samsung

Medical clinic, Santa Barbara Medical Foundation, California. Diss.
Colon and Rectum. 1991 Nov. 34 (11) 1014-21

6.- Doberneck RC. Revision and closure of the colostomy, Dept
of Surgery University of New Mexico Hospital. Albuquerque. Surg.
Clin. North. Am. 1991 Feb, 71 (1) 193-201.

7.- Marini P., Paganeli I., Sorgi G., Gucciardo G., Netsta M.,
Campanelli A., Carboni R.. Definite colostomy using a circular
stappler, a technique to be considered. Divisione di Chirurgia
Generale Ospedale C., Porlanini Roma. Gen Chir. 1990 Mar, 11 (3)
177-8.

8.- Barron J., Fallis LS.. Colostomy closure by the intraperitoneal
Method Dis. Colon and Rectum. (1) 466 1958.

9.- Knox AJS., Birkett FDH. et al. Hazards of Colostomy
Closure. Br Jour. Surg. (4) 380 1971.

10.- Marino AWM. Jr., Mancini HWM. et al Colostomy
simplified Mod Tread (8) 1971. Patey DH. Primari epithelial
apposition in colostomy. Proc. Roy Soc. Med. (44) 423 1951.

11.- Crown, Sidney. Psychosexual problems. 1976 Academic
Press.

12.- Ellis, Harold y Wastell. General Surgery for Nurses, 1976, Blackwell Cientific Publication.

13.- The Ciba Collection of Medical Ilustrations. Frank H. Netter. MD. Gastrointestinal Tract, Vol. II. USA, 1964.

14.- Surgery of the anus, rectum, and colon, John Goligher. Bailliere Tindall of London. 2nd. Ediction, 1987, London, UK.

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuales son las molestias que ha tenido usted, por ser portador de una colostomía?

2.-¿ Ha notado usted rechazo de amigos, parientes o de la sociedad en general?

3.-¿Depende usted de otras personas para manejar su colostomía?

4.-¿Que dificultad encuentra usted, en su centro laboral en relación a su colostomía?

5.- ¿Ha tenido usted que modificar su forma de vestir?

6.-¿Le ha dificultado de alguna manera su colostomía la práctica de su deporte habitual?

7.-¿Encuentra usted alguna dificultad en su vida sexual, causada por la colostomía?

8.-¿Le avergüenza ser portador de una colostomía?