

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS
DEL AREA DE CIRUGIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL
DE PORTOVIEJO.
ABRIL 2004 – ABRIL 2006.

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de Doctor en Medicina y Cirugía

ELABORADO POR:

JAHAIRA VIOLETA SALTOS MEDRANDA
CESAR AUGUSTO VERA ANCHUNDIA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS ALMEIDA CRUZ

Portoviejo, julio 2006

TEMA:

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS
DEL AREA DE CIRUGIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL REGIONAL
DE PORTOVIEJO.

ABRIL 2004 – ABRIL 2006.

DEDICATORIA

A mi madre Rosa Narcisa; incomparable y única, por sus cuidados brindados durante 7 años, por su amor incondicional, y que ahora sé que desde el cielo me esta guiando y cuidando, quien tuvo un único sueño; ahora hecho realidad, que su única hija fuera una doctora, este proyecto y todos los demás que vendrán a futuros serán dedicado a ti mamita querida y del alma

A mis 4 hermanos que en el cielo han de estar orgullosos de mi, a ellos que no los conocí y que desde allá están inspirándome para que sea una profesional humanística y solidaria.

A mi abuelito y padre cariñosamente llamado **papi Jesús** a él por guiarme, apoyarme incondicionalmente en cada uno de mis proyectos y conducirme siempre por el camino del bien y sobretodo por ser un padre de verdad y darme ese cariño, amor que me hacia falta.

Para un ser especial que ya no esta en este mundo: **A ti mami Olinda** una persona muy solidaria y humanística, por darme ese calor de hogar esas enseñanzas espirituales, por su apoyo incondicional en mi carrera, y; porque sé que desde allá en los cielos me guiaras con cada uno de mis pacientes para ti, porque se que estarías muy orgullosa de su única nieta doctora.

A mis tres preciosos y adorados hijos del alma **JONATHAN, JORDY Y JOSEPH** por llenar mi espíritu de fuerzas y fortaleza para seguir adelante, por saber entender y soportar el no poderles dar el tiempo que Uds. se merecían y que yo hubiese querido darles, por Uds. mis hijos queridos por ser un pilar muy importante en mi carrera y porque se que siempre me apoyaran en cada uno de mis proyectos.

A mi negrito del alma **Carlos Vera**, mí esposo, compañero, amigo y ahora colega, por tu cariño y apoyo incondicional, por impulsarme a que siempre siguiera hacia delante que terminara mis estudios, que aún estando lejos, siempre estuviste conmigo en todos mis planes y proyectos, para ti porque te quiero mucho y gracias a ti también he salido adelante.

Para mi mamita **Sergia** que ella con su amor incondicional y su ternura supo llenar en parte ese amor de madre que faltaba en mí, gracias por tus preocupaciones y tus desvelos para ti también dedico este trabajo.

A una persona muy especial y yo sé que él compartirá mi triunfo como si fuera el suyo por tu amor y cariño de padre por apoyarme en todo momento, para esa persona especial mi tío **Adalberto**, este proyecto no podía dejar de ser dedicado para ti también.

A una persona que me apoya siempre y que con sus consejos amor y cariño me hace sentir querido y pretejida a mi tía **Lolita**, que se siente orgullosa de lo que soy y seré en mi vida profesional y espiritual.

A mis hermanos del alma y de corazón **José Gregorio y Mariana** por su amor, cariño y compañía, por todos esos años de travesuras, juegos y aprendizajes por saber ser mis hermanos y darme esa compañía y amor que me hacía falta.

Para una persona muy querida y hermano de corazón, colega y amigo del alma como cariñosamente te llamo **Augusto Vera** por tu ayuda, comprensión y amor de hermano.

A mis suegros **Irene y Ramón** por su apoyo y cariño, por saber entender mi espíritu de superación.

Para mi padre **Narciso Saltos** y su familia, por su cariño de padre, y por estar orgulloso de mí.

A mi abuelita **Maria Medranda** por su amor y cariño, por ser el único vínculo que tengo que me une a mi madre.

También no podía de dejar pasar de dedicarles esta tesis a las personas que cuidaron y se preocuparon por mis hijos durante el año de internado rotativo para Uds. tío **Yimmy** y tía **Auria** por su dedicación y amor a ellos.

Para las **personas que de una u otra forma hicieron que este trabajo sea realidad mis tíos: José, Enrique, Guido, Jesús, Mariano**, mis tías políticas: **Betty, Adriana**,

Amparo y Fernanda; mis primos y demás familiares que han puesto un granito de arena para la terminación de mi tesis.

Gracias a todos uds. por su amor, cariño, ayuda, apoyo, consejos.

GRACIAS

La autora

JAHAIRA VIOLETA SALTOS MEDRANDA.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a todas aquellas personas quienes de una u otra forma estuvieron involucradas en mis años de estudio universitario en especial:

A mi madre: Irene Margarita Anchundia M., que con su amor, dedicación, sacrificio y apoyo incondicional en todo momento, sin duda fue mi mayor estímulo para alcanzar esta meta.

A mi padre: José Ramón A. Vera M., quien sembró en mi la semilla de la superación ya que el único camino vertical y Honesto hacia el triunfo son el estudio y el trabajo.

A mis hermanos: José, Antonio, Carlos, Jaime, quienes en todo momento me brindaron su apoyo tanto espiritual, moral y económico sin esperar recompensa alguna.

A mi hermana: Jeaneth Elizabeth, de quien solo tengo un vago recuerdo, pero sé que desde el cielo siempre me ha estado apoyando.

A mis hermanas políticas: Jahaira, Ketty, Yarixa, quienes con su cariño de amigas siempre me inspiraron optimismo y éxito en mis años de estudio.

A mis sobrinos: que con su sonrisa e inocencia son la esperanza en el camino de la vida.

CESAR

AGRADECIMIENTO

En primer lugar nuestro agradecimiento a **DIOS**, por habernos dado la inteligencia y la paciencia para llegar hasta el final de nuestras carreras.

Nos es imposible citar todas las personas que han colaborado para que se realice este trabajo de investigación que nos permite obtener el TITULO de Doctor en **MEDICINA Y CIRUGIA**.

Al **Dr. Carlos Almeida**, Director de tesis, quien nos oriento con sus sugerencias, corrigió y aprobó el manuscrito de esta tesis.

Al **Dr. Hugo Loor Lino**, por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de la investigación y por alentarnos siempre que sigamos adelante.

También nuestro agradecimiento al **Dr. Eberth Cedeño Villagómez** que nos oriento y guió con sugerencias en el tema de nuestra investigación

Un agradecimiento especial a la **Licenciada Julia Espinel** por su dedicación y por ayudarnos en la elaboración de la tesis.

A nuestra querida alma mater, a la **Facultad de Ciencias de la Salud** y a los catedráticos de la escuela de medicina, por transmitir ese bagaje de sabiduría, su orientación indeleble en nuestra alma estudiantil.

Al Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda “de Portoviejo, por permitirnos realizar nuestras investigaciones y practicas médicas en cada una de sus áreas como internos rotativos.

Y a todos nuestros familiares, amigos en especial: Rosita, colegas: **Lina, Luisiana, Marcelo y Renán** que de una u otra forma nos apoyaron para que se realice la presente tesis.

Los autores

CERTIFICACION

Yo, Dr. Carlos Almeida Cruz, CERTIFICO que la tesis de investigación titulada: Manejo y Complicaciones de Colostomía en Adultos del Area de Cirugía Digestiva del Hospital Regional de Portoviejo. Abril 2004 – Abril 2006, es trabajo original de los Sres. Jahaira Saltos Medranda y César Vera Anchundia, el que ha sido revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección.

Portoviejo, mayo del 2006.

Dr. Carlos Almeida Cruz
DIRECTOR

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS DEL AREA
DE CIRUGIA DIGESTIVA DEL HOSPITAL REGIONA DE PORTOVIEJO.
ABRIL 2004 – ABRIL 2006.

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo requisito previo a la
obtención del título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.

APROBADA

Dr. Carlos Almeida Cruz
DIRECTOR

Dr. Hugo Loor Lino
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Ebert Cedeño
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Julia Espinel
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Bosco Barberán
DECANO DE LA FACULTAD

Ab. Yandri Sabando
ASESOR JURIDICO

RESPONSABILIDAD

Los que suscriben este documento, Declaran:
Que el presente trabajo es producto de una
Investigación, además asumen todo tipo de
responsabilidad que la Ley señale para el efecto.

Jahaira Saltos M.

César A. Vera A.

INDICE DE CONTENIDO

	Págs.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Indice de Tablas y Gráficos	
Indice de anexos	
Resumen	
Summary	
I. Introducción	1 - 2
II. Justificación	3 - 4
III. Planteamiento del problema	5 - 6
IV. Objetivos	7
V. Marco teórico	8 - 30
VI. Operacionalización de variables	31 - 36
VII. Diseño Metodológico	37 - 39
VIII. Resultados Estadísticos	40 - 64
IX. Análisis e Interpretación de resultados	65 - 67
X. Conclusiones	68
XI. Recomendaciones	69
XII. Propuesta	70 - 71
XIII. Presupuesto	72
XIV. Cronograma de Trabajo	73
XV. Bibliografía	74 - 75
XVI. Anexos	76 - 87

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	Págs.
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según grupo etáreo Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006. Grafitabla 1	40
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según género Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 2	41
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Procedencia Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 3	42
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Estado Nutricional Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 4	43
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Preparación Pre-operatoria. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 5	44
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Operatorio Inmediato. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 6	45
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Operatorio Mediato. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 7	46
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Post Operatorio inmediato. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 8	47
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Técnica Quirúrgica. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 9	48

Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Tipo de Ostomía. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 10	49
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Localización Anatómica de la lesión. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 11	50
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Localización del estoma. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitablas 12 - 13	51 - 52
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según causa de Colostomía Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 14	53
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Manejo médico del paciente. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 15	54
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Manejo de Enfermería. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 16	55
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos según Manejo del paciente por enfermería. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 17	56
Complicaciones inmediatas de colostomía en adultos. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 18	57
Complicaciones Tardías de colostomía en adultos Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 19	58
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos en relación Edad-Tipo de colostomía. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 20	59

Manejo y complicaciones de colostomía en adultos en relación Edad-Localización anatómica de la lesión. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 21	60
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos en relación Edad-Causa. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 22	61
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos en relación Sexo-Causa. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 23	62
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos en relación Localización de lesión-Causa. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 24	63
Manejo y complicaciones de colostomía en adultos relación Técnica quirúrgica-Causa. Hospital Verdi Cevallos Balda, abril 2004 – abril 2006 Grafitabla 25	64

INDICE DE ANEXOS

Anexos.....	77
Anexo 1: Formulario	78 – 79
Anexo 2: Ubicación recomendada del estoma.....	80
Anexo 3: Material y equipo: Sistemas colectores: (Imagen 1); Accesorios de los sistemas colectores; (Imagen 2).....	81
Anexo 4: Complicaciones inmediatas: Necrosis (Imagen 1); Hemorragia (Imagen 2);	82
Dehiscencia (Imagen 3); Edema (Imagen 4)	83
Fistulización: (Imagen 5); Evisceración (Imagen 6)	84
Anexo 5: Complicaciones tardías: Prolapso (Imagen 7); Estenosis (Imagen 8)	85
Granuloma (Imagen 9); Retracción (Imagen 10)	86
Dermatitis química por contaminación del efluente (Imagen 11)	
Dermatitis alérgica de contacto (Imagen 12).....	87

RESUMEN

Con el objetivo de conocer el manejo y complicaciones de colostomías en adultos del área de cirugía digestiva, se realizó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, se tomó como población de estudio 51 pacientes atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de abril del 2004 – abril del 2006.

Para recolectar la información se utilizó un formulario en el cual se registraron todos los datos que incluía la historia clínica y que eran de interés para esta investigación.

Los resultados más destacados fueron:

El 19.6% fue de 29-36 años. 61% del género masculino. 47% provenían del área rural. El 53% de la población presentó peso normal.

En el preoperatorio 96% se administró antibiótico profiláctico. En el 98% se utilizó sonda nasogástrica en el operatorio inmediato, en el 100% de los pacientes hidratación parenteral y sonda nasogástrica en el operatorio mediano, 35% presentó infiltraciones, 72% la colostomía fue temporaria, 51% fue de derivación, 45% la localización anatómica fue en colon descendente, 51% la localización del estoma fue decidido en la cirugía, 51% se ubicó en la fosa iliaca izquierda, en el 35% fue por traumatismo.

El 76% fue manejado por cirujano especialista, en el 100% las enfermeras dieron información al paciente sobre alimentación y dieta, en el 100% se instruye al familiar del paciente sobre tipo de dieta.

El 35% presentó edema como complicación inmediata, 39% dermatitis como complicación tardía.

Palabras claves: Colostomía, manejo del paciente, complicaciones.

SUMMARY

With the objective to know the handling and complications colostomías in adults of the area of digestive surgery, an investigation of descriptive, retrospective type was made, was taken as population from study 51 patients taken care of in the Hospital Verdi Cevallos Shelf of Portoviejo of April of the 2004 - April of the 2006.

In order to collect the information a form was used in which all the data were registered that clinical history included and that were of interest for this investigation.

The most outstanding results were:

The 19,6% were of 29-36 years. 61% of the masculine. 47% came from the rural area. 53% of the population presented/displayed normal weight.

In preoperating 96% prophylactic antibiotic was administered. In 98% operating nasogástrica sounding in the immediate one was used, in the 100% of the patients parenteral hidratación and sounds operating nasogástrica in the mediate one, 35% presented/displayed infiltrations, 72% the colostomía was temp, 51% was of derivation, 45% the anatomical location was in descendent colon, 51% the location of estoma was decided in the surgery, 51% was located in the left iliaca grave, in 35% was by traumatismo.

76% were handled by specialistic surgeon, in 100% the nurses gave to information to the patient on feeding and diet, in 100% is instructed to the relative of the patient on type of diet.

35% presented edema like immediate complication, 39% dermatitis like delayed complication.

Key words: Colostomía, handling of the patient, complications.

I. INTRODUCCION

Las primeras colostomías fueron realizadas en el siglo XVII Y XIX por cirujanos franceses. Maydl en 1884 describió la técnica de la colostomía en asa sobre un vástago. En 1908, E. Miles describe la colostomía sigmoidea Terminal con resección de colon sigmoides con colostomía Terminal y cierre del muñón rectal para obstrucción del colon sigmoides o recto superior, procedimientos quirúrgicos que aún se realizan en la actualidad¹.

Datos obtenidos sobre la situación en España, permiten conocer que en este país 1'5 por mil de la población española convive con una ostomía. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a más de un 3 por mil de la población adulta española. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos².

Aunque no existen datos estadísticos elaborados para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, es indudable que el impacto social de esta discapacidad es enorme, dado el volumen de población a la que afecta y la condición a la que relega al ser humano que la padece.

Las patologías que originan la ostomía, no están determinadas por factores de estatus social, nivel económico, sexo, etnia o credo religioso. Su incidencia se ajusta únicamente a factores demográficos, observándose en el concierto mundial que los porcentajes son, en general, mas altos en países con mayor nivel de bienestar, por la simple razón de la mejor esperanza de vida, que ofrece mayor margen al desarrollo de las enfermedades, muchas de ellas influenciadas sin duda por factores desfavorables como el estrés o los incorrectos hábitos alimentarios.

1. Ortiz H, Martí J, Voltas J. Colostomías convencionales o colostomías continentes. Cirugía Española 1989; 45:541-542.

2. D: [www.http://AstraZéneca.htm](http://AstraZéneca.htm)

El paciente colostomizado enfrenta un sinnúmero de situaciones que complican la evolución normal de los pacientes. Entre las complicaciones encontramos las médico-quirúrgicas tanto tempranas, consideradas en el primer mes, como tardías, con posterioridad a este periodo.

Además se debe considerar las alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia del tratamiento recibido.

Al analizar la situación antes citada se considera de vital importancia realizar esta investigación para determinar el manejo y complicaciones de la colostomía siendo uno de los objetivos principales la valoración del manejo de los pacientes ostomizados y la determinación de sus complicaciones.

Esta investigación será de tipo descriptiva, retrospectiva, porque se revisaron los datos estadísticos de los pacientes en estudio, la población estuvo constituida por 51 pacientes ostomizados. Para la elaboración de los resultados se utilizó técnica estadísticas y para fundamentar el marco teórico bibliográfica.

II. JUSTIFICACION

La colostomía constituye un procedimiento estándar en la práctica de la cirugía, con repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes económicos, sociales, laborales y los efectos psicológicos que producen, ya que es una intervención quirúrgica que el paciente vive como una "amputación" poco visible, pero muy traumatizante, conllevando a alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.

Los pacientes ostomizados requieren un tratamiento individual y experto tanto antes como después de la intervención. Es importante que el paciente salga del hospital bien informado y motivado, todo ello como parte activa de su tratamiento, dado que estas personas dejan de controlar voluntariamente las deposiciones. La humanización en la atención sanitaria significa dar respuestas adecuadas a las necesidades de cada paciente. Sin embargo, no siempre existe un verdadero adiestramiento de las enfermeras sobre los cuidados del estoma, lo que puede ocasionar una cierta inseguridad en el paciente ostomizado.

El personal que tiene a su cargo la atención del paciente con estoma debe estar capacitado para manejar las necesidades de atención del ostomizado en su vertiente física, psicológica y social. Además se debe dar información sobre las complicaciones en el cierre de ostomías, ofrecer seguimiento y apoyo por parte del equipo de Psicología hospitalario, cuando sea preciso, para evitar el desarrollo de reacciones emocionales de adaptación negativas del mismo y sus familiares.

La realización de la presente investigación se justifica en la necesidad de conocer la frecuencia con la cual se realiza dicha intervención quirúrgica en nuestro medio, las causas por las cuales se la practica, la información que se da al paciente de parte del personal de salud para el manejo del estoma.

La investigación realizada tiene interés para el personal médico y paramédico ya que a través de este se puede conocer los aspectos positivos y negativos del manejo de los pacientes con colostomía, y de estos resultados se beneficiará el paciente ya que al conocer las falencias en el proceso de atención se los podrá corregir.

El estudio es de interés para el personal médico y paramédico, al igual que para el paciente ya que a través de la misma podrá tener información sobre los cuidados que se deben tener.

El proceso de recolección de la información se dio solicitando el respectivo permiso a las autoridades, una vez que este fue aceptado, se procedió a ingresar al Dpto. de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en donde recibimos la colaboración del personal que labora en el mismo, con lo cual se facilitó la obtención de los datos requeridos para la investigación.

En lo relacionado a la recolección de bibliografía se presentaron inconvenientes en vista que en el Hospital Verdi Cevallos Balda no está protocolizado el manejo de los pacientes ostomizados.

III. DELIMITACION DEL PROBLEMA

A pesar de los inconvenientes que presenta el paciente ostomizado, este es un procedimiento que se realiza con mucha frecuencia, así lo demuestran las estadísticas a nivel mundial en los que se menciona que el 87% de las colostomías se realizan por causa neoplásica.³

Al igual que toda intervención quirúrgica la colostomía presenta complicaciones que vienen a dificultar aún más la condición del paciente, las mismas que pueden presentarse de forma inmediata o tardía. En los actuales momentos estas complicaciones tienden a disminuir no solo por la mejora de las técnicas quirúrgicas sino también porque se está tomando conciencia de que las condiciones de vida de los pacientes depende de la calidad técnica y de los cuidados postoperatorios del equipo de enfermería.

Sin embargo, con este tipo de paciente se debe trabajar desde antes de la intervención quirúrgica, ya que el impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un periodo postoperatorio sin complicaciones. Una de las principales preocupaciones de la mayoría de estos pacientes antes y después de la cirugía es saber si su estilo de vida se va a alterar por la presencia de la ostomía. Obviamente se van a producir una serie de cambios que serán necesarios considerar después de la intervención quirúrgica, con la finalidad que el paciente pueda realizar una vida normal, dentro de sus limitaciones.

Si el ostomizado carece de información y del adiestramiento adecuado para afrontar una nueva forma de vida adoptara actitudes de enfermo o inválido. La educación sanitaria es uno de los pilares fundamentales para la atención de estos pacientes.

3. Corella Calatayud, J. M.*; Mas Vila, T.**; Bernal Sprekelsen, J. C. **Complicaciones de las colostomías**. España: Valencia

Es por esto que los profesionales sanitarios, entre ellos el de enfermería, necesitan formación y ayuda para adquirir la competencia profesional necesaria en esta área, el saber cuales son los cuidados normales del estoma, que enseñar al paciente antes que vuelva a su domicilio, un conocimiento básico sobre los dispositivos y accesorios, así como del efecto de la medicación y la dieta sobre el estoma

Las estadísticas demuestran que los efectos ocasionados en los pacientes ostomizados al realizar el diagnóstico psiquiátrico clínico las patologías más frecuentes fueron: Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación 34.79%, seguido de los episodios depresivos 21.74%. En el diagnóstico psiquiátrico dinámico el principal trastorno es el Específico de la ansiedad 91.3%. La colostomía fue bien aceptada en el 65.2%, la auto imagen se afectó en el 69.6%. La adaptación de la familia al ostomizado se logró en el 82.6 y el nivel de desempeño social es satisfactorio en el 69.6%, presentándose aislamiento social en el 30.4%. En 18 pacientes que si mantenían relaciones sexuales la principal dificultad fue la inhibición 61-1%.⁴

Por lo antes expuesto, se considera necesario investigar el siguiente problema:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo y complicaciones de colostomías en adultos del área de Cirugía Digestiva del Hospital Regional de Portoviejo de abril del 2004 hasta abril 2006?

4. Ibidem

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- 4.1.1. Determinar el manejo y complicaciones de colostomía en adultos del área de Cirugía Digestiva del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, abril 2004 – abril 2006.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 4.2.1. Identificar las características de la población en estudio.
- 4.2.2. Establecer el tipo de manejo que están recibiendo los pacientes colostomizados.
- 4.2.3. Determinar las complicaciones de los pacientes ostomizados.
- 4.2.4. Proponer la elaboración de un formulario de Historia clínica que permita registrar las diferentes etapas del ingreso del paciente ostomizado.

V. MARCO TEORICO

5.1. Generalidades

La Colostomía es por definición la apertura del colon en la pared abdominal que conforma una salida artificial para el contenido fecal del intestino grueso. La nueva apertura al exterior que se crea en la ostomía recibe el nombre de *estoma*.

Los pacientes ostomizados requieren un tratamiento individual y experto tanto antes como después de la intervención. Es importante que el paciente salga del hospital bien informado y motivado, todo ello como parte activa de su tratamiento, dado que estas personas dejan de controlar voluntariamente las deposiciones, dependiendo de un dispositivo colector, obturador o método de irrigación. La humanización en la atención sanitaria significa dar respuestas adecuadas a las necesidades de cada paciente. Sin embargo, no siempre existe un verdadero adiestramiento de las enfermeras sobre los cuidados del estoma, lo que puede ocasionar una cierta inseguridad en el paciente ostomizado.

5.2. Aspectos epidemiológicos

Entre los aspectos epidemiológicos relacionados con el ostomizado, se logró identificar que la edad en la cual se puede practicar una ostomía esta dada por la patología causal, así para los casos de cáncer se presenta a partir de los 40 años en adelante, siendo más frecuente en los varones, no encontrando relación con la procedencia. Se considera de importancia el estado nutricional del paciente ya que una nutrición inadecuada inhibe la respuesta inmunitaria y la opsonización de bacterias es ineficaz, además que aumenta el riesgo de morbilidad quirúrgica o muerte será excesiva.

5.3. Clasificación de las ostomías:

5.3.1. Según su función: estomas de nutrición, de drenaje y de eliminación.

5.3.2. Según tiempo de permanencia: Temporales o definitivos.

5.3.3. Según el órgano implicado:

5.3.3.1. **Intestinales:** colostomía(*sigmoide, descendente, transversa, ascendente*), ileostomía

5.3.3.2. **Urinarias:** urostomía (*ileal o bricker, vesicostomía,....*)

5.3.3.4 **Tráquea:** Traqueotomía.

5.4. Tipos de Colostomías

La Clasificación de las colostomías depende de:

Funcionalidad, Tipo, Presentación, Maduración, Ubicación.

5.4.1. **Ubicación:** Depende del segmento de colon que se desee exteriorizar, el transverso y el sigmoide por estar libres son los más fáciles de ligar a la pared cutánea. Así el cuadrante elegido depende del Asa escogida y debe analizarse en relación a cada paciente

5.4.2. **Funcionalidad:**

5.4.2.1. **Descompresiva:** Cumple las mismas funciones que la Ileostomía. Ej: Cáncer del ángulo esplénico del Colon, estará el segmento proximal dilatado por la obstrucción, exteriorizando el asa, abriendo una de sus caras, para permitir un drenaje del contenido, pero sin interrumpir el flujo hacia distal. La técnica consiste en levantar el asa con una bagueta, se abre un lado sin necesidad de que quede sollevantado. Clásicamente es transitoria pues su indicación es mientras persiste la obstrucción o mientras sea necesario cuidar el área lesionada.

5.4.2.2. **Desfuncionalizante:** En este caso se desea que no pase contenido intestinal hacia distal, para lo cual se exterioriza el segmento colónico y se aboca todo su lumen a la piel. Ej en la Operación de Milles, en la que se secciona el recto y el aparato esfinteriano (Cáncer de recto) y el resto del sigmoide se aboca completamente.

5.4.3. **Tiempo:** *INTENSION TRANSITORIA:* Las descompresivas tienen este objeto para proteger algo o para descomprimir un área con obstrucción. Pero si en

la operación se descubre que la obstrucción es por un Cáncer, la colostomía puede persistir y ser definitiva.

5.4.4. **Definitiva:** La mayoría son irreversibles, como la que se hace en la Operación De Milles, no se debe permitir que haya flujo hacia distal por la posibilidad de incontinencia

5.4.5. **Presentación:**

5.4.5.1. **Un Lumen:** Colostomía terminal (Op Milles, Hartman)

5.4.5.1. **Doble lumen:** Un agujero corresponde al asa aferente y el otro a la eferente, se ve en Asa del Transverso.

5.4.6. **Maduración:** Se refiere a cuando va a funcionar la colostomía, o sea cuando va a tomar contacto la mucosa con el exterior. El tiempo que se demore en ser utilizada, permitirá una mejor adhesión del colon con el tejido subcutáneo.

5.4.6.1. **Inmediata:** En una Colostomía terminal el lumen es suturado a la pared abdominal y queda inmediatamente funcional.

5.4.6.2. **Diferida:** Se espera un tiempo para madurar la Colostomía (Cortar y abrir el lumen). En las Colostomías en Asa (doble lumen), por una Obstrucción Intestinal, algunos recomiendan operar para exteriorizar el asa debiendo esperar 48 horas para madurar la colostomía permitiendo así que la serosa del asa se adhiera al subcutáneo, disminuyendo así las complicaciones sépticas. Sin embargo hay quienes defienden la maduración precoz, ya que si se hace una colostomía por Obstrucción Intestinal y se espera 48 horas para madurarla, puede complicarse la obstrucción, además la maduración en pabellón permite dejar más plana el asa lo que es más cómodo para el paciente.

5.5. **Indicaciones:**

Entre las patologías que son susceptibles a la realización de una colostomía podemos mencionar cáncer, diverticulitis, ano imperforado, o trauma; sin embargo en la actualidad los cánceres son la segunda causa de muerte en los países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares. Entre todos los cánceres en general destacan los del aparato digestivo, pues es la parte de la economía humana donde mayor asentamiento de tumores hay, y resaltando de forma muy especial el cáncer colorrectal, que supone un 41% del total de fallecimientos por cánceres digestivos en el mundo.⁵

Éste, además, se presenta como una de las primeras causas de morbimortalidad por enfermedad oncológica en el mundo occidental, se sitúa tras el de pulmón en el varón y el de mama en la mujer. Pero tomando en conjunto ambos sexos, se presenta como la segunda neoplasia maligna más frecuente y también la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo.

La incidencia del cáncer de colon y recto ha ido aumentando desde la mitad de este siglo, encontrándonos con una alta mortalidad a pesar de la mejora en los métodos diagnósticos y en el tratamiento; además, su incidencia se incrementa con la edad y, puesto que asistimos en nuestra sociedad a una elevación de la esperanza de vida, la prevalencia en el anciano es muy alta.

Alrededor del 20% de los cánceres del intestino grueso necesitan de cirugía urgente debido a sus complicaciones, siendo la más frecuente la obstrucción seguida de la perforación.

En el año 1991, Carriquiry en un estudio sobre 554 cánceres de colon diagnosticados en la ciudad de Montevideo, encuentra que el 24% se presentaron clínicamente como casos de urgencia.

⁵. Francisco L., Valentín Arbona y My. Margarita L, Reyes Martínez. Problemática actual del paciente con ostomía. Revista Cubana Med. Milit 2001;30(4):256-262. Instituto de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto.

El cáncer es la causa única más frecuente de obstrucción del intestino grueso en Estados Unidos y explica alrededor de 33% de los casos de este tipo de obstrucción en el Reino Unido. Por lo tanto, la incidencia de obstrucción en pacientes con cáncer colorrectal varía de 8 a 30%.

El recto sigmoides es donde predomina la oclusión seguido por el transverso. En cambio la perforación, con una proporción entre el 3 y el 8%, es mayor en el colon derecho.⁶

Las ostomías constituyen procedimientos estándar en la práctica de la cirugía, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares. En países como Cuba, el costo de las ostomías es casi totalmente subsidiado por el estado, ya que la atención hospitalaria es totalmente gratuita, se incluyen los recursos empleados (anestésicos, suturas, bolsas, sondas, entre otros) que se adquieren en países desarrollados.

5.6. Problemas económicos, sociales y laborales de las ostomías

En los países del tercer mundo con tecnología atrasada y en muchos casos rudimentaria o sencillamente inexistente, los tratamientos son muy selectivos y se destinan solo a la clase social con posibilidades económicas, esto hace que los pacientes acudan en etapas avanzadas de la enfermedad, donde la única alternativa es la ostomía. En Africa específicamente los etíopes, por su bajo nivel cultural y creencias religiosas no aceptan este proceder quirúrgico y en ocasiones llegan al suicidio, al despertar de la anestesia y verse con una ostomía.⁷

Al analizar el papel que desempeña el médico en relación a los aspectos de la calidad asistencial, como es la calidad técnica, fundamental en cualquier área hospitalaria y en este caso en la práctica quirúrgica, son muchos los estudios que

6. Ibidem

7.DR: DANIEL GONZALEZ GONZALEZ. Tratamiento del cáncer de colon izquierdo en oclusión.

han demostrado la importancia del cirujano que realiza la cirugía, convirtiéndose éste en un factor pronóstico de los resultados, aconsejándose que todo procedimiento quirúrgico sea realizado por cirujanos con experiencia en la técnica que se aplique.

Al respecto existen estudios en los que se analiza la atención quirúrgica de patologías complejas como el tratamiento del cáncer gástrico, otro estudio realizado por la Sociedad Valenciana de Cirugía, concluye que esa cirugía debería practicarse por equipos especializados dentro de los servicios de cirugía general.

Probablemente por la frecuencia de la cirugía colorrectal, se han realizado numerosos estudios que demuestran una significativa variabilidad de resultados cuando ésta es realizada por cirujanos generales o por cirujanos con especial dedicación a ella. Esta variabilidad puede afectar a un hecho tan importante como la propia mortalidad de la cirugía colorrectal, que siendo del 1.4 % para cirujanos colorrectales se multiplica por cinco cuando es realizada por cirujanos generales.

Esta variabilidad también se manifiesta en la cirugía de urgencia, siendo su mayor exponente el cáncer colorrectal complicado. Diferentes estudios han demostrado cómo las posibilidades de realizarle al paciente cirugía curativa en un tiempo, es decir, sin hacerle una colostomía, son muy superiores cuando es operado por cirujanos colorrectales. Por tanto ya no sólo son las posibilidades de curación de un cáncer, sino también la posterior calidad de vida de los pacientes (ser o no portador de una colostomía), y el coste sanitario que de ello se derive (reoperaciones, consultas, material), los que van a depender de quién opere a un paciente, tanto en cirugía programada como de urgencia.

Otros aspectos de la cirugía colorrectal, como son el empleo de técnicas diagnósticas cada vez más sofisticadas: manometría anorrectal, estudios electrofisiológicos, videodefecografía, ecografía endorrectal, así como técnicas de rehabilitación del suelo pelviano y del esfínter anal, también deben ser realizadas e interpretadas por personal entrenado en esta patología, lo que permitirá un uso racional de estos recursos.

Todos estos datos en suma, vienen a expresar la progresiva tendencia de la cirugía hacia la súper especialización, o expertos que crean por su función la especialidad, que van a realizar una práctica médica (quirúrgica) de una mayor calidad y a un menor coste.

Sufrir la pérdida de control del esfínter además de otros inconvenientes, puede alterar el desarrollo social. El mal olor que el paciente con ostomía cree percibir constantemente y que no siempre es cierto y bastante evitables con las actuales bolsas desechables, livianas, y a prueba de olores con filtro de carbón, tapas de seguridad, solo adquiridas en los países desarrollados, así como el sonido producido por las ventosidades, que trastornan el silencio o la conversación son a veces suficientes para encerrar a un individuo en sí mismo.

Una vez más el ambiente socio-cultural en que se desenvuelva el paciente con ostomía, va a ser fundamental; a pesar de los adelantos de los países desarrollados se hace insuficiente resolver las incomodidades que representa esta solución quirúrgica.

Estudios realizados han podido establecer que el comportamiento del paciente ostomizado es el mismo ya sea en países desarrollados en vías de desarrollo, generalmente se encuentran en pleno desarrollo de su profesión, ya sean aquellos que sufren lesiones traumáticas, o en los casos de cáncer.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía, son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. El temor a la recidiva y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía. Que la ostomía sea temporal o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente; el concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar. Así

mismo, si un individuo centra su adaptación a la naturaleza temporaria de la ostomía, y esta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar emocionalmente invalidante.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio el paciente experimentará primero un período de *shock* o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.

La cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como una amenaza para su vida sexual satisfactoria. Antes de la operación deben ser discutidas francamente con el/la paciente y su pareja, los aspectos referidos a la sexualidad. Entre los trastornos desde este punto de vista se citan la abstinencia sexual, la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer.

En pacientes con amputación rectal, la impotencia puede ser de carácter psicológico y orgánico. También se asocia con esta situación, raíces éticas, o ser fruto del pudor o la vergüenza por su ostomía, esto puede ser mitigado con una

terapia psicológica adecuada. Esta problemática importante en el hombre, se acentúa mucho más en la mujer

Recomendaciones específicas requeridas al manejo de la bolsa durante la actividad sexual ayudarán a los pacientes a sentirse más confiados. Elementos como cubierta para las bolsas y mini bolsas de pequeña capacidad ayudan a alejar la atención de la ostomía durante la actividad sexual.

Tanto el paciente como su familia temen a la cirugía con ostomía. Al respecto debe darse asesoramiento debiendo responderse las preguntas sobre las posibilidades de vida, pronóstico y existencia con ostomía. La rehabilitación comenzará para los pacientes y sus familiares con el asesoramiento preoperatorio. Algunos beneficios documentados y asociados con el resultado del asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadías más cortas en el hospital.

Durante el período preoperatorio, la mayor necesidad es la de atender la cirugía inminente. El cirujano debe explicar con palabras simples qué está mal, qué procedimiento quirúrgico se utilizará y qué puede esperarse después de la cirugía y el hecho de que la operación creará una abertura en la pared abdominal por donde saldrán las heces fecales y los gases provenientes del intestino

La única forma de poder disminuir las ostomías es la detección precoz de las distintas lesiones, ya sean de urgencias, en caso de traumatismo, en enfermedades neoplásicas o no, que requieran este tipo de intervención.

Aumentar las exploraciones endoscópicas es el único medio y el más eficaz que poseen los especialistas para la detección precoz de las neoplasias, que al ser diagnosticadas en estadios tempranos de su evolución, o mejor aún en forma de afecciones precancerosas, permitirá realizar tratamientos adecuados no mutilantes o intervenciones de amputación, con resultados de supervivencias y adaptación mucho mejores que en el momento actual.

Con el diagnóstico precoz, primeramente se elevarían los costos al tener que intervenir mayor número de pacientes; en cambio, con la detección de lesiones preneoplásicas mediante métodos endoscópicos e intervenciones menos mutilantes disminuirá el número total de enfermos, fallecimientos precoces por neoplasias y la mortalidad operatoria, así como las recidivas, todo ello ligado al grado de malignidad. Esto representa un aumento de la media de supervivencia, una mejor disposición para el trabajo, mayor adaptación, y por tanto menos gastos de recursos.

Desde el punto de vista social y familiar la diferencia es notable si pensamos en la distancia que existe entre la extirpación de un pólipo por vía endoscópica, sin prácticamente guardar cama con un gasto mínimo y sin repercusión psíquica, y la ostomía con todas las consecuencias que se han realizado.

5.7. Preparación preoperatoria del intestino.- Los problemas comunes después de la cirugía colorrectal generalmente son infecciones de la herida y abscesos. La fuente primaria de infección la constituyen bacterias endógenas en la luz del intestino, con *E. coli* como especie aerobia más común y *bacteroides fragilis* como el anaerobio más frecuente relacionados con complicaciones sépticas. No es posible esterilizar por completo el intestino grueso antes de la intervención quirúrgica y esta operación se las clasifica como procedimientos limpios-contaminados durante las cuales se abre el intestino grueso casi siempre exponen el campo quirúrgico a bacterias del colon. En consecuencia antes de la operación es necesario tomar medidas para reducir la población bacteriana tanto como sea posible. La preparación preoperatorio suele incluir dos componentes aseo mecánico y administración de antibióticos. La preparación mecánica del intestino disminuirá el número absoluto de bacterias del colon, pero al parecer no afecta la concentración bacteriana en la luz y aún es inaceptablemente alto el índice de infección postoperatoria de la herida cuando no se utilizan antimicrobianos es del 30 y 60%. La concentración bacteriana del colon se puede reducir con antibióticos pro vía oral o intravenosa, y no hay acuerdo acerca del preparado ideal. El tiempo de administración de los antibióticos es importantes; el índice de

infecciones en el postoperatorio se puede reducir a mucho menos de 10% con un aseo adecuado del intestino y la administración preoperatorio de antibióticos.

5.8. Cuidados del estoma en el postoperatorio inmediato. Se debe valorar el aspecto del asa intestinal: color, tamaño y sangrado. Puede estar edematosa por la propia manipulación quirúrgica. A continuación se coloca el dispositivo adecuado. El objetivo al poner una bolsa colectora alrededor del estoma es la recogida eficaz del efluente, manteniendo la integridad de la piel periestomal. El dispositivo debe favorecer la visualización del estoma para facilitar la detección y valoración de complicaciones. El neonato y el lactante pequeño se pueden manejar sin bolsa los primeros días o hasta que el estoma sea funcionante. La cura, que debe ser frecuente, consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Se protegerá el estoma con vaselina o tulgraso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas. Hay que controlar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma.

5.9. Sistemas colectores. Los sistemas colectores son los que se utilizan para recoger de manera cómoda y eficaz las excreciones intestinales. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de deshecho. La primera debe tener un poder de adhesión que garantice la movilidad del portador a la vez que previene la irritación de la piel periestomal. La bolsa tiene que ser de un material que no haga ruido, resistente e impermeable al olor, de manejo fácil para aplicarla o retirarla y eficaz para recoger los residuos y eliminar los gases. En la mayoría de los casos la bolsa lleva incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso del aire pero retiene el mal olor. Existen diversos tipos de sistemas colectores, de manera que se pueda elegir el adecuado a cada ostomía y a cada paciente.

5.9.1. Según el tipo de vaciado los sistemas son:

5.9.1.1. **Cerrados.** Son bolsas termo selladas y se necesita una para cada uso. Son las adecuadas para las heces sólidas o pastosas.

5.9.1.2. **Abiertos.** El extremo inferior presenta una abertura que se cierra con una pinza, lo cual permite el vaciado de la bolsa.

5.9.2. Según el sistema de sujeción los sistemas son:

5.9.2.1. **De una pieza.** El adhesivo y la bolsa forman un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel. Permiten una gran discreción ya que son muy flexibles y poco aparatosas. Son las más cómodas si la piel aguanta bien los cambios frecuentes del adhesivo y las heces son sólidas.

5.9.2.2. **De dos piezas.** El adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de una anilla de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante 2 o 3 días, siempre y cuando no haya fugas de efluente, y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periestomal, ya que evitan el pegado y despegado frecuente del adhesivo. Son los adecuados cuando la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, ya que permite el reposo de la piel periestomal durante varios días. En contraposición, son menos discretos, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas difíciles de la piel.

5.9.2.3. **De tres piezas.** Son como las de dos piezas pero además tienen un clip de seguridad en el cierre del aro. (**Anexo 3; Imagen 1**)

5.9.3. **Accesorios de los sistemas colectores.** (**Anexo 3; Imagen 2**)

5.9.3.1. Plantilla medidora del estoma.

5.9.3.2. **Pasta niveladora y tiras de resina moldeable.** Se utilizan para llenar los desniveles de la piel y conseguir una superficie lisa alrededor del estoma, favoreciendo la adaptación de los dispositivos y evitando fugas.

5.9.3.3. **Crema barrera.** Se utiliza en la cura de las dehiscencias y las fístulas. Tiene propiedades regenerativas de la piel, ya que tiene hidrocoloides.

5.9.3.4. **Crema protectora.** Se utiliza cuando la piel periestomal presenta irritaciones o dermatitis importantes. Se aplica una capa fina y cuando está seca, se coloca directamente el adhesivo.

5.9.3.5. **Película protectora.** Es una crema que se utiliza para prevención de las irritaciones de la piel, no para tratamiento. Aumenta la adhesividad de las resinas.

5.9.3.6. **Placas adhesivas para protección de la piel.** Tienen una elevada proporción de hidrocoloides, con lo cual, son muy absorbentes y protectoras. Se utilizan en el tratamiento de las dermatitis.

5.10. Técnica de colocación y retirada de los sistemas colectores.

5.10.1. **Colocación.** Se realiza siempre de abajo hacia arriba por si emite alguna excreción. Se prepara el material a necesitar para la higiene de la zona y el recambio de dispositivo y cuando este preparado, se retira el dispositivo usado. Se limpia el estoma y la piel periestomal con jabón neutro, una esponja suave y agua tibia, con movimientos circulares desde el interior hacia el exterior. Antes de aplicar el nuevo dispositivo hay que secar bien la piel haciendo toques con una toalla. Nunca se debe frotar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa.

Se procede a medir el diámetro del estoma, utilizando los medidores adecuados, para recortar la placa adhesiva lo más exacto posible. Si el estoma es ovalado o irregular el orificio del disco también lo será, por lo que hay que medir los dos diámetros, el largo y el corto, para poder ajustar bien la placa. Hay que tener en cuenta que el estoma suele reducirse durante los primeros meses, lo que requiere que se mida asiduamente para adecuar el diámetro interno del dispositivo. En los dispositivos de una pieza se retira el film protector y se adhiere el dispositivo alrededor del estoma, alisándolo bien para evitar fugas. En los dispositivos de dos o tres piezas se retira el film protector y adherimos el disco adhesivo a la piel. Si es necesario se aplica pasta niveladora alrededor del estoma para sellar el contacto con la piel periestomal

y encajamos la bolsa en el círculo de plástico del disco, cerrando el clip de seguridad.

5.10.2. **Retirada.** La retirada de los dispositivos de una pieza se realiza tirando con cuidado de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones. Para retirar la bolsa de los dispositivos de dos o tres piezas, se abre el clip de seguridad y se tira de ella hacia arriba y hacia fuera para separarla del disco, sujetando éste siempre con la otra mano para evitar que se despegue. Se limpia el aro si es necesario antes de aplicar la nueva bolsa. Si hay que cambiar también el disco, procederemos igual que con los dispositivos de una pieza.

5.10.3. **Cambio de los dispositivos.** Independientemente de que los dispositivos sean de una, de dos o de tres piezas, los cerrados se cambian cuando están a 2/3 de su capacidad y los abiertos se vacían cuando están a 2/3 de su capacidad y se cambia la bolsa cada 24 h. El disco se cambia cada 2-3 días. El dispositivo debe cambiarse SIEMPRE que haya el mínimo signo de filtrado entre el adhesivo y la piel, sobretodo en las ileostomías, ya que el flujo es continuo y muy corrosivo.

5.10.4. **Recomendaciones dietéticas.**- El objetivo de las recomendaciones dietéticas es regular el tránsito intestinal y evitar así las diarreas y estreñimiento, así como restablecer un buen estado nutricional.

5.11. **Consejos generales:**

- Hay que tener en cuenta el tipo de intervención quirúrgica para escoger el tipo de alimentación. Asesoramiento conjunto con el médico.
- Hay ciertos alimentos y bebidas que son gaseosos y su efecto es maloliente y desagradable.
- Hay que masticar correctamente los alimentos, así como tener una buena higiene bucal.
- Hay que tomar las comidas a unas horas fijas y con calma.

- Los tres primeros meses, hay que comer con precaución y aumentando progresivamente el régimen alimenticio.
- Evitar los alimentos que produzcan fermentaciones (gases abundantes), como las legumbres, verduras en exceso, etc.
- Algunos medicamentos pueden alterar su evolución.
- Evitar el exceso de peso ya que altera el estoma.

En las colostomías sigmoideas, o transversa cercana al sigma, se requiere una alimentación lo más próxima a la normalidad; evitando legumbres secas, col, cebolla, ajo, especias, cerveza, sidra, bebidas heladas, etc.

En colostomía derecha, o transversa próxima a duodeno, evitar los embutidos, grasa cruda o cocida, verdura cruda o pastosa, pan integral, bebidas excitantes, café, té, alcohol. Algunas personas toleran mal la leche, otras toleran mal el zumo de fruta; con el tiempo, el conocimiento.

El principal objetivo del personal de enfermería debe ser conseguir reinsertar al paciente ostomizado en el mismo lugar de la sociedad que ocupaba antes de la intervención y rehabilitarlo satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado. Para ello, debemos lograr que el paciente aprenda a cuidar de su estoma y realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda toda la información sobre cuidados de higiene, alimentación, eliminación y por último, tenemos que instruirle para detectar y evitar posibles complicaciones.

Dentro de las actividades a desarrollar por la enfermera se encuentra el de enseñar al paciente la higiene del estoma, colocación del dispositivo, sistemas colectores, tipos de sistemas colectores, accesorios y protección cutánea, colocación del dispositivo, retirada del dispositivo, alimentación, dietas y peculiaridades.

6. Complicaciones de las colostomías

Dentro de las complicaciones que presentan los pacientes se encuentran:

6.1. Complicaciones inmediatas

Las complicaciones inmediatas más frecuentes son:

- Necrosis del estoma
- Hemorragia
- Dehiscencia
- Edema
- Fístula
- Evisceración
- Hernia periestomales
- Infecciones periestomales
- Oclusión

6.1.1. **Necrosis**.- Está relacionada siempre con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. Se identifica por el cambio progresivo de color del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Es importante establecer la extensión de la isquemia y la afección total o parcial de la circunferencia del estoma, así como la profundidad del colon afectado. Cuando el compromiso vascular afecta el colon intraperitoneal requiere la reintervención quirúrgica inmediata, ya que el riesgo de perforación y peritonitis posterior es muy alto. Una técnica quirúrgica depurada es la mejor prevención. **(Anexo 4, imagen 1)**

6.1.2. **Hemorragia**.- Es poco frecuente. Aparece en las primeras horas del post-operatorio y la causa principal es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal. La hemorragia tardía puede ser debida a la producción de alguna pequeña herida al limpiar el estoma o a alguna alteración de los factores de coagulación del paciente. **(Anexo 4, imagen 2)**

- 6.1.3. **Dehiscencia.**- Es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal. Las causas más frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del orificio cutáneo demasiado grande en relación al tamaño del intestino. **(Anexo 4, imagen 3)**
- 6.1.4. **Edema.**- Es la inflamación fisiológica y el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa intestinal como consecuencia de la movilización y manipulación propia del acto quirúrgico. Aunque este edema puede durar una o dos semanas y suele remitir espontáneamente, hay que vigilar y evitar que se cronifique, ya que podría ocluir el intestino y comprometer la funcionalidad de la ostomía, lo que implicaría una reintervención quirúrgica. **(Anexo 4, imagen 4)**
- 6.1.5. **Fístula.**- Generalmente, es una complicación secundaria a problemas de la técnica quirúrgica al realizar las suturas entero-aponeurótica, entero-parietal o entero-cutánea. Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por yatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados.**(Anexo 4, imagen 5)**
- 6.1.6. **Evisceración.**- Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma. Es una situación de emergencia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. Se produce cuando el orificio muscular es excesivamente grande en relación al tamaño del intestino abocado, hay hipertensión abdominal, la pared abdominal presenta una hipoplasia o la implantación del estoma se realiza muy próxima a la herida laparotómica. **(Anexo 4, imagen 6)**
- 6.1.7. **Hernias Paraostomía.**- Ocurre por una apertura de la fascia o aponeurosis demasiado grande o por localizar la ostomía por fuera del músculo recto abdominal, tienen en general poca tendencia a complicarse pero son molestas para el paciente en la medida que no logran adecuar bien

la bolsa de colostomía. La reparación puede ser local, reparando el orificio herniario colocando una malla alrededor de la colostomía o simplemente reubicando la colostomía en otro sitio.

6.1.8. ***Infecciones periostomales***.- Es una complicación poco frecuente causada por la contaminación precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar una celulitis o un absceso y provocar otras complicaciones como la dehiscencia parcial o total del estoma. Puede requerir el desbridamiento y colocación de un drenaje tipo penrose. Se manifiesta con un cuadro inflamatorio con fiebre, dolor, rubor y supuración periostomal.

6.1.9. ***Oclusión***.- Es la reducción o la pérdida de luz del intestino a causa de la aparición de un vólvulo o de bridas que obstaculicen el orificio parietal. Un edema de la mucosa intestinal puede comprometer también la luz intestinal.

Un estudio realizado durante 7 años en la Unidad de Coloproctología en una ciudad Española, en la cual se realizaron un total de 899 colostomías, en el 84.64% de ellas se practicaron por neoplasia de colon y el 15.35% por otras causas. La edad media de los pacientes fue de 68.3 años, con una distribución por sexos 1.5/1 para los varones. Las indicaciones de la colostomía fueron de forma definitiva en el 81.03% de los casos, y de forma temporal en el 18.96%. Las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron: edema del estoma en 10.77%, los abscesos en 4.74%, y la necrosis de colostomía en 2.88%, en dos casos fue completa lo que obligó a relaparotomía para reconstrucción de la ostomía. Otras complicaciones inmediatas hemorragia 2.15%, separación mucocutánea 1.70%, las que se presentaron 30 días postoperatorio.⁸

8. Ibidem

6.2. Complicaciones Tardías

- Prolapso
- Estenosis
- Granuloma
- Retracción
- Dermatitis periestomal

6.2.1. **Prolapso.-** De una colostomía ocurre con mayor frecuencia en aquellas en asa y la causa es una confección defectuosa al dejar un orificio aponeurótico demasiado grande y un colon proximal redundante sin fijarlo a la pared. (**Anexo 5, imagen 7**)

6.2.2. **Estenosis.-** Esta puede ocurrir a nivel de la piel o de la aponeurosis. Aparecen después de isquemia del segmento exteriorizado, infección local o una apertura en la piel demasiado pequeña. Si la estenosis está a nivel de la piel se puede reparar en forma local, en cambio si está a nivel de la aponeurosis puede repararse localmente o a través de una laparotomía. (**Anexo 5, imagen 8**)

6.2.3. **Granuloma.-** Es una protuberancia epidérmica periestomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periestomal. (**Anexo 5, imagen 9**)

6.2.4. **Retracción.-** Ocurre por inadecuada movilización del colon, pared abdominal gruesa, o mesenterios cortos, esto hace que la colostomía sea umbilicada provocando derrames frecuentes alrededor de la bolsa de colostomía. Requiere de cuidados de la piel prolijos o simplemente fabricar una nueva ostomía. (**Anexo 5, imagen 10**)

6.2.5. **Lesiones yatrogénicas.-** Suelen ser ulceraciones y lesiones por decúbito provocadas por materiales inadecuados, inespecíficos o mal utilizados.

6.2.6. ***Ubicación del estoma.***- Es una complicación frecuente, principalmente en cirugía de urgencia, que a menudo puede evitarse. Una ubicación errónea comporta complicaciones importantes como son la imposibilidad de adecuar los dispositivos, las dermatitis por fugas, etc., lo cual provoca una alta dependencia del paciente en relación al manejo de su estoma, peor calidad de vida y puede llegar a originar cuadros depresivos.

6.2.7. ***Dermatitis periestomal.***- Es una alteración de la piel que circunda el estoma que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. Las dermatitis periestomales son frecuentes y repercuten en el bienestar y calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante mantener la integridad de la piel para evitar problemas dermatológicos.

La pérdida de la integridad cutánea de la zona está condicionada por varios factores: el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad del efluente según sea colostomía o ileostomía, el estado nutricional y general del paciente, la higiene general y de la zona, la disponibilidad del material adecuado y, sobre todo la habilidad de los cuidadores.

6.2.7.1. **TIPOS DE DERMATITIS.**

6.2.7.1.1. ***Dermatitis química por contaminación del efluente.***- Es el problema dermatológico más frecuente, principalmente en las ileostomías. Es una irritación química producida por el contacto de la piel con las heces, debido a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma a causa de una mala colocación de los dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva. (**Anexo 5, imagen 11**)

6.2.7.1.2. ***Dermatitis alérgica de contacto.***- Es poco frecuente debido a los avances en la composición de los materiales. La causa es la alergia al adhesivo del dispositivo que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo, que no

responde a las medidas habituales de prevención y cura y que provoca una cronificación de la dermatitis. (**Anexo 5, imagen 12**)

6.2.7.1.3. ***Dermatitis física o traumática.***- Depende siempre de la habilidad para aplicar los cuidados. Puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente del dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados y el uso de material inadecuado o no específico.

6.2.7.1.4. ***Manifestaciones.*** Son las propias de cualquier dermatitis. Si es de 1er. grado la zona presenta eritema, edema y dolor y si es de 2º grado la zona presenta erosiones de la piel, llagas y sangrado. En cualquier caso, el paciente experimenta prurito en la zona y sensación de discomfort.

9.2.7.1.5. ***Intervención de enfermería.***

- Valoración de las características de la lesión.
- Identificación de la causa.
- Valoración periódica de la extensión y el grado.
- Valoración del dispositivo adecuado a cada paciente.
- Ajuste al máximo del diámetro interno del dispositivo de acuerdo con el tamaño y la forma del estoma, comprobando que no haya fugas.
- Insistir al paciente y a los cuidadores sobre la necesidad de realizar una higiene correcta en el cambio de dispositivos, así como en el respeto a los tiempos de permanencia de los mismos.
- En las dermatitis de 1er. grado aplicar mercromina roja, dejarla secar y aplicar pasta barrera.
- En las dermatitis de 2º grado utilizar apósitos y pomadas con hidrocoloides y dispositivos de doble sistema.

- En las dermatitis alérgicas es necesario cambiar de marca de dispositivo.

9.2.7.1.5. **Prevención.** La prevención de las dermatitis se basa en evitar los traumatismos físicos y químicos en la piel periestomal. Evitar los traumatismos físicos significa no frotar ni rascar, despegando los dispositivos con sumo cuidado y sólo cuando sea necesario. Para retirar las placas adhesivas se puede aplicar aceite de oliva a medida que se va despegando la placa. Después, se debe lavar y secar cuidadosamente la piel para que el nuevo dispositivo se pegue bien. Evitar los traumatismos químicos significa evitar el agua caliente, los jabones fuertes, los desinfectantes, el alcohol, los productos para facilitar la adhesión del tipo Nobecutan© y el contacto del efluente con la piel periestomal.

Un estudio realizado en una unidad de coloproctología de enero a diciembre de 1977, reportan que las complicaciones tardías aparecieron en el 46.98% de los casos. La hernia paracolostomía fue la más frecuente ocupando el 46,78%, seguida de la estenosis 25.68%, el prolapso 13.76%, fístula 2.58%, dermatitis 2.15%, retracción 1.70%. Las complicaciones tardías se resolvieron con cirugías en 42 casos. La indicaciones fueron estenosis de colostomía 5.7%, la hernia pericolostomía en 23%, prolapso 46%, fístulas se reoperaron todas.⁹

Los pacientes ostomizados requieren un tratamiento individual y experto, tanto antes como después de la intervención. La mayoría de las complicaciones podrían evitarse respetando ciertas normas. Aunque se considera que la ostomía es un procedimiento relativamente menor dentro de la cirugía, no está exenta de morbilidad. Actualmente las cifras de complicaciones que describen la literatura varían entre el 10 y 50% siendo la frecuencia de reintervenciones del 25%.¹⁰

9. Ibidem

10. Ibidem

Las principales complicaciones inmediatas que se describen en la literatura son la hemorragia, la infección, la separación mucocutánea y la necrosis de colostomía. En las complicaciones tempranas las tasas de morbilidad en el estudio citado fue del 11.2%, discretamente superior a la de otras series publicadas. Una complicación que habitualmente no se menciona en la literatura es la mal posición de las ostomías. Según los tratados tradicionales de coloproctología, el lugar de los estomas se elegía en quirófano, al término de la intervención, antes de cerrar la laparotomía, el orificio parietal se hacía sobre una línea imaginaria que unía el ombligo a la espina iliaca antero superior dividiendo ésta en 3 partes y situando el estoma en la próxima al ombligo. Con esta técnica existía una proporción elevada de complicaciones postoperatorias debido a la localización inadecuada de la ostomía. Estudios comparativos han demostrado que la localización del estoma debe establecerse antes de la intervención. Es necesaria una buena información y educación del paciente. La selección del sitio apropiado del estoma es esencial para evitar complicaciones posteriores y maximizar el confort del paciente.¹¹

Hasta la institución antes mencionada acuden pacientes de todos los cantones, para recibir atención preventiva, curativa y de rehabilitación, el mismo que cuenta con las siguientes áreas: Emergencia, Pediatría, Cirugía, UCI, Quirófano, Sala de quemados, Clínica, Puerperio, Ginecología, Sala de Parto y Neonatología. La atención en el servicio Cirugía digestiva es realizada por el médico tratante, y los estudiantes del séptimo año de medicina de diferentes Universidad que realizan su año de Internado Rotativo Obligatorio, quienes hacen las curaciones, pasan visita en el área de Hospitalización, además de ser distribuidos para la realización de guardias en el área de Emergencia.

11. Ibidem

VI. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Características de la población en estudio	Se refiere a las características propias de cada paciente que los diferencia de los demás y tengan validez en este estudio.	Edad		13-20 años 21-28 29-36 37-44 45-52 53-60 61-68 69-76 77-84
		Sexo	Porcentaje de pacientes según edad Porcentaje de pacientes por sexo	Masculino Femenino
Manejo de los colostomizados	Se refiere a la formación quirúrgica de un ano artificial en la pared abdominal mediante la resección del colon y sutura a piel.	Accesibilidad	Porcentaje de pacientes según procedencia.	Urbano Urbano Marginal Rural
		Estado nutricional	Porcentaje de pacientes según estado nutricional	Normal Sobrepeso Bajo peso
		Preoperatorio	Dieta blanda	Si - no
			Irrigación del intestino	Si - no
			Evacuación del intestino	Si - no
			Antibióticos profilácticos	Si - no
		Operatorio inmediato	Dieta blanda	Si - no
			Irrigación del intestino	Si - no
			Evacuación del intestino	Si - no
			Antibióticos profilácticos	Si - no
Operatorio mediato	Dieta blanda	Si - no		
	Irrigación del intestino	Si - no		
	Evacuación del intestino	Si - no		
	Antibióticos profilácticos	Si - no		
Postoperatorio inmediato	CVS	Si - No		
	Hay infiltraciones	Si - No		

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
		Técnica quirúrgica	Tiempo de permanencia	Colostomía terminal Colostomía terporaria
		Tipo de colostomía	Funcionalidad	Descompresión Derivación Colon Transverso Colon
		Localización anatómica de la lesión	Porcentaje de pacientes por localización de lesión	Descendente Colon Ascendente Ano Recto
		Localización del estoma	Planifico: Ubicación	Antes de la cirugía En la cirugía Fosa iliaca derecha Fosa iliaca izquierda Traumatismos Enfermedad intestinal Obstrucción
		Causas de la Colostomía	Porcentaje de pacientes por causa.	Neoplasia Enfermedad Intest.+obstrucc. Obstrucc. + Neop. Enf.Intest.+fístula diverticular.
		Manejo del paciente	Porcentaje de paciente según manejo médico	Médico residente Cirujano espec.
			Porcentaje de pacientes según manejo de enfermería	Responde a dudas Higiene del estoma Colocación del dispositivo Sistemas colectores Tipos de sistemas colectores Accesorios Protección

<p>Complicaciones de los pacientes</p>	<p>Se refiere a las complicaciones que se presentan por incumplimiento de los protocolos para la atención de estos pacientes, sometidos a colostomías radicales o temporales.</p>	<p>Complicaciones inmediatas.</p> <p>Complicaciones tardías</p>	<p>Instruye al familiar del paciente sobre</p> <p>Porcentaje de pacientes por complicación Presentada.</p> <p>Porcentaje de pacientes por complicación tardía.</p>	<p>cutánea Retirada del dispositivo Alimentación Dieta Antibioticoterapia Analgésicos Antiinflamatorios Dosis Tomas Cuidado general Dieta Apoyo emocional Aseo del paciente Colocación del dispositivo Cambio del dispositivo Administración de medicamentos Reconocimiento de complicación. Edema Abscesos Necrosis del estoma Hemorragia Dehiscencia Edema + absceso Edema + dehiscencia Edema + necrosis Edema + prurito Edema + absceso + Hemorragia Edema + absceso + Dehiscencia Dermatitis Hernia Estenosis Fístula Prolapso Estenosis + dermatitis Estenosis + prolapso Fístula + dermatitis Prolapso +</p>
--	---	---	--	---

			dermatitis Hernia + prolapso Estenosis + dermatitis + dehiscencia. Fístula + dermatitis + Dehiscencia Estenosis + prolapso + dermatitis Estenosis + fístula + Dermatitis.
--	--	--	--

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Descriptivo, retrospectivo. Descriptivo porque a través de este se conoció el manejo y complicaciones de colostomía en adultos del área de cirugía digestiva del Hospital Regional de Portoviejo. Retrospectivo porque se estudiaron los hechos como fueron ocurriendo desde abril de 2004 hasta abril del 2006.

AREA DE ESTUDIO:

La presente investigación se la realizó en el área de Cirugía Digestiva del Hospital Verdi Cevallos Balda, del Ministerio de Salud Pública, donde se da atención a los pacientes que ingresan para recibir tratamiento quirúrgico.

UNIVERSO

El universo estuvo formado por los pacientes que ingresaron al área de cirugía digestiva, y que son intervenidos quirúrgicamente de abril del 2004 – abril del 2006. La población de estudio la constituyeron los 51 pacientes a quienes se les practicó colostomía en el Hospital Verdi Cevallos Balda durante el tiempo que dure la investigación.

UNIDAD DE OBSERVACION.

La unidad de observación estuvo constituida por los pacientes que fueron atendidos en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

La unidad de análisis fueron las Historias clínicas.

Criterios de inclusión:

1. Se incluyeron las Historias clínicas de los pacientes a los que se les practicó colostomía.
2. Historias clínicas con información completa para la presente investigación.

Criterios de eliminación.

1. Se eliminaron las Historias clínicas de los pacientes que no tuvieron datos completos para la investigación.

TIPO DE MUESTREO:

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia

TÉCNICA E INSTRUMENTO.

La técnica de recolección de datos fueron las Historias clínicas, para el registro de la información se elaboró un formulario, que fue sometido a una prueba piloto, en el que se registraron los datos de 15 historias clínicas, después de lo cual se realizaron las correcciones necesarias (Ver anexo I).

PROCESO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la obtención de la información se solicitó al Dpto. de Estadística del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, el respectivo permiso, una vez que este fue concedido se procedió a revisar cada una de las Historias clínicas, cuyos datos fueron transcritos al instrumento elaborado para dicho propósito.

Plan de tabulación.- Los datos fueron obtenidos y luego ingresados al programa Excell.

El análisis fue utilizando estadística descriptiva; frecuencias, porcentaje, razones, promedios.

Los datos fueron clasificados, codificados y tabulados para lo cual se utilizaron frecuencias (f) y porcentaje (%), razones promedios.

RECURSOS:**HUMANOS:**

- Investigadores
- Director de Tesis
- Asesor de Tesis

MATERIALES:

- De escritorio
- De imprenta
- Datos estadísticos
- Formulario

INSTITUCIONALES:

- Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo
- Biblioteca Universidad Técnica de Manabí
- Biblioteca del Hospital de Portoviejo

ECONOMICOS:

- Todos los gastos de la elaboración de la tesis correrán a cargo de los autores.

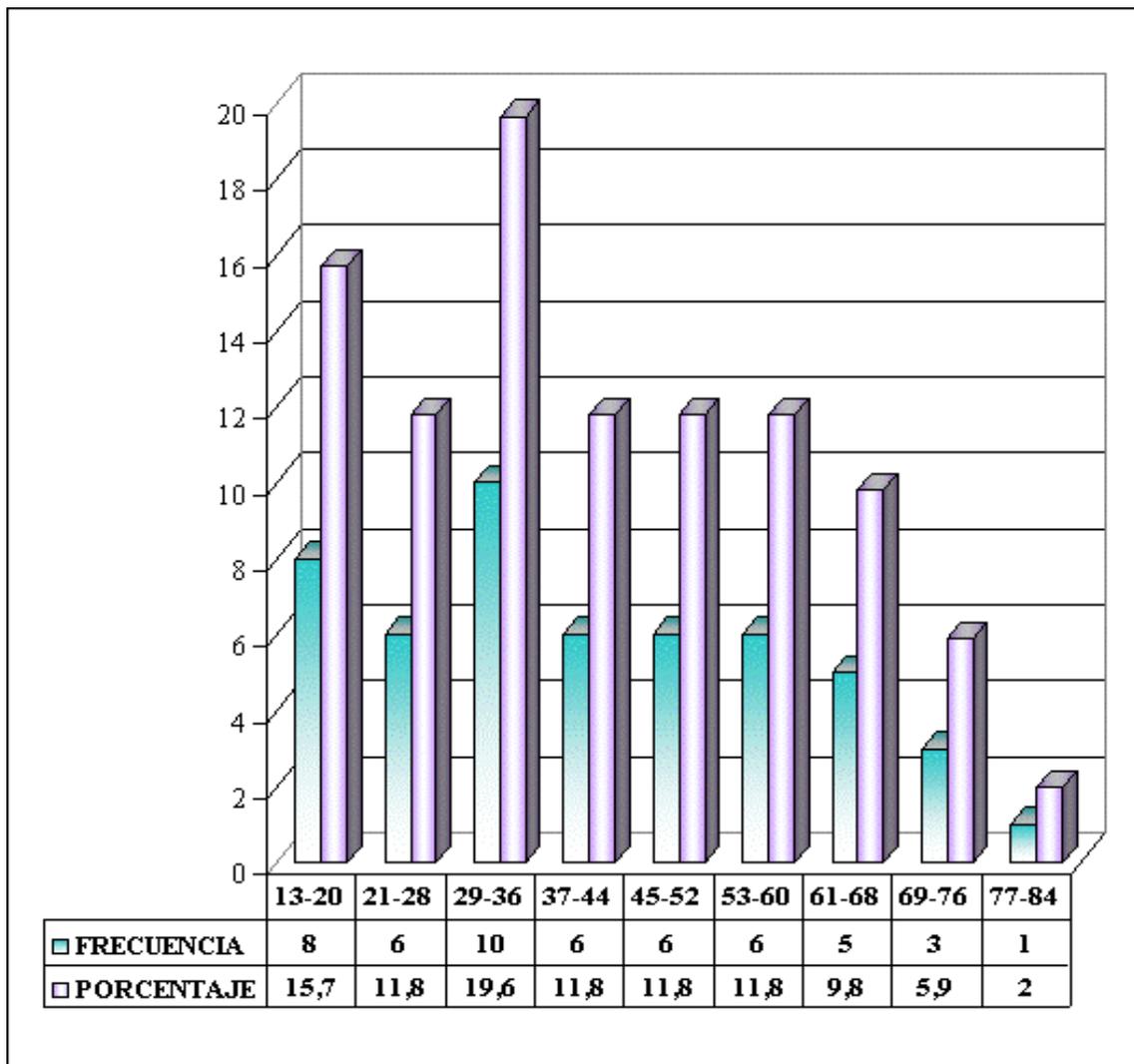
TÉCNICOS:

- Técnicas Estadísticas para elaborar tablas y gráficos
- Técnicas Bibliográficas para la revisión de la Literatura.

VIII. RESULTADOS

GRAFITABLA 1

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN GRUPO ETAREO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

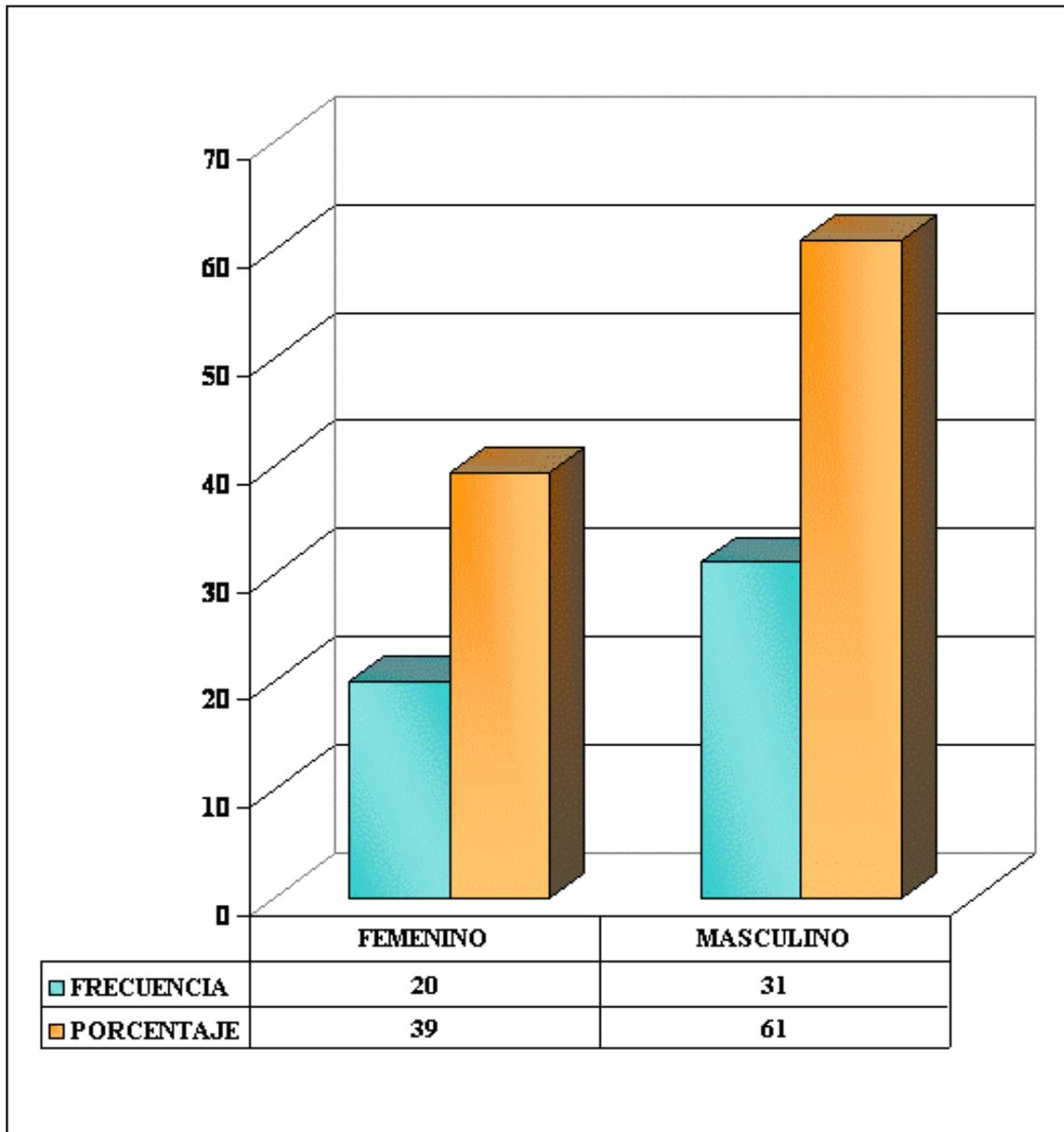
C. Vera

ANALISIS:

Como se aprecia en el presente gráfico el grupo de edad en que fue más frecuente la realización de colostomía fue con el 19.6% de 29-36 años, seguido del 15.7% de 13-20 años, 11.8% de 21-28, 37-44, 45-52, 53-60 respectivamente.

GRAFITABLA 2

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN GENERO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

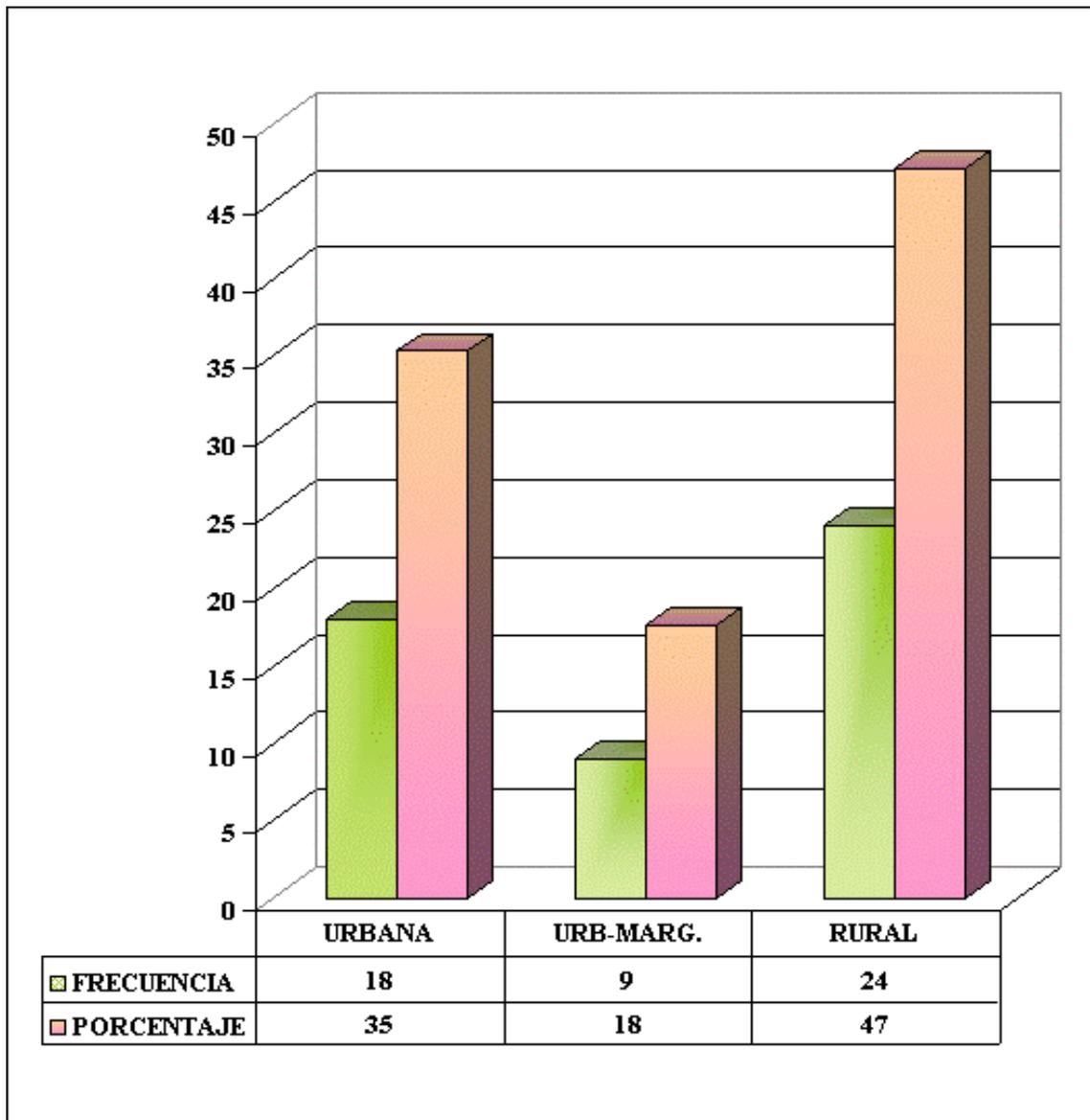
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar la variable género se aprecia que las colostomias practicadas se realizaron en el 61% en el sexo masculino y el 39% en femenino, coincidiendo estos resultados con los encontrados en otras investigaciones.

GRAFITABLA 3

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN PROCEDENCIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

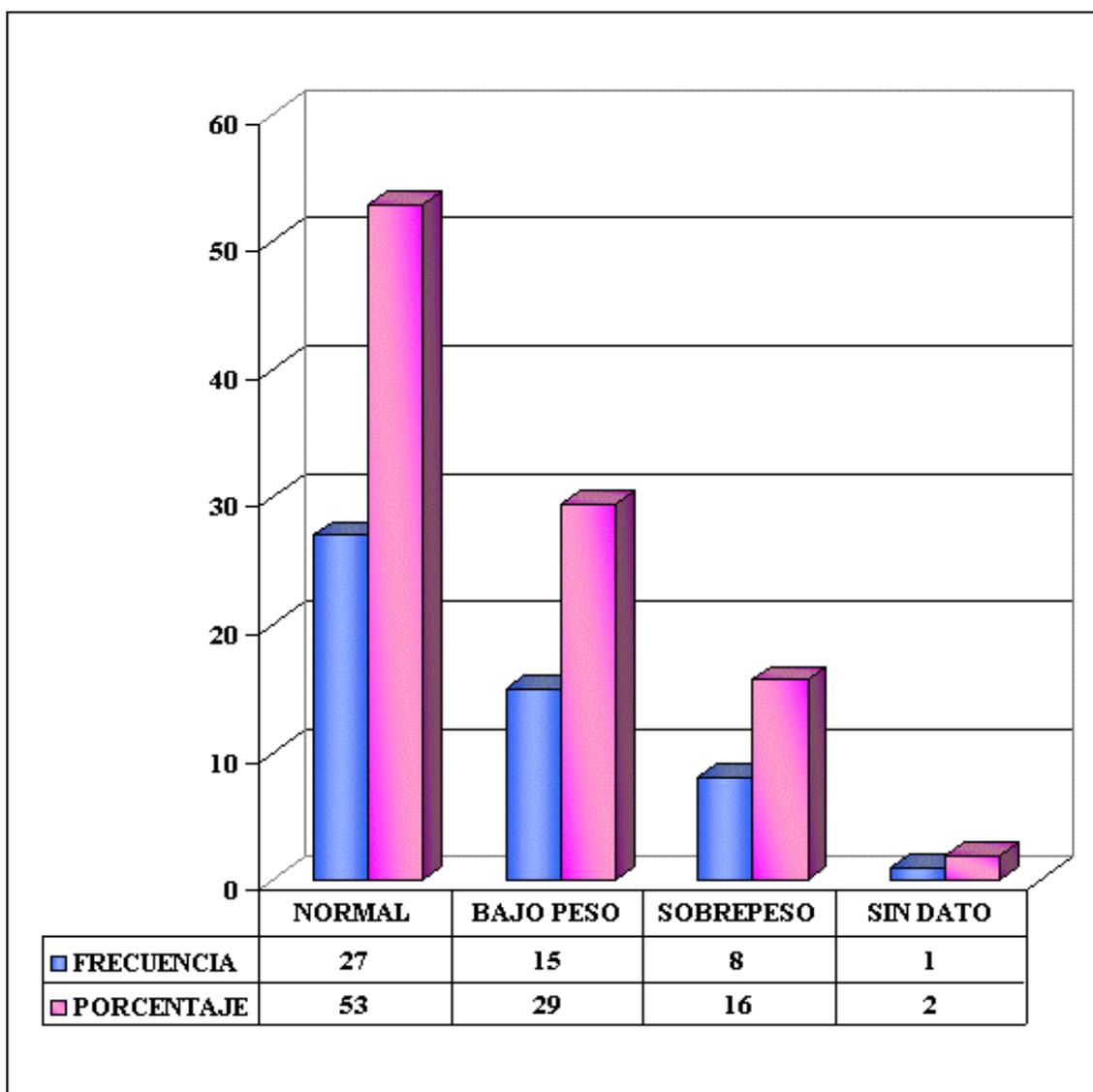
C. Vera

ANALISIS:

El gráfico permite observar que el 47% de los pacientes provenían del área rural, 35% urbano; 18% urbano-marginal. Estos resultados reflejan la importancia de contar con un Hospital Provincial, y demuestra que la población conoce de los servicios que la institución brinda a la ciudadanía.

GRAFITABLA 4

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

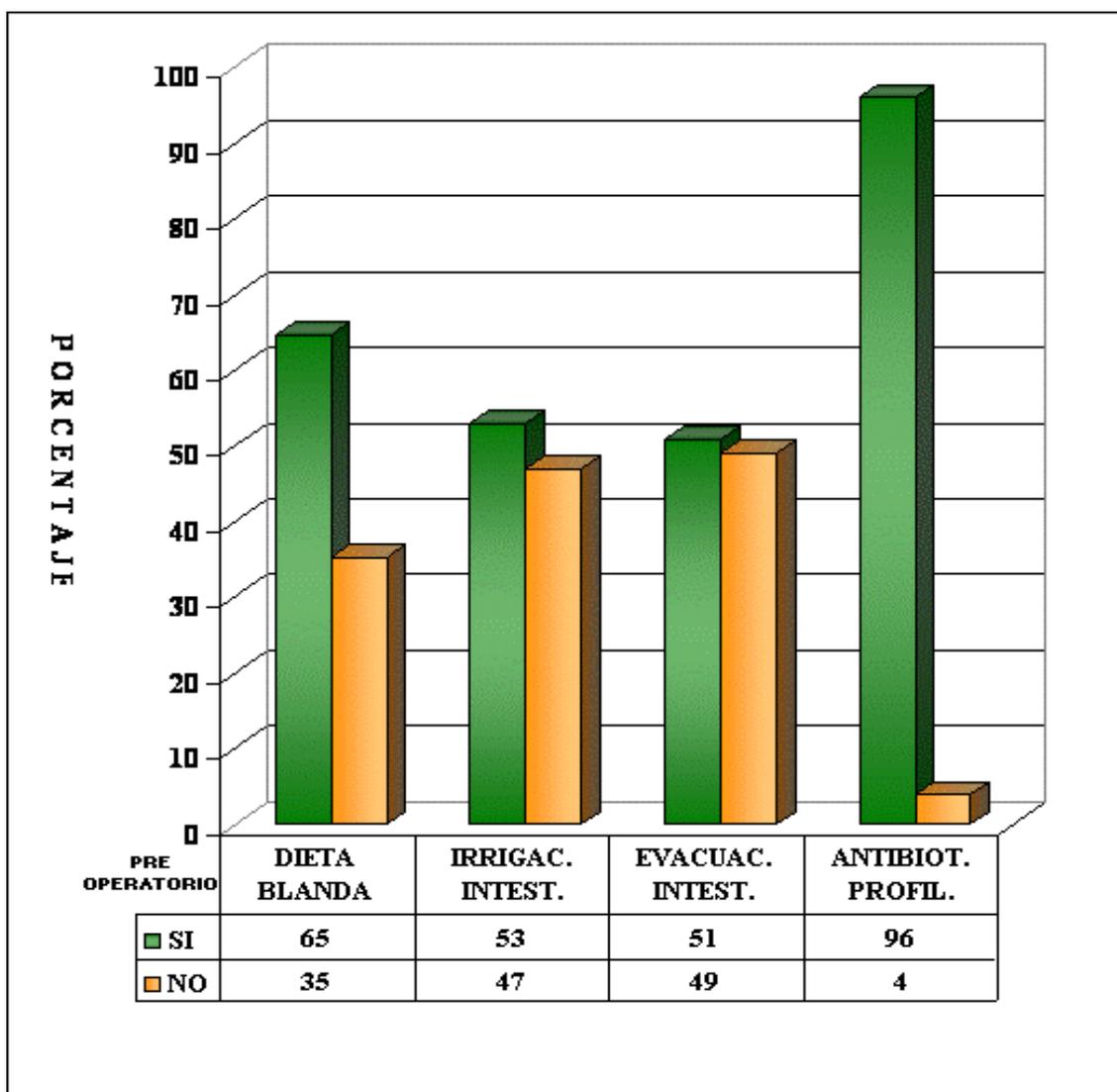
C. Vera

ANALISIS:

Como se aprecia el 53% de los pacientes tenía estado nutricional normal; 29% bajo peso, 16% sobrepeso y un 2% no contaba con este dato. La importancia de este parámetro radica en que una inadecuada nutrición, incrementa el riesgo de morbilidad quirúrgica o muerte, además altera la cicatrización, pues inhibe la respuesta inmunitaria y la opsonización de bacterias es ineficaz.

GRAFITABLA 5

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN PREPARACIÓN PRE OPERATORIO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

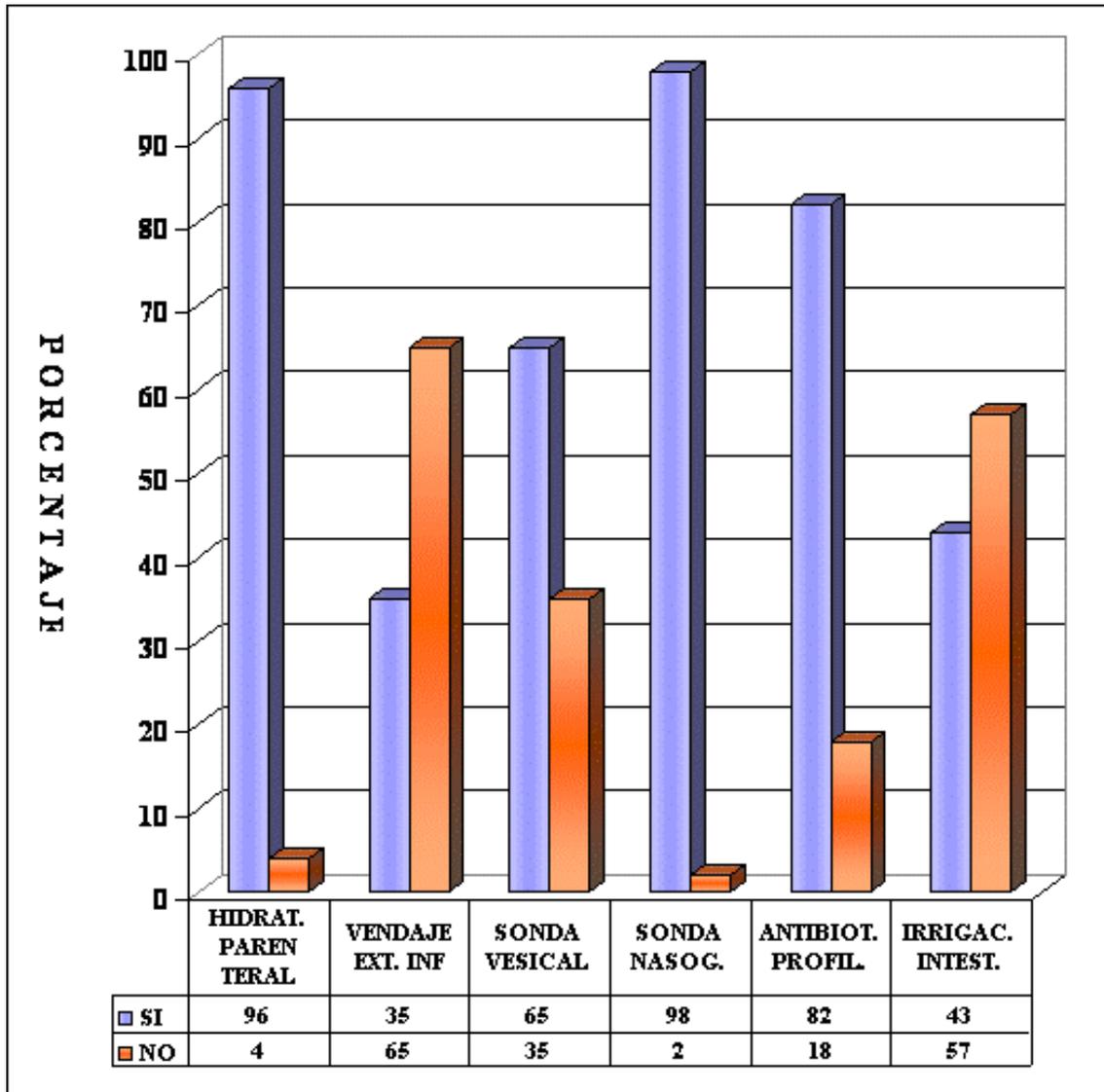
C. Vera

ANALISIS:

Como se puede apreciar en la preparación pre operatoria del paciente en el 96% se administró antibiótico profiláctico, 65% dieta blanda, 53% irrigación del intestino, 51% evacuación del intestino. Estos resultados demuestran que no todos los pacientes reciben la misma preparación, debido que el manejo de los mismos no está protocolizado.

GRAFITABLA 6

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN OPERATORIO INMEDIATO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

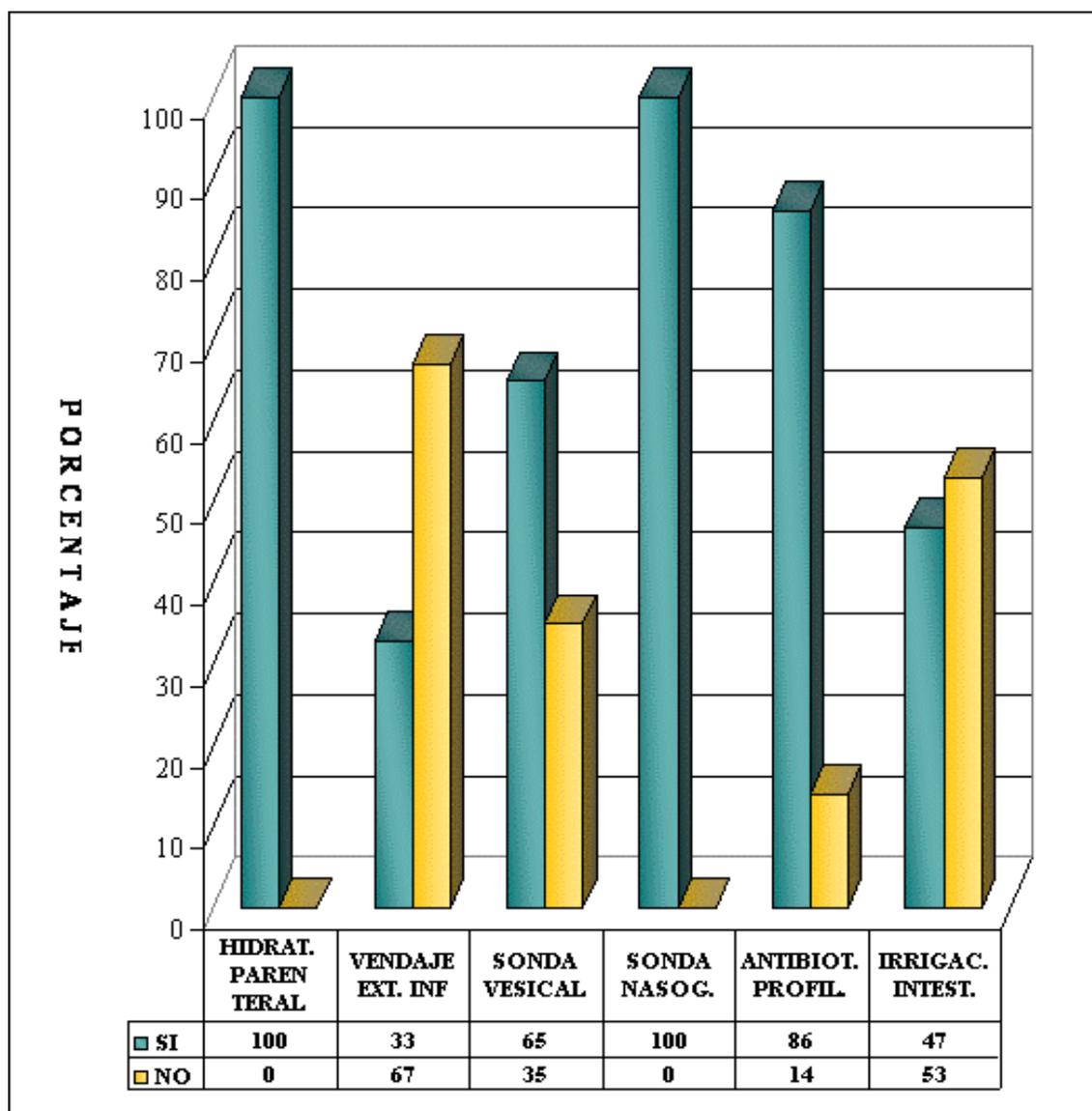
C. Vera

ANALISIS:

El gráfico muestra los resultados obtenidos en el operatorio inmediato, en el 98% de los casos se utilizó sonda nasogástrica; 96% hidratación parenteral; 82% antibióticos profilácticos; 65% sonda vesical; 43% irrigación del intestino; 35% vendaje de extremidad inferior, lo que demuestra que los pacientes fueron manejados aplicando diferentes criterios.

GRAFITABLA 7

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN OPERATORIO MEDIATO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

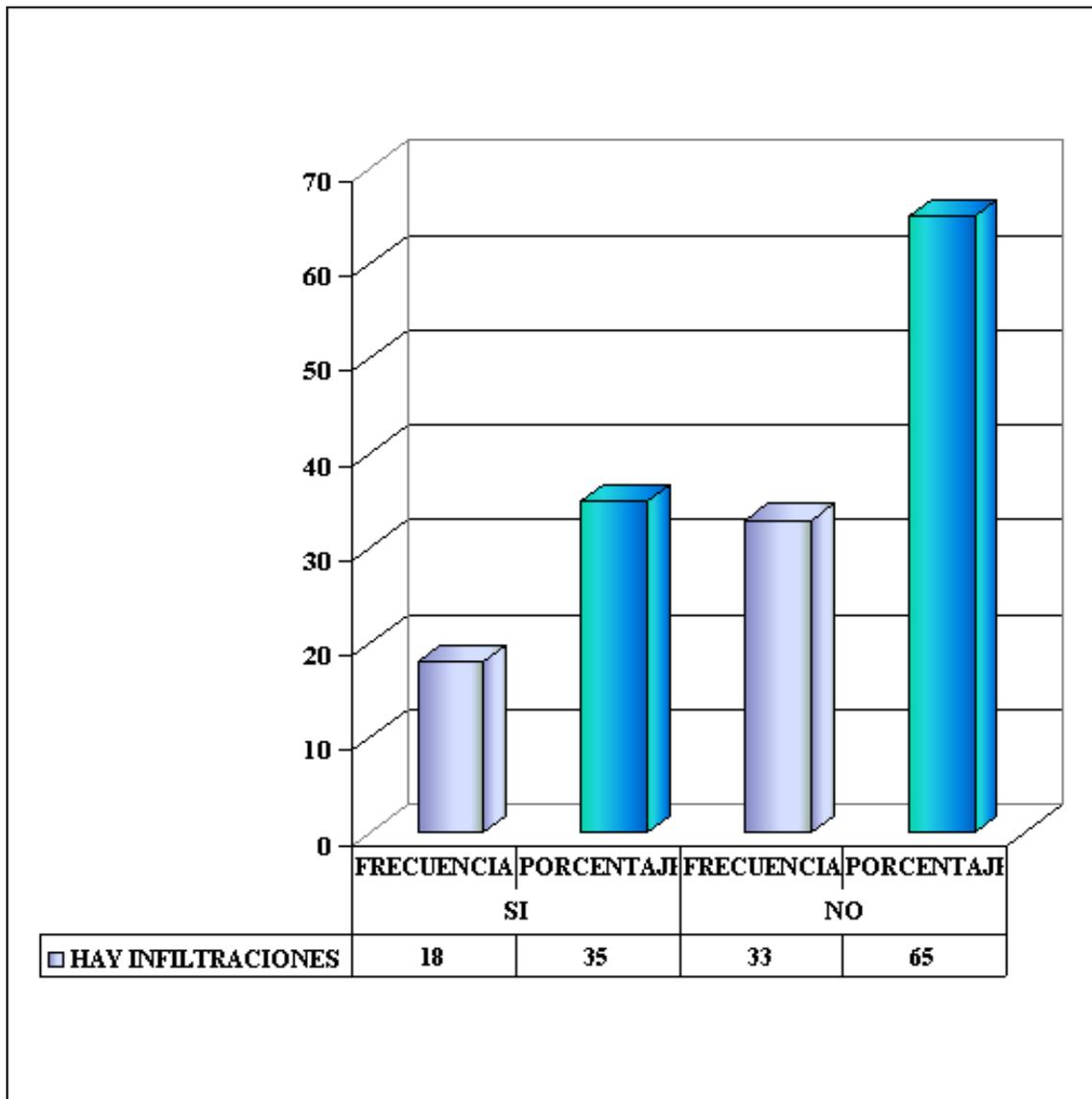
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar el operatorio mediato se observa que en el 100% de los pacientes se utilizó Hidratación parenteral y sonda nasogástrica respectivamente; 86% antibiótico profiláctico; 65% sonda vesical; 47% irrigación intestinal; 33% vendaje de la extremidad inferior.

GRAFITABLA 8

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN POST OPERATORIO INMEDIATO HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

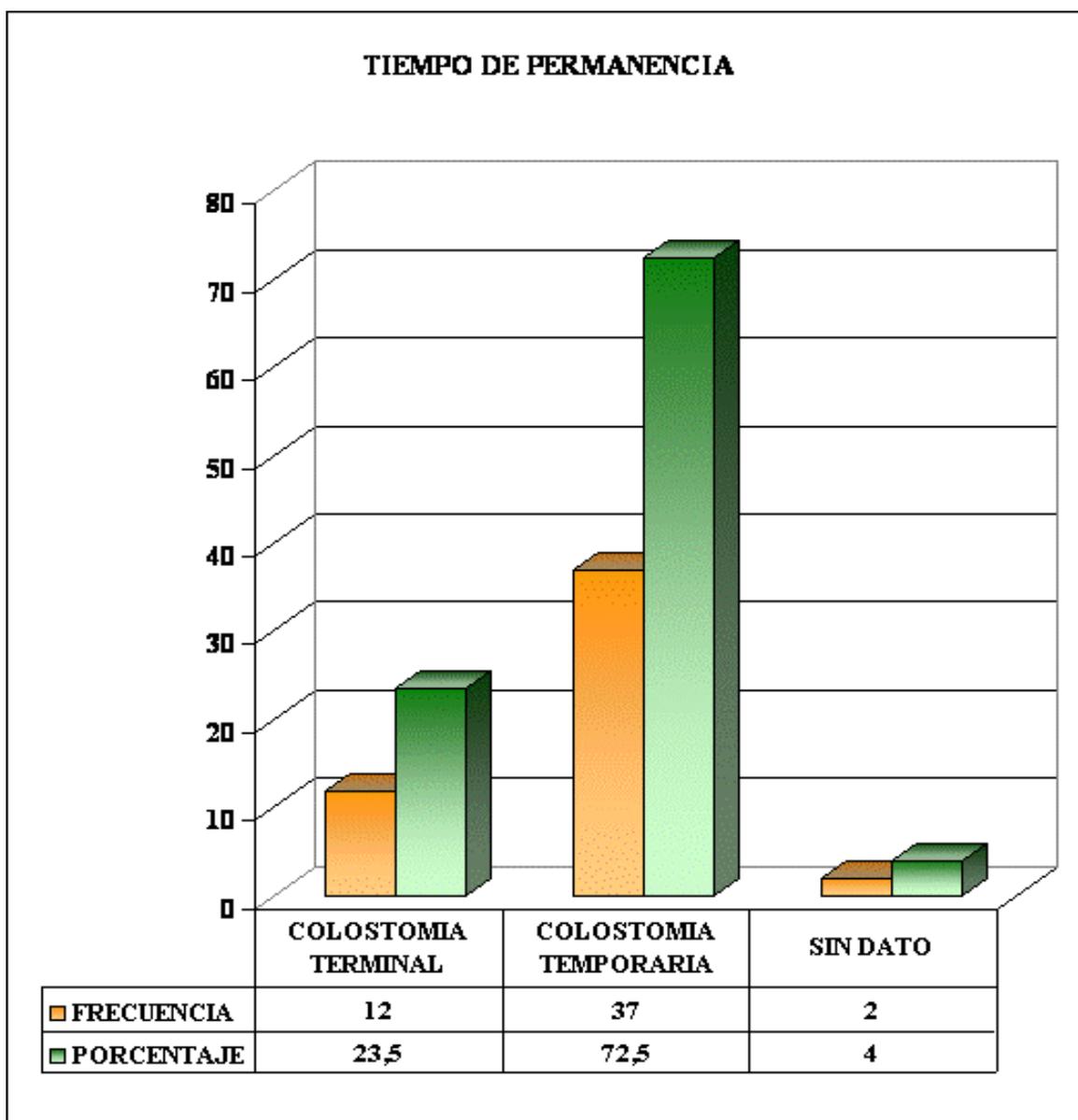
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar el gráfico se aprecia que en el 35% hubieron infiltraciones y en el 65% de los pacientes no estuvo presente. Estos resultados permiten observar que el manejo de el ostomizado no se realiza adecuadamente, ya que este es un parámetro que debe ser controlado para evitar posibles complicaciones.

GRAFITABLA 9

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, ADULTOS SEGÚN TECNICA QUIRURGICA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

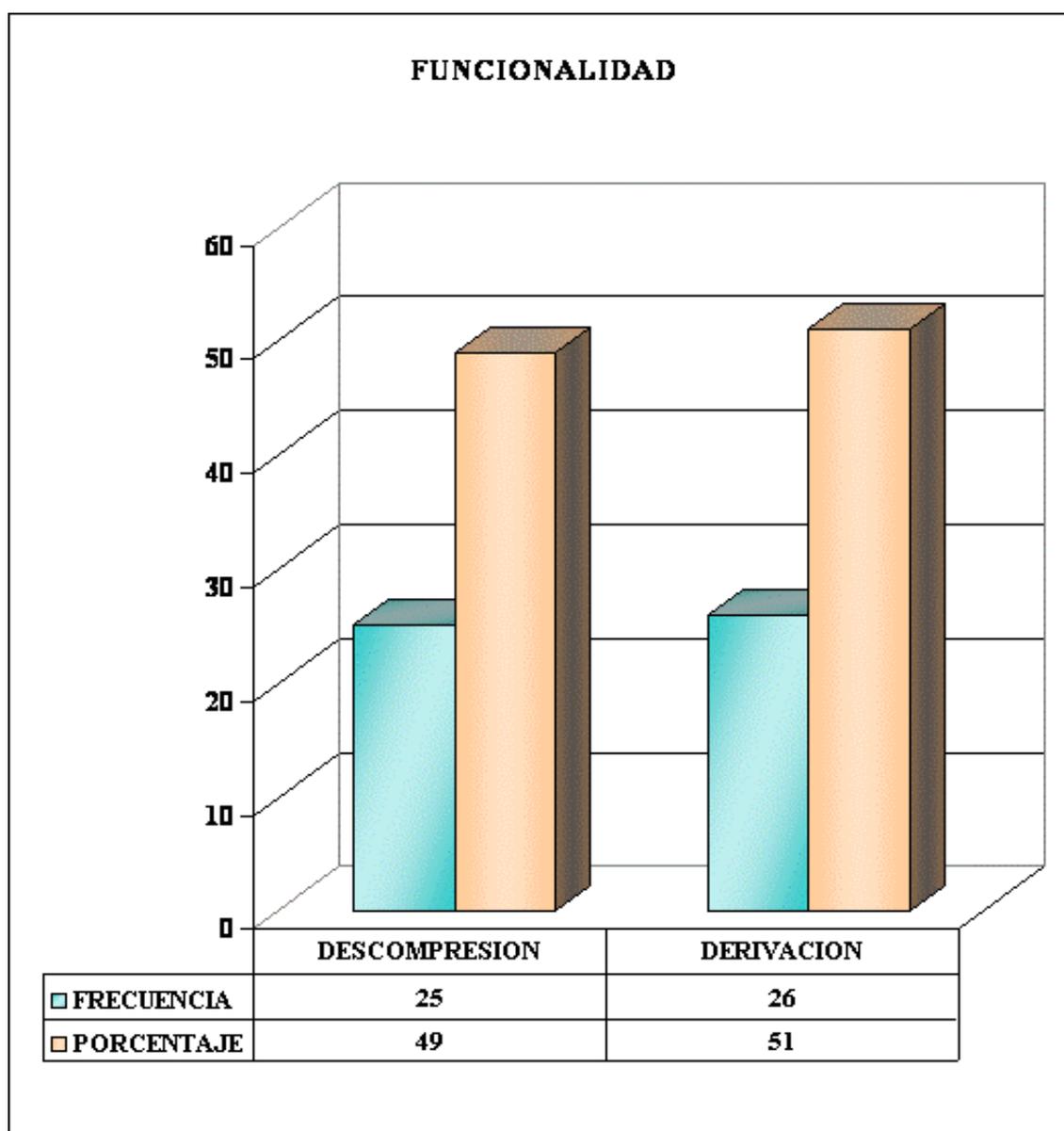
C. Vera

ANALISIS:

Con respecto a la técnica quirúrgica del tiempo de permanencia del estoma se logra de terminar que en el 72,5% fue temporaria, 23,5% terminal y en 4% no se reportaba en la historia clínica este dato.

GRAFITABLA 10

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN TIPO DE OSTOMIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

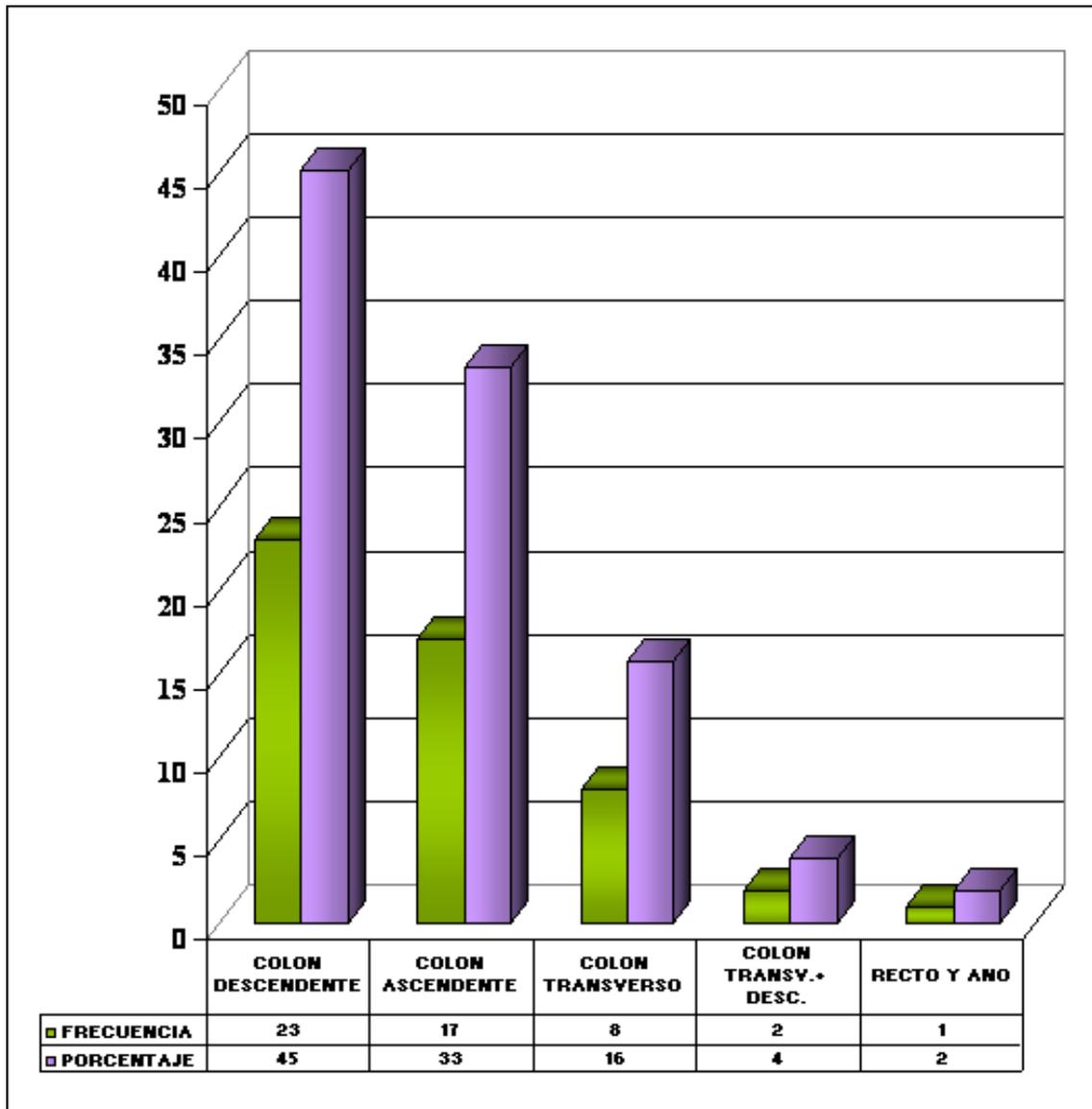
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar el tipo de colostomía según su funcionalidad se aprecia que el 51% fue de derivación, 49% descompresión. La colostomía de derivación se hace con el extremo del colon descendente distal una vez que se extirpa el recto.

GRAFITABLA 11

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS SEGÚN LOCALIZACION ANATOMICA DE LA LESION HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

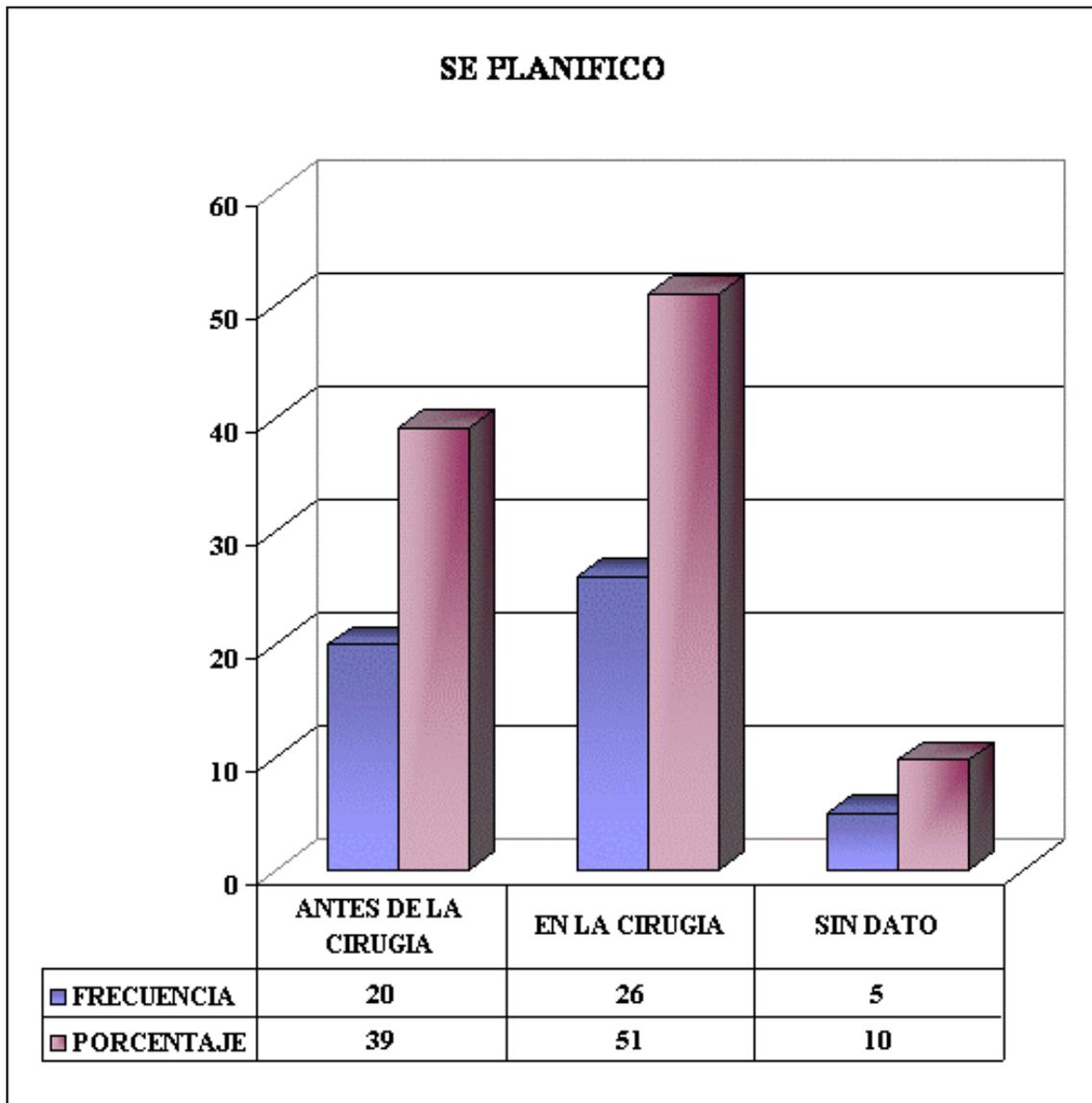
C. Vera

ANALISIS:

Al observar el gráfico se puede apreciar que la localización de la lesión se dio en el 45% en colon descendente, 33% colon ascendente, 16% colon transverso, 4% colon transverso y descendiente; 2% recto y ano.

GRAFITABLA 12

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN LOCALIZACION DEL ESTOMA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

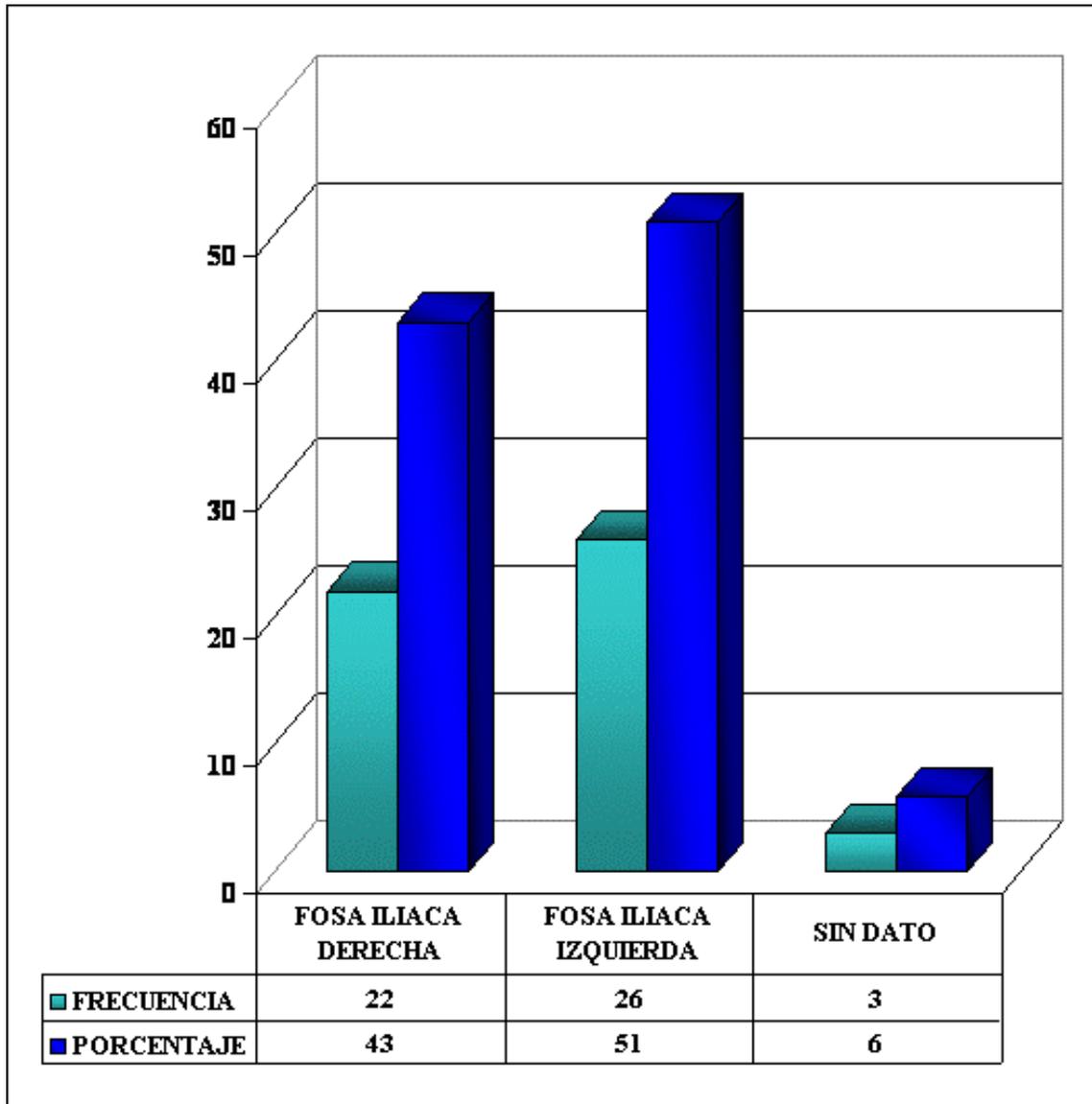
C. Vera

ANALISIS:

En el gráfico se observa que en 51% la ubicación del estoma se decidió en la cirugía, 39% esta fue planificada antes de la cirugía y en el 10% no constaba este dato en la historia clínica. La información recabada en la literatura hace ver la importancia de planificar la localización del estoma antes de la cirugía, ya que esta debe hacerse de acuerdo a las características de cada paciente, y a la causa que motive la colostomía.

GRAFITABLA 13

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN LOCALIZACION DEL ESTOMA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

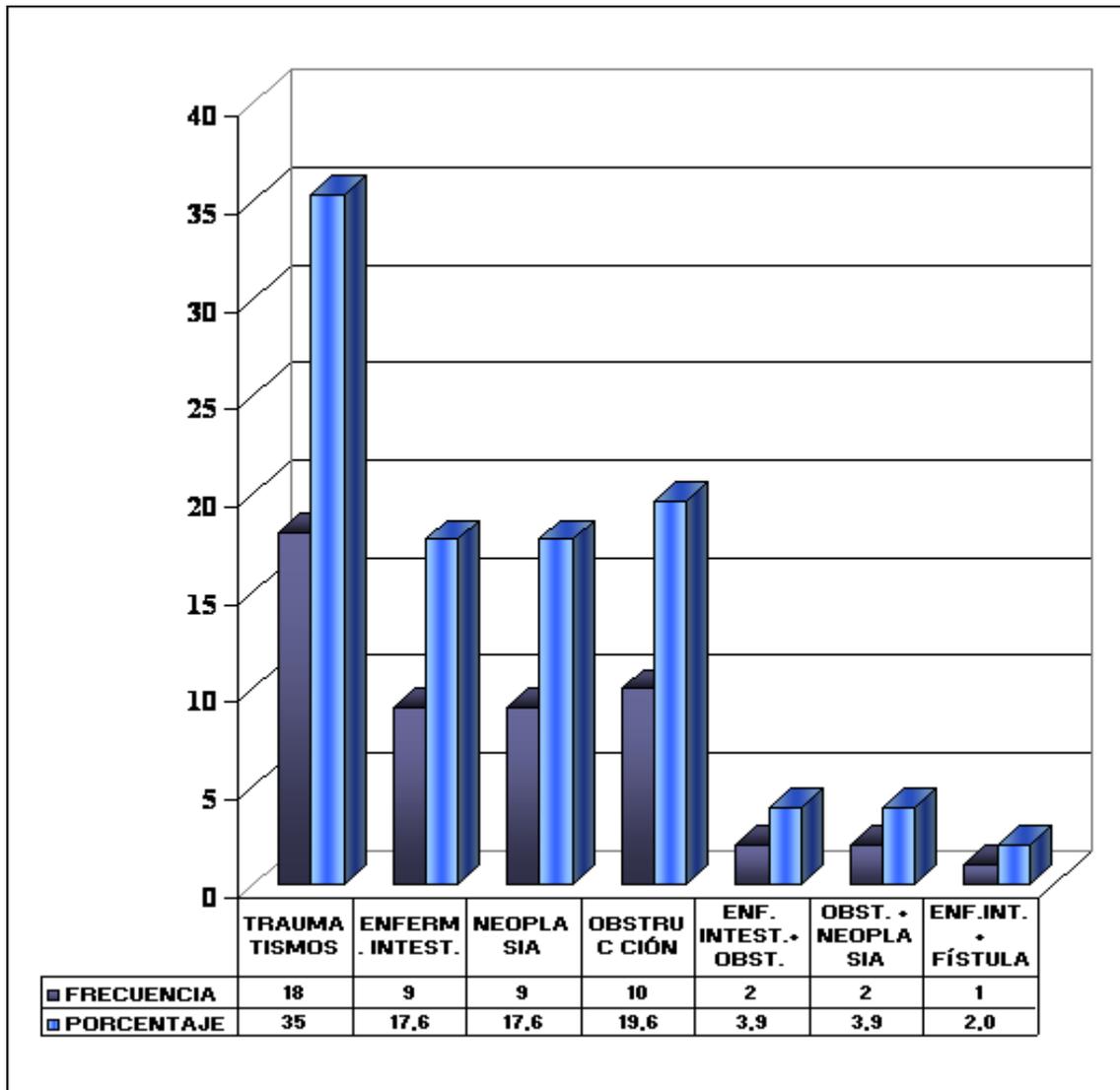
C. Vera

ANALISIS:

Al determinar la localización del estoma se aprecia que en el 51% este fue en la fosa iliaca izquierda, 43% en el derecho y en 6% de los casos no se encontró registrado en la historia clínica este dato, así la ubicación del estoma depende del asa escogida y debe analizarse en relación a cada paciente.

GRAFITABLA 14

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN CAUSA DE COLOSTOMIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

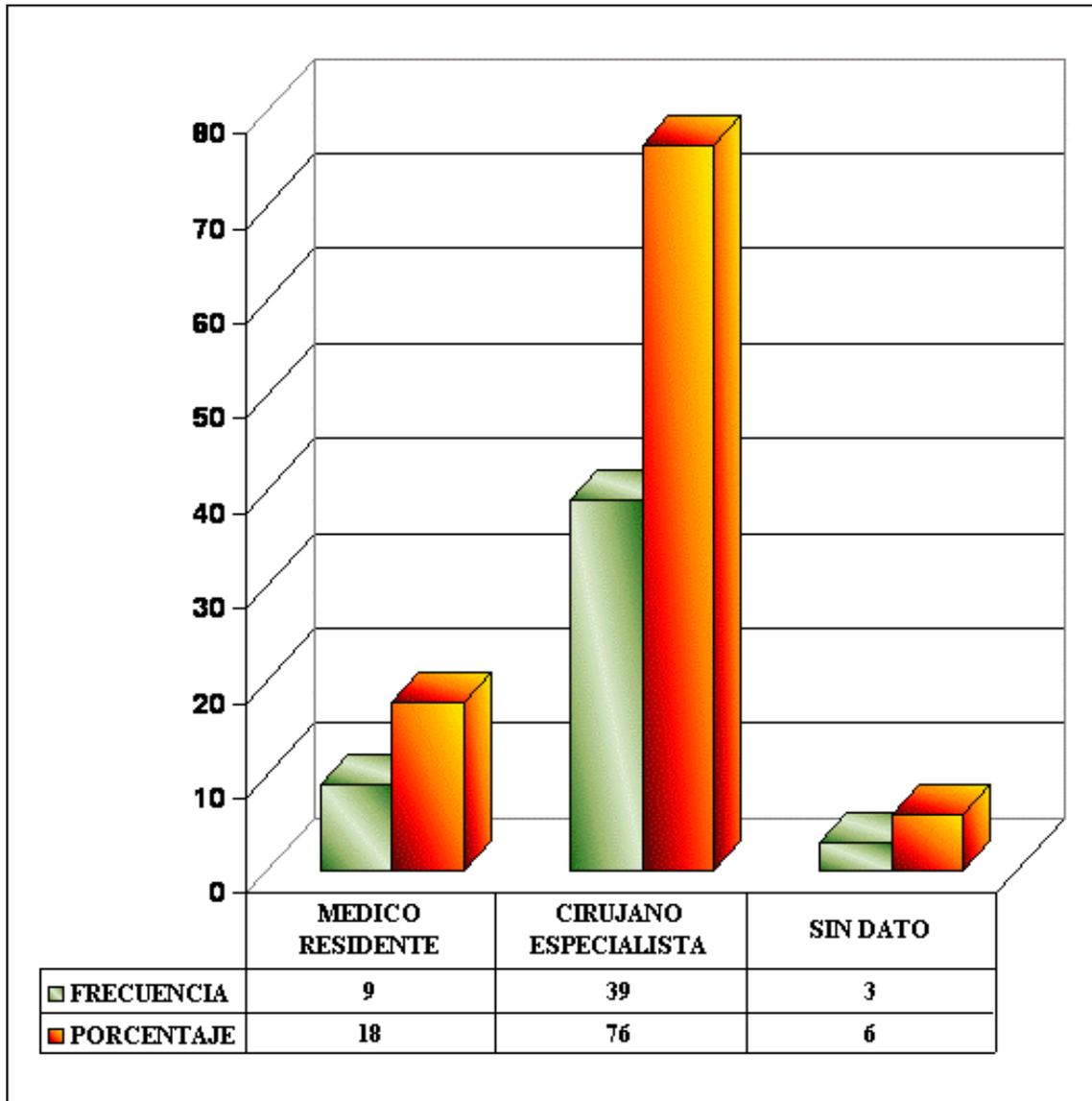
C. Vera

ANÁLISIS:

Como se aprecia el 35% de las causas de colostomía son los traumatismos, 19,6% obstrucción; 17,6% enfermedad intestinal, neoplasia respectivamente; 3,9% enfermedad intestinal + obstrucción, obstrucción + neoplasia respectivamente; 2% enfermedad intestinal + fístula diverticular.

GRAFITABLA 15

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, SEGÚN MANEJO MEDICO DEL PACIENTE HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

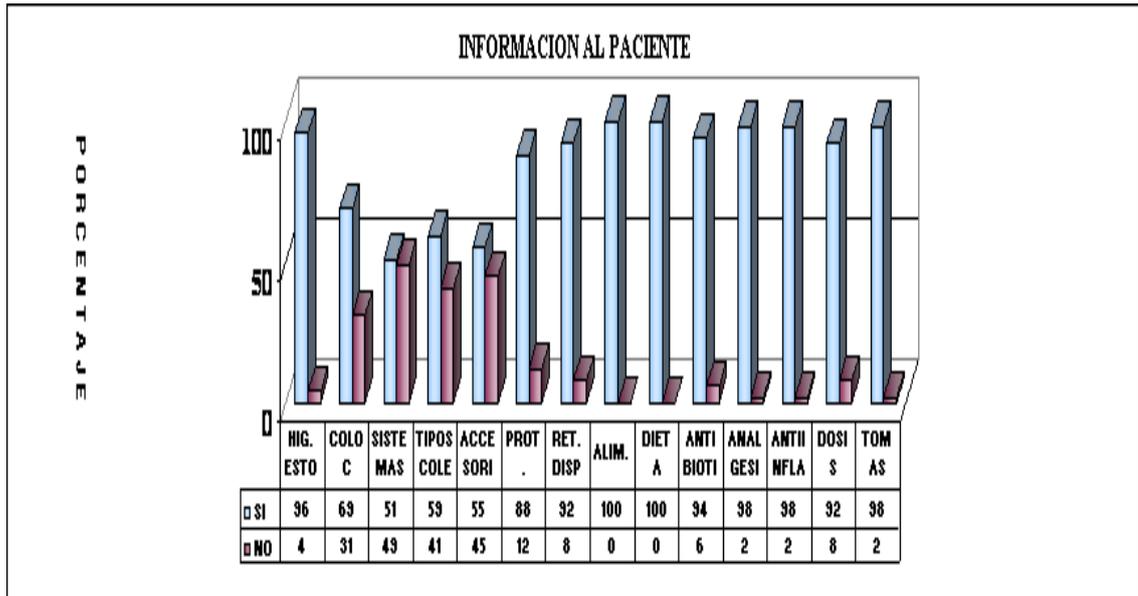
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar el manejo médico del paciente se aprecia que el 76% fue cirujano especialista; 18% médico residente; 6% no se registro el dato. Estos resultados hacen referencia que el médico residente atiende las emergencias cuando el cirujano especialista no se encuentra y las otras serían cirugías electivas.

GRAFITABLA 16

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, AREA DE CIRUGIA DIGESTIVA SEGÚN MANEJO DE ENFERMERIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

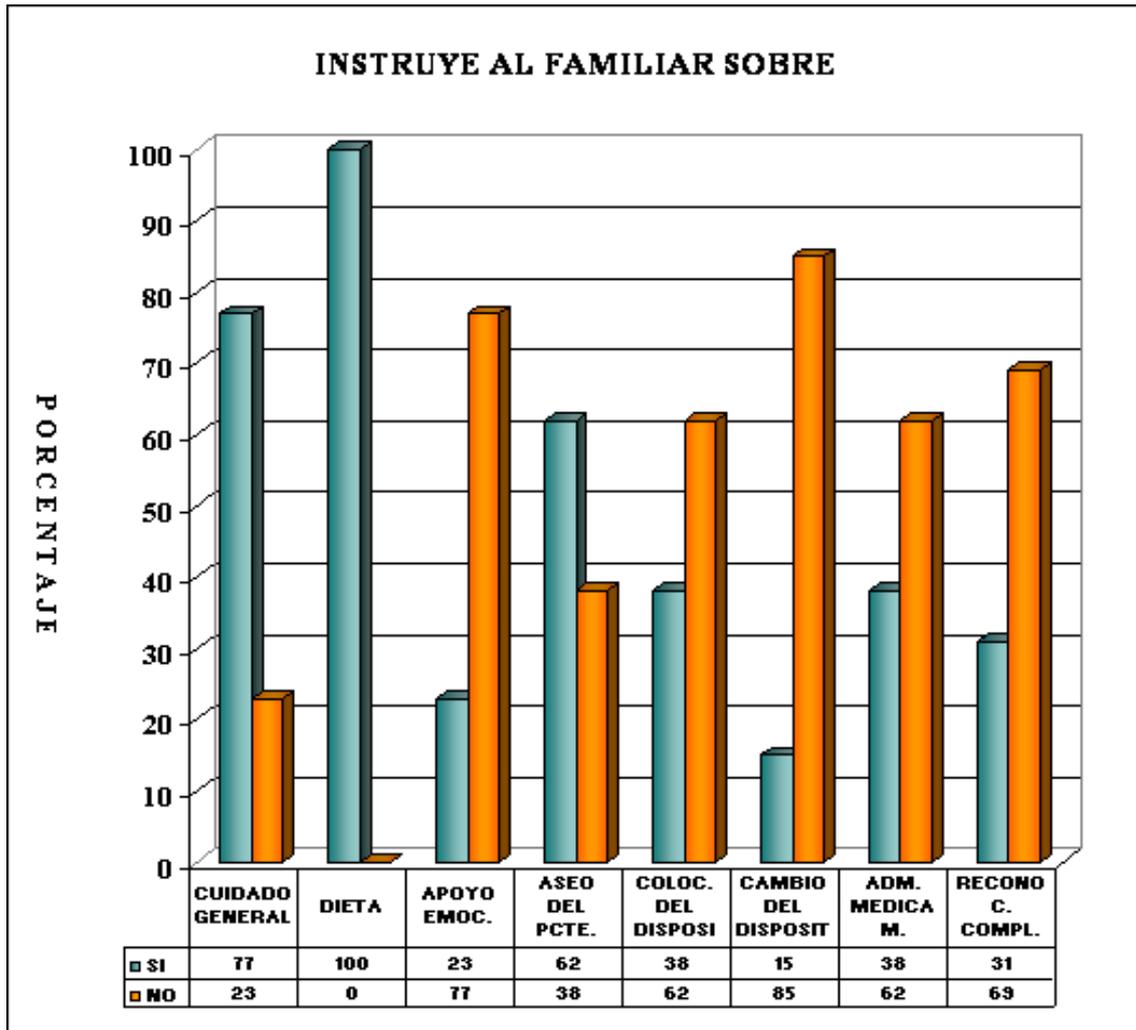
C. Vera

ANALISIS:

Como se aprecia el personal de enfermería que maneja la atención del paciente colostomizado, en el 100% brinda información sobre alimentación y dieta, 98% analgésicos, tomas, antiinflamatorios; 96% higiene del estoma; 94% antibioticoterapia; 92% dosis; 88% protección cutánea estos resultados permiten observar que el personal de enfermería no está manejando adecuadamente la información que se da al paciente.

GRAFITABLA 17

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS SEGÚN MANEJO DEL PACIENTE POR ENFERMERIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

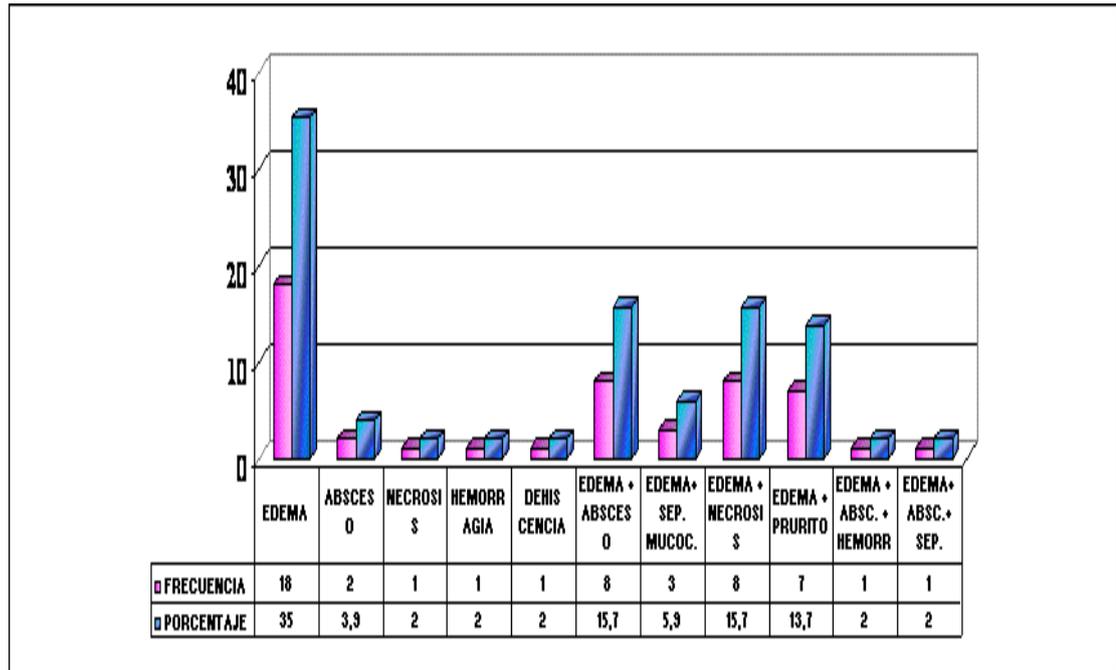
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar la función de la enfermera con respecto a la información que se debe dar al familiar del paciente en el 100% se instruye al familiar sobre la dieta; 77% cuidado generales, 62% aseo del paciente; 38% colocación del estoma y administración de medicamentos respectivamente; 31% a reconocer complicaciones; 23% que se debe brindar apoyo emocional al paciente; 15% cambio del dispositivo, lo que permite observar la variabilidad de la toma de decisiones con respecto a esta variable.

GRAFITABLA 18

COMPLICACIONES INMEDIATAS DE COLOSTOMIA EN ADULTOS HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

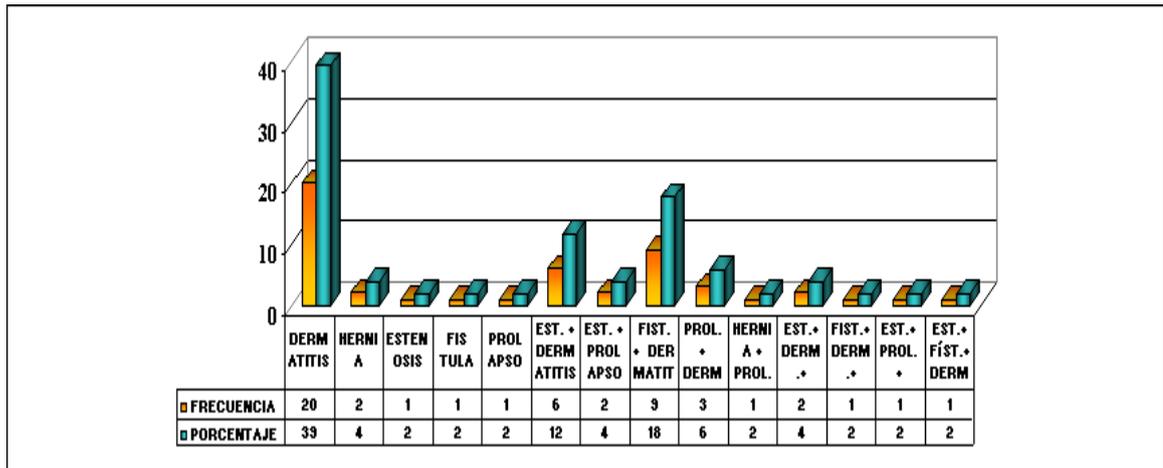
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

En relación a la variable complicaciones inmediatas el 35% presentó edema del estoma; 15,7% edema + absceso y edema + necrosis respectivamente; 13,7% edema + prurito; 5,9% edema + dehiscencia de sutura, siendo estos los resultados que más llaman la atención por presentarse en esta investigación con mayor frecuencia, coincidiendo estos resultados con los de otras investigaciones.

GRAFITABLA 19

COMPLICACIONES TARDIAS DE COLOSTOMIA EN ADULTOS HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

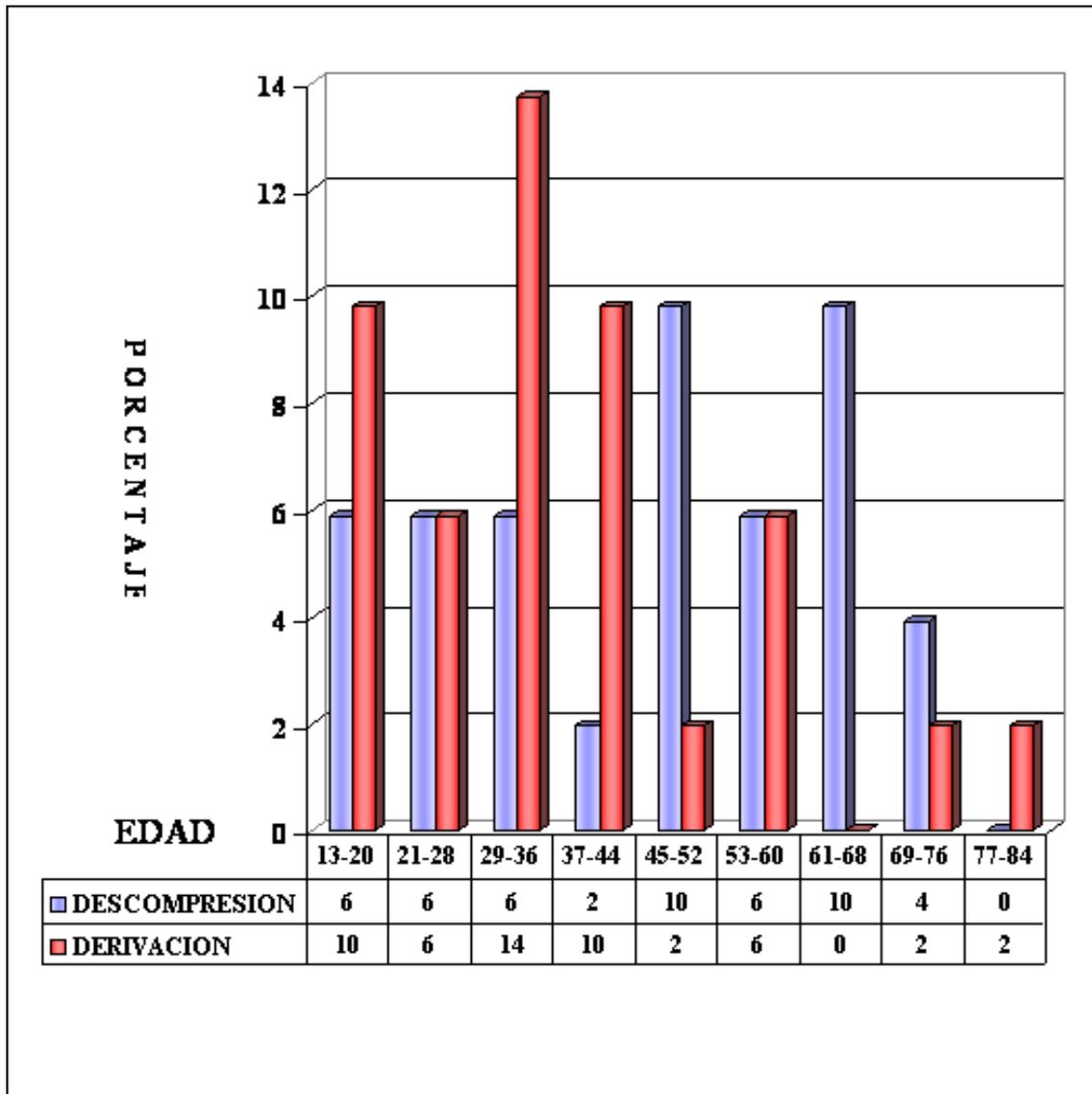
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

Analizando las complicaciones tardías se aprecia que el 39% presentó dermatitis; 18% Fístula + dermatitis; 12% Estenosis + dermatitis; siendo estos resultados los que más llaman la atención por ser frecuentes, los mismo que difieren con otros estudios en los cuales la dermatitis se presenta en mínimos porcentajes, siendo causada por el contacto de la piel con las heces debido a que el dispositivo no se ajusta al estoma a causa de una mala colocación del dispositivo ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.

GRAFITABLA 20

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, EN RELACION EDAD - TIPO DE COLOSTOMIA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

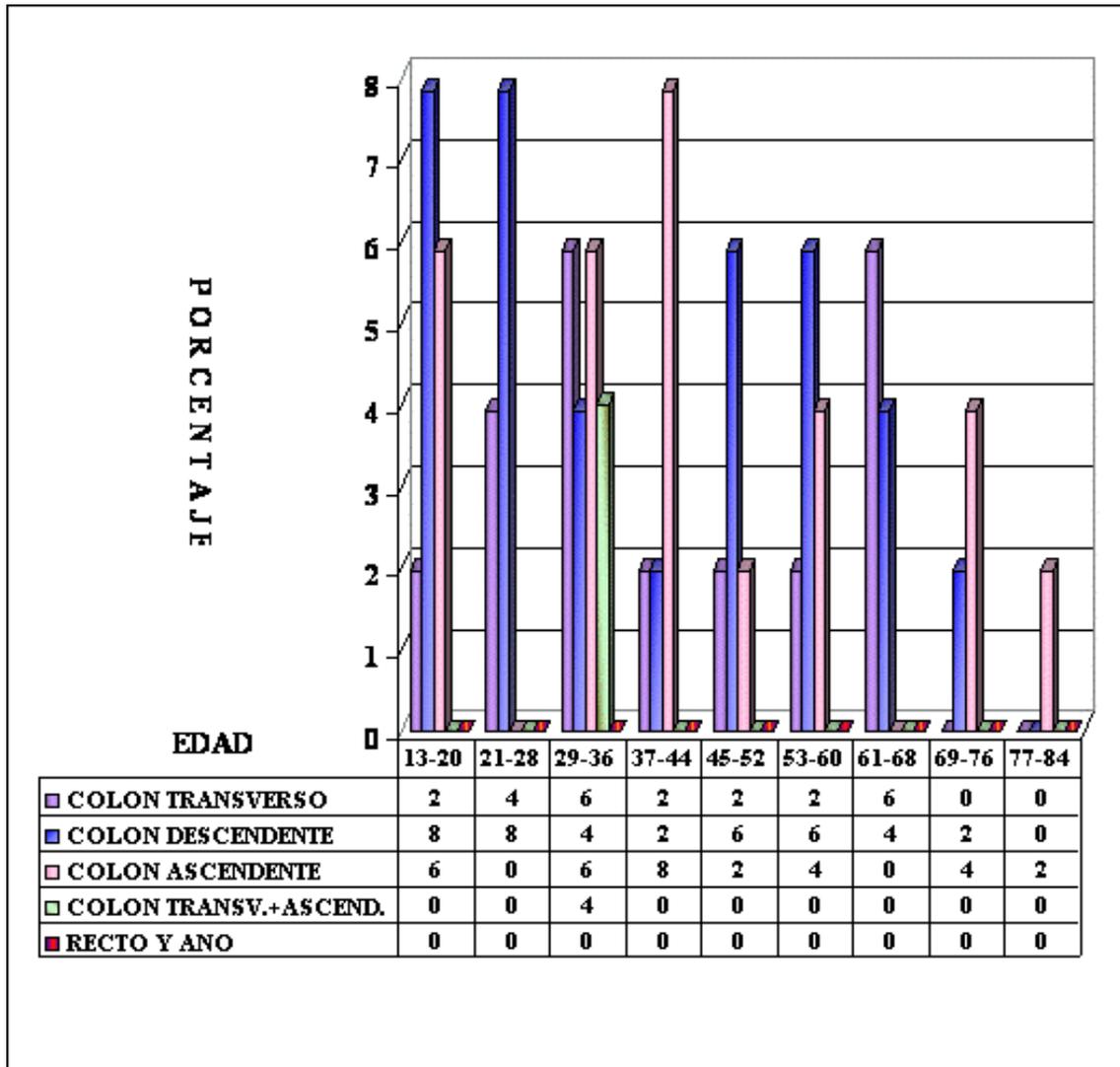
C. Vera

ANALISIS:

El gráfico permite observar que al cruzar la variable edad-tipo de colostomía están determinadas por la edad, así las de descompresión son más frecuentes en edad de 45-52; 61-68 años con el 10%; las de derivación en grupos etáreos 13-20 y 37-44 años con el 10%.

GRAFITABLA 21

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, EN RELACION EDAD-LOCALIZACION ANATOMICA , DE LA LESION HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

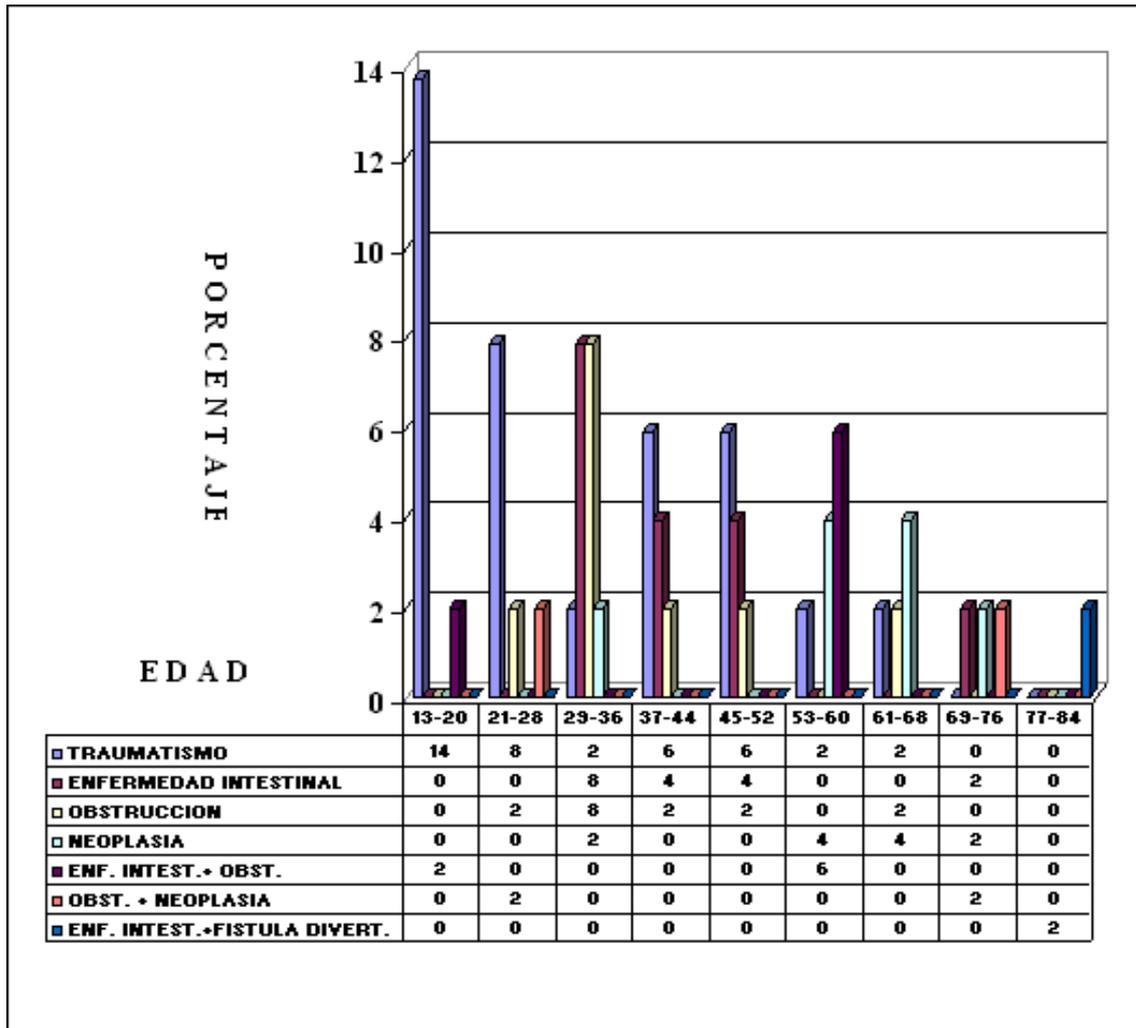
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar la edad-con la localización anatómica de la lesión, se aprecia que fue más frecuente en colon descendente en edad de 13-20 y de 21-28 años con 8%; en colon ascendente en 8% de 37-44 años; con 6% en colon transverso de 29-36 y de 61 - 68 años respectivamente; con 6% en colon descendente en grupos etáreos de 42-52 y 53-60 años; en 6% colon ascendente de 29-36 años.

GRAFITABLA 22

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, EN RELACION EDAD-CAUSA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

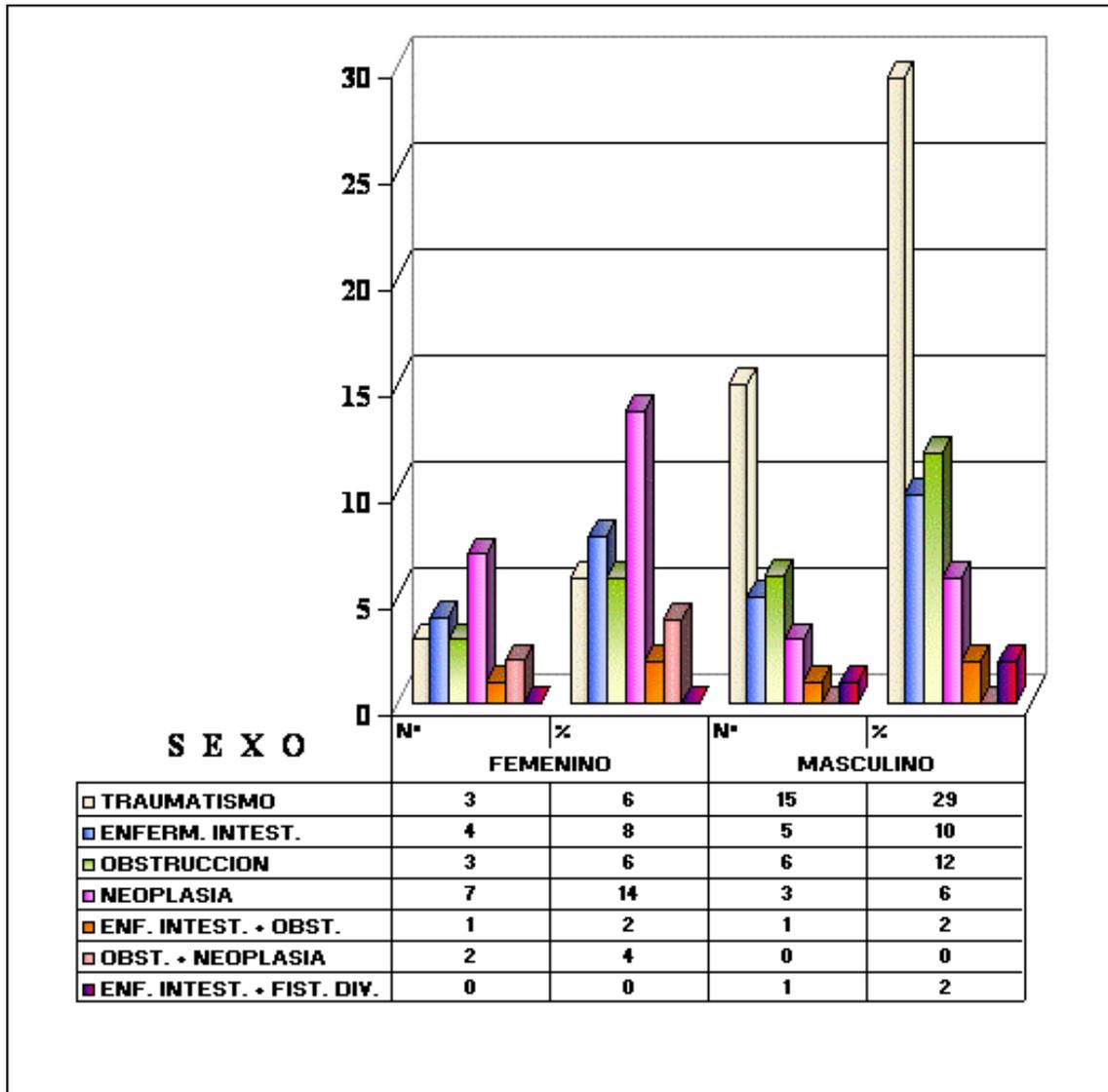
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

En el gráfico se observan que la principal causa para la realización de una colostomía en el grupo estudiado son los traumatismos en edades de 13-20 años con el 14%, en el 8% de 21-28 años; enfermedad intestinal con 8% de 29-36 años, al igual que la obstrucción; 6% enfermedad intestinal + obstrucción en pacientes de 53-60 años; las neoplasias con el 4% en edades de 53-60, 61 a 68 años; con el 2% obstrucción + neoplasia en edad de 21-28 y de 69-76 años; con el 2% enfermedad intestinal+ fístula diverticular en pacientes de 77-84 años.

GRAFITABLA 23

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, EN RELACION SEXO-CAUSA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

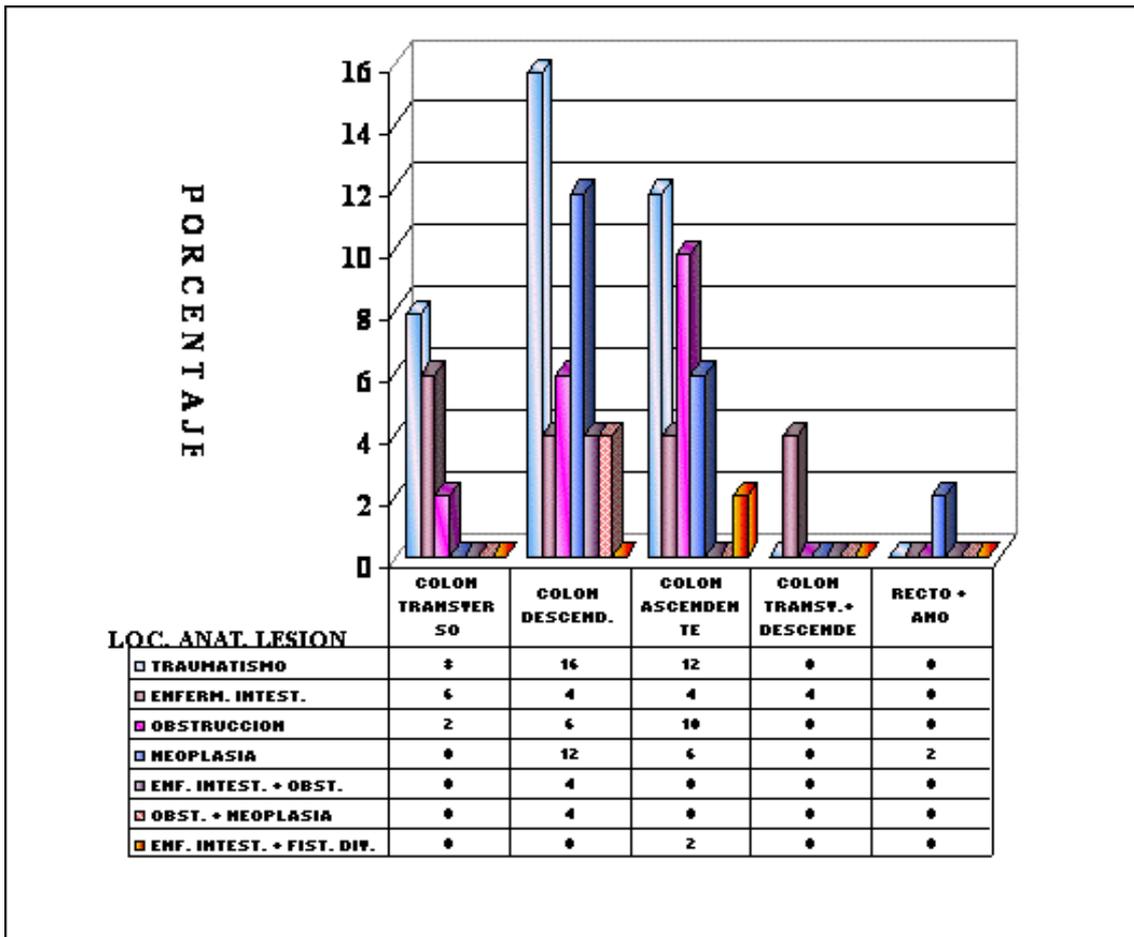
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

El gráfico permite observar que la causa más frecuente para una colostomía son los traumatismos en el sexo masculino con el 29%; 12% la obstrucción; 10% enfermedad intestinal; 6% neoplasia. En el género femenino son las neoplasias con el 14%; 8% enfermedad intestinal; 6% traumatismos y obstrucción; 4% obstrucción + neoplasia. Estos resultados coinciden con los de otras investigaciones.

GRAFITABLA 24

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS EN RELACION LOCALIZACION DE LESION-CAUSA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

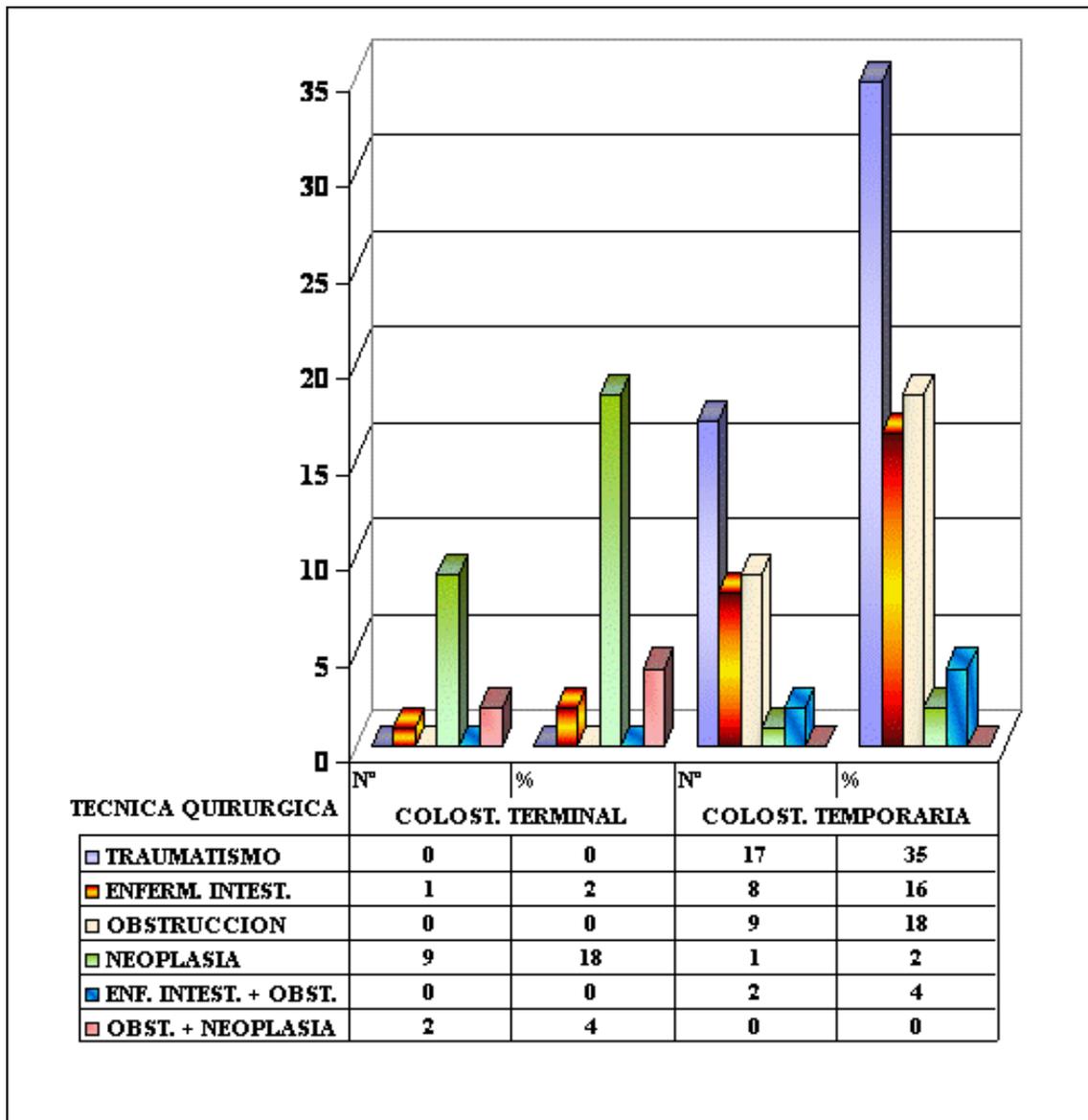
Elaborado por: J. Saltos
C. Vera

ANALISIS:

Al analizar las variables localización anatómica de la lesión con la causa se logra apreciar que el colon descendente fue lesionado por 16% traumatismos, 12% neoplasia, 6% obstrucción, con el 4% enfermedad intestinal, enfermedad Intestinal+obstrucción y obstrucción más neoplasia. El colon ascendente 12% por traumatismo, 10% obstrucción, 6% neoplasia. Siendo los menos afectados colon transverso con el 8% por traumatismo, 6% enfermedad intestinal. En el 4% fue afectado el colon transverso+descendente por enfermedad intestinal; recto y ano en el 2% por neoplasia. La mayoría de las lesiones fueron ocasionadas por traumatismos.

GRAFITABLA 25

MANEJO Y COMPLICACIONES DE COLOSTOMIA EN ADULTOS, EN RELACION TECNICA QUIRURGICA-CAUSA HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA ABRIL 2004 - ABRIL 2006



F. I. Historias clínicas

Elaborado por: J. Saltos

C. Vera

ANALISIS:

Al relacionar la variable técnica quirúrgica con causa de la colostomía se observa que la colostomía terminal se practicó en el 18% en los casos de cáncer; la colostomía temporaria en el 35% fue por traumatismo, 18% obstrucción; 16% enfermedad intestinal. Estos resultados coinciden con los de otros estudios.

IX. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

La presente investigación se la realizó con la finalidad de poder determinar el manejo y complicaciones de colostomía en adultos del área de cirugía digestiva del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo de abril del 2004 – abril del 2006.

Con respecto a la característica de los pacientes en estudio se logró establecer que el grupo de edad más afectado se ubica entre 29 y 36 con el 19.6%; 15.7% de 13-20 años; 11.8% de 21-28, 37-44, 45-50, 53-60 respectivamente, con una edad promedio de 42 años. Estos resultados coinciden con los de otros autores, en los cuales se manifiesta que la edad en la cual se practica una colostomía esta determinada por la causa. En relación con el género en el 61% fue en el masculino y 39% en el femenino, con una relación de 2 varones por cada mujer. De acuerdo a la procedencia el 47% correspondía al área rural; 35% urbana, 18% urbano marginal. Los resultados no se relacionan directamente con la colostomía, pero son de interés ya que esta afluencia de pacientes demuestra la importancia que tiene la institución y el conocimiento de los usuarios sobre los servicios que presta. Según el estado nutricional del paciente el 53% era normal, el 29% bajo peso y 16% sobrepeso. La nutrición de todo paciente que va hacer intervenido quirúrgicamente es de vital importancia, ya que una inadecuada nutrición incrementa el riesgo de morbilidad quirúrgica o muerte, además que disminuye el proceso de cicatrización, de acuerdo a la literatura consultada. (Ver grafitabla 1,2, 3, 4).

En relación al manejo del paciente colostomizado se pudo establecer que en la preparación preoperatoria en el 96% se administró antibiótico profiláctico, 65% dieta blanda, 53% irrigación del intestino, 51% evacuación del intestino. La preparación preoperatoria según varios autores tiene como finalidad reducir el número de bacterias en el colon para lo cual se deben incluir dos parámetros importantes como es el aseo mecánico y la administración de antibióticos. Sin embargo en la investigación realizada se observa que no se cumple en un 100% con estos parámetros. Al analizar el operatorio inmediato se aprecia que en el 98% se utilizó sonda nasogástrica, 96% hidratación parenteral, 82% antibiótico profiláctico, 65% sonda vesical. Al valorar el operatorio inmediato de acuerdo a los parámetros establecidos se logra identificar que estos no se aplican en todos los pacientes. Según el operatorio mediato los parámetros

que se cumplieron en un 100% fueron hidratación parenteral y sonda nasogástrica. En el postoperatorio se aplicó en el 100% de los pacientes el control de signos vitales, y se presentaron infiltraciones en el 35% de los pacientes. Estos resultados no concuerdan con otras investigaciones. (Ver grafitabla 5,6, 7, 8).

Al analizar la técnica quirúrgica, según el tiempo de permanencia en el 72.5% esta fue temporaria, en el 23.5% terminal o definitiva. Estos resultados tienden a variar de acuerdo a la causa que la ocasione, según la opinión de varios autores. En relación al tipo de colostomía según su funcionalidad el 51% fue de derivación y el 49% descompresión, coincidiendo estos resultados con los de otros estudios. De acuerdo a la localización anatómica de la lesión el 45% fue de colon descendente, 33% colon ascendente, 16% colon transverso. Coincidiendo estos resultados con los encontrados en la literatura consultada. Según la localización del estoma esta se planificó en el 51% en la cirugía; 39% antes de la cirugía. Al respecto la literatura consultada manifiesta que en los casos de traumatismo abdominal, diverticulitis o cáncer en cualquier parte del colon izquierdo o el recto deben marcarse los posibles sitios para colostomía en el preoperatorio. En el 51% se ubicó en la fosa iliaca izquierda, el 43% en fosa iliaca derecha. La ubicación del estoma depende de la parte del intestino que se haya exteriorizado, estando más asociado a complicaciones las que se ubican en colon izquierdo. De acuerdo a la causa de la colostomía en el 35% fue ocasionada por traumatismos, 19.6% obstrucción, estos resultados no coinciden con los encontrados por el Dr. Corella Calatayu en el cual la principal causa fueron las neoplasias. (Ver grafitabla 9, 10, 11, 12, 13, 14)

Según el manejo médico del paciente se logró establecer que el 76% de los pacientes fue intervenido por el cirujano especialista y el 18% por médico residente. Al respecto existen estudios en los que se analiza la atención quirúrgica de paciente los mismos que concluyen que existe una significativa variabilidad de resultados cuando esta es realizada por cirujanos generales o por cirujanos especialistas, ya que esta variabilidad puede afectar a un hecho tan importante como la mortalidad de la cirugía colorrectal, que siendo del 1.4% para cirujanos especialistas se multiplica por cinco cuando es realizada por cirujanos generales.

En cuanto al manejo de enfermería se logró determinar que solo en el 100% de los pacientes dan información sobre alimentación y dieta, cumpliéndose con los demás parámetros en el 98% analgésicos, tomas, antiinflamatorios respectivamente, 96% higiene del estoma, 94% antibioticoterapia, 92% dosis, 88% protección cutánea. En el parámetro referente a la información que debe brindar al familiar del paciente se determinó que en 100% se informa sobre la dieta, 77% cuidados generales, 62% aseo del paciente, 38% colocación del estoma y administración de medicamentos respectivamente, lo que permite observar que no se cumple con los parámetros establecidos. (Ver grafitabla 15, 16, 17).

Al analizar las complicaciones inmediatas presentada por los pacientes el 35% presentó edema del estoma, 15.7% edema + absceso, edema + necrosis respectivamente. Estos resultados coinciden con los realizados por el Dr. Corella Calatayu. Las complicaciones tardías que se presentaron con mayor porcentaje fueron en el 39% dermatitis, 18% fístula + dermatitis, los resultados no coinciden con los encontrados por del Dr. Corella Calatayu en el que la complicación más frecuente fue la hernia paracolostómica. (Ver grafitabla 19, 20).

El realizar el cruce de las variables edad-localización anatómica de la lesión se pudo establecer que en el 8% esta se dio en colon descendente en edad de 13-20 y 21-28 años respectivamente, 8% colon ascendente de 37-44 años; 6% en colon transverso en edades de 29-36 y 61-68 años. Al relacionar edad- causa de colostomía en el 14% fueron los traumatismos en edad de 13 a 20 años, 8% enfermedad intestinal y obstrucción en pacientes de 29-36 años. En las variables sexo- causa; afecta más al género masculino siendo la causa más común los traumatismos con el 29%, 12% obstrucción. En las mujeres la causa principal fue neoplasia con el 14%. Al analizar localización anatómica de la lesión- causa, fue afectado por traumatismos el colon descendente en 16%, colon ascendente 12% y colon transverso con el 8%. Al comparar la técnica quirúrgica por tiempo de permanencia- causa, en el 35% esta fue temporaria y ocasionada por traumatismo, en las definitivas en el 18% la causa fueron las neoplasias. (Ver grafitabla 21, 22, 23, 24, 25).

X. CONCLUSIONES

De la investigación realizada se concluye:

- La población de estudio en el 19.6% tenían edades comprendidas entre 29 – 36 años.
- El género más afectado con el 61% fue el masculino.
- El 47% de la población que se realizó colostomía provenía del área rural.
- El 53% de los pacientes tenía estado nutricional normal.
- En relación al manejo del paciente colostomizado en el preoperatorio en el 96% se administró antibiótico profiláctico.
- En el operatorio inmediato en el 98% se utilizó sonda nasogástrica.
- En el 100% de los pacientes se utilizó hidratación parenteral y sonda nasogástrica en el operatorio mediato.
- En lo que respecta al post operatorio en el 100% se controló signos vitales.
- El 35% presentó infiltraciones.
- Al analizar la técnica quirúrgica según el tiempo de permanencia en el 72% fue temporaria.
- De acuerdo al tipo de colostomía según su funcionalidad el 51% fue de derivación.
- En el 45% la localización anatómica de la lesión el 45% se ubicó en colon descendente.
- La localización del estoma se decidió en la cirugía en el 51%.
- El estoma fue ubicado en la fosa iliaca izquierda en el 51%.
- La causa de la colostomía en el 35% fue ocasionada por traumatismos.
- Analizando el manejo del paciente el 76% fue intervenido por cirujano especialista.
- En el manejo de enfermería en el 100% se da información al paciente sobre alimentación y dieta.
- En el 100% se informa al familiar del paciente sobre el tipo de dieta a seguir.
- El 35% de los pacientes presentó edema como complicación inmediata.
- El 39% tuvo como complicación tardía dermatitis.

XI. RECOMENDACIONES

- Que para el manejo de los pacientes se elabore un protocolo que defina los parámetros de atención del ostomizado, en cada uno de los pasos a seguir en el proceso de atención tanto en el preoperatorio, operatorio y post operatorio, con la finalidad que se aplique un solo normativo de atención y de esta forma el paciente sea atendido por igual.
- Que se haga una buena historia clínica ya que existen datos que no son bien registrados o que simplemente se pasan por alto, lo que impide analizar correctamente dicha información.
- Que se realicen campañas tendientes a prevenir las lesiones ocasionadas principalmente por traumatismos.
- Que capacite al médico residente, personal de enfermería sobre la atención del paciente colostomizado.
- Que el servicio de cirugía digestiva cuente con un estomaterapeuta con la finalidad que el paciente sea atendido por personal especializado que pueda cumplir con todos los requerimientos que este necesite para ser insertado nuevamente a la sociedad y tenga mejor calidad de vida.

XII. PROPUESTA

En vista que en el Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, se maneja un solo formulario de Historia clínica para la atención de todos los pacientes que son atendidos en dicha casa de salud, quienes realizan la presente investigación proponen la realización de una historia clínica que se utilizada únicamente en el Servicio de Cirugía Digestiva para los pacientes colostomizados, individualizando de esta forma su atención y evolución.

**HOSPITAL PROVINCIAL Y DOCENTE
"DR. Verdi Cevallos Balda"
PORTOVIEJO - MANABI**

HISTORIA CLINICA PARAPACIENTES COLOSTOMIZADOS

N° de Historia Clínica: _____	
Paciente atendido en la Emergencia por: Médico residente: <input type="checkbox"/>	Interno de Medicina: <input type="checkbox"/>
Paciente derivado de Consulta Externa: <input type="checkbox"/>	Tipo de operación: Emergencia: <input type="checkbox"/> Electiva: <input type="checkbox"/>
Servicio: _____	Sala: _____ Cama: _____
Paciente atendido por Médico Cirujano: <input type="checkbox"/>	Cirujano especialista: <input type="checkbox"/> Otro: _____

DATOS DE FILIACION:

Apellido paterno: _____	Materno _____	Nombres: _____
Edad: _____	Sexo: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	Raza: _____ Estado Civil: _____
Lugar de Residencia: _____	Lugar/Procedencia: _____	
Ocupación: _____	Fecha de Historia clínica: _____	
Fecha de ingreso: _____	Tipo de interrogatorio: _____	
Motivo de consulta/ingreso: _____		

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: _____

APP: _____ Enfermedades asociadas: _____

APF: _____

Antecedentes Quirúrgicos: _____ Antecedentes Traumáticos: _____

Alergias: _____ Gineco-obstétricos: _____

HABITOS Y ENCUESTA SOCIAL: _____

Café: Té: Alcohol: Tabaco: Drogas permitidas: Drogas no permitidas:

EXAMEN FISICO GENERAL: _____

INSPECCION SOMATICA REGIONAL: _____

Control de signos vitales: Fc: ____ Fr: ____ Temperatura: ____ T.A.: ____ Pulso: ____

Tipo de intervención: Ostomía sola: Ostomía y _____

Tipo de colostomía: Terminal: Temporaria: Descompresión: Derivación:

Pre operatorio: _____

Resultado de la intervención: Ostomía permeable: Ostomía no permeable:

Localización anatómica de la lesión: C. transverso C. descendente: C. Ascendente:

Localización del estoma: Fosa iliaca Derecha: Fosa Iliaca Izquierda:

Tiempo operatorio: _____

Tiempo de Hospitalización antes de la cirugía: _____ Después de la cirugía: _____

Post operatorio: _____

Complicaciones inmediatas: _____

Complicaciones tardías: _____

Nombre del médico Cirujano: _____

XIII. PRESUPUESTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
	Materiales de imprenta y papelería:		
500	Hojas	3.00	3.00
2	Tinta de impresora	40.00	80.00
10	Plumas, lápices,	5.00	5.00
2	Cuadernos	4.00	4.00
40 horas	Gastos por Internet	1.5	60.00
400	Xerox copias	0.03	12.00
	Transporte		100.00
	Costos de computación		400.00
100	Copias de encuesta	0.03	3.00
	Tabulación de datos		200.00
	Elaboración de tablas y gráficos		100.00
3	Empastado	8.00	24.00
6	Cd	3.00	18.00
	Costos por grabación de CD en formato		
5	PDF	15.00	45.00
	Imprevistos		250.00
	TOTAL		1304.00

XIV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MESES					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
PLANIFICACION						
Selección y Delimitación	X					
Justificación y problematizac.	X					
Marco Teórico	X					
Diseño Metodológico	X					
Elaboración de Instrumento	X					
Recolección de bibliografía	X					
Presentación de protocolo	X					
EJECUCION						
Primera reunión	X					
Validación del instrumento		X				
Aplicación del instrumento		X				
Reunión		X				
Recolección de datos			X			
Tabulación de datos			X	X		
Segunda reunión			X			
ANALISIS DE DATOS						
Análisis Cualitativos				X		
Análisis Cuantitativos					X	
Reunión				X		
INFORMACION FINAL						
Redacción de Tesis					X	
Tercera reunión					X	
Impresión de Tesis						X

XV. BIBLIOGRAFIA

1. Ortiz H, Martí J, Voltas J. Colostomías convencionales o colostomias continentes. *Cirugía Española* 1989; 45:541-542.
2. Miguel de M, Ortiz H, Rodriguez J, Cabañas I, Petri M, López E. Irrigación de colostomía:¿el tiempo libre de deposición depende de la evacuación del colon?. *Cirugía Española* 1992; 52:381-383.
3. Airey S, Down G, Dyer S, Hulme O, Taylor I. An innovation in stoma care. *Nursing Times* 1988; 84:56-58.
4. Diaz de Liaño A, Adrian A, Armenta J. Sistema de obturador desechable para pacientes colostomizados. *Ann Chir* 1990; 44:753-6.
5. Picón Pérez G *et al.* Manejo de las colostomías mediante obturador: Aspectos clínicos y evaluación de los pacientes. *Revista Española Enfermedades Digestivas* 1994; 85:95-98.
6. Aragonés AM, Richart M, Cabrero J, Cartagena E, Laguna A. Efectos del uso del obturador "conseal" sobre variables físicas y psicosociales en pacientes ostomizados. *Revista ROL Enfermería* 1991; 154:27-29.
7. Buscador: Google (En línea). <http://www.articulos12.htm> (Acceso: 21/03/2005)
8. Buscador: Google (En línea). <http://www.Contenido.htm>. (Acceso: 21/03/2005)
9. Buscador: Google (En línea). [http://www SEDE - Guía para la persona colostomizada y familia.htm](http://www.SEDE-Guía%20para%20la%20persona%20colostomizada%20y%20familia.htm) (Acceso: 19/03/2005)
10. Buscador: Google (En línea). [http://www Descripción ostomizados.htm](http://www.Descripción%20ostomizados.htm) (Acceso: 22/03/2005)
11. Buscador: Google (En línea). [http://www Trauma colorrectal y su relación con los índices predictivos.htm](http://www.Trauma%20colorrectal%20y%20su%20relación%20con%20los%20índices%20predictivos.htm) (Acceso: 19/03/2005)
12. Buscador: Google (En línea). [http://www anexos.htm](http://www.anexos.htm) (Acceso: 23/03/2005)
13. Buscador: Google (En línea). [http://www ATENCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA.htm](http://www.ATENCIÓN%20DE%20PACIENTES%20SOMETIDOS%20A%20CIRUGÍA.htm) (Acceso: 21/03/2005)
14. Buscador: Google (En línea). [http://www Colostomía.htm](http://www.Colostomía.htm) (Acceso: 23/03/2005)
15. Buscador: Google (En línea). [http://www EFECTIVIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA MEDIDA A TRAVES DE LA MORTALIDAD EVITABLE.htm](http://www.EFECTIVIDAD%20Y%20CALIDAD%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20SANITARIA%20MEDIDA%20A%20TRAVES%20DE%20LA%20MORTALIDAD%20EVITABLE.htm) (Acceso: 27/03/2005)

16. Buscador: Google (En línea). [http://www artículos 05.htm](http://www.articulos05.htm) (Acceso: 22/03/2005)
17. Buscador: Google (En línea). [http://www Cáncer de ano Información general, clasificación y tratamiento.htm](http://www.Cáncer.deano.información.general.clasificación.y.tratamiento.htm) (Acceso: 21/03/2005).
18. Buscador: Google (En línea). [http://www COLOSTOMÍA.htm](http://www.COLOSTOMÍA.htm) (Acceso: 23/03/2005)
19. Buscador: Google (En línea). [http://www Colostomía e Ileostomías.htm](http://www.Colostomía.e.Ileostomías.htm) (Acceso: 22/03/2005).
20. Buscador: Google (En línea). [http://www Complicaciones postoperatorias.htm](http://www.Complicaciones.postoperatorias.htm) (Acceso: 22/03/2005).
21. Buscador: Google (En línea). [http://www CUIDADOS DE LA COLOSTOMÍA.htm](http://www.CUIDADOS.DE.LA.COLOSTOMÍA.htm) (Acceso: 22/03/2005).
22. Buscador: Google (En línea). [http://www El cirujano colorrectal como factor pronóstico de resultados.htm](http://www.El.cirujano.colorrectal.como.factor.pronóstico.de.resultados.htm) (Acceso: 22/03/2005).
23. Buscador: Google (En línea). [http://www Evaluación de factores asociados con el desarrollo de complicaciones en el cierre de ostomías.htm](http://www.Evaluación.de.factor.es.asociados.con.el.desarrollo.de.complicaciones.en.el.cierre.de.ostomías.htm) (Acceso: 23/03/2005)
24. Buscador: Google (En línea). [http://www Incidencia de Complicaciones en pacientes portadores de un estoma con dispositivo convexo.htm](http://www.Incidencia.de.Complicaciones.en.pacientes.portadores.de.un.estoma.con.dispositivo.convexo.htm) (Acceso: 23/02/2005).
25. Buscador: Google (En línea). [http://www lesionesperiestomales.htm](http://www.lesionesperiestomales.htm) (Acceso: 22/03/2005).
26. Buscador: Google (En línea). [http://www Mejorando la calidad de la atención médica Guía para los pacientes y las familias.htm](http://www.Mejorando.la.calidad.de.la.atención.médica.Guía.para.los.pacientes.y.las.familias.htm) (Acceso: 23/03/2005).
27. Buscador: Google (En línea). [http://www Modelo de actuación de enfermería, en atención primaria, para pacientes osmotizados.htm](http://www.Modelo.de.actuación.de.enfermería.en.atención.primaria.para.pacientes.osmotizados.htm) (Acceso: 22/03/2005).
28. Buscador: Google (En línea). [http://www Problemática actual del paciente con ostomía.htm](http://www.Problemática.actual.del.paciente.con.ostomía.htm) (Acceso: 22/03/2005).

XVI. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA

FORMULARIO

DATOS DE IDENTIFICACION

Nº Historia clínica: _____ Fecha de la Colostomía: _____

Edad: _____ años

Sexo: Femenino: ____ Masculino: ____

Procedencia: Urbana: ____ urbano-marginal: ____ Rural: ____

Estado Nutricional: Normal: ____ Bajo peso: ____ Sobrepeso: ____

Preoperatorio:

Dieta blanda: Si: ____ No: ____ Irrigación de intestino: Si: ____ No: ____; Evacuación del Intestino: Si: ____ No: ____; Antibióticos profilácticos: Si: ____ No: ____

Operatorio inmediato:

Hidratación parenteral: ____ Vendaje en extremidad inferior: ____, Sonda vesical; Sonda nasogástrica: ____ Antibiótico profiláctico: ____; Irrigación del intestino: ____.

Operatorio inmediato:

Hidratación parenteral: ____ Vendaje en extremidad inferior: ____, Sonda vesical; Sonda nasogástrica: ____ Antibiótico profiláctico: ____; Irrigación del intestino: ____.

Post-operatorio inmediato:

Control de Signos Vitales: Si: ____ No: ____

Infiltraciones: Si: ____ No: ____.

Técnica Quirúrgica según tiempo de permanencia:

Colostomía terminal: ____ Colostomía temporaria: ____

Tipo de colostomia según funcionalidad:

Descompresión: ___ Derivación: ___

Localización anatómica de la lesión:

Colon transverso: _____ Colon Descendente: _____ Colon ascendente: ___

Localización del estoma:

Se lo planeó antes de la cirugía: ___ En la cirugía: ___

Ubicación del estoma: Flanco derecho: ___ Flanco izquierdo: ___.

Causa de colostomía:

Traumatismos: ___ Enfermedad intestinal: ___ Obstrucción: ___ Neoplasia: ___

Manejo del paciente:

Médico residente: ___ Cirujano especialista: ___

Personal de enfermería:

Responde a las dudas sobre: Higiene del estoma: ___ Colocación del dispositivo: ___

Sistemas colectores: ___ Tipos de sistemas colectores: ___ Accesorios: ___ Protección cutánea: ___ Retirada del dispositivo: ___ Alimentación: ___ Dieta: ___

Antibioticoterapia: ___ Analgésicos: ___ Antiinflamatorios: ___ Dosis: ___ Tomas: ___.

Instruye al familiar del paciente sobre: Cuidado general: ___ Dieta: ___ Apoyo emocional: ___ Aseo del paciente: ___ Colocación del dispositivo: ___ Cambio del dispositivo: ___ Administración de medicamentos: ___ Reconocimiento de complicaciones: ___

Complicaciones inmediatas:

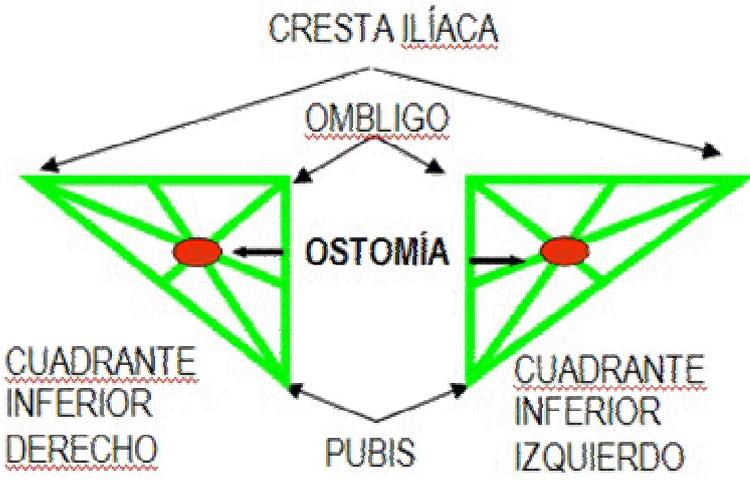
Edema: ___ Abscesos: ___ Necrosis del estoma: ___ Hemorragia: ___ Dehiscencia: ___.

Complicaciones tardías:

Dermatitis: ___, Hernia: ___, Estenosis: ___, Fístula: ___, Prolapso: ___.

ANEXO 2

UBICACIÓN RECOMENDADA DEL ESTOMA


Colostomía derecha o ascendente: cuadrante inferior derecho
Colostomía transversa; Cuadrante inferior derecho o izquierdo según el tramo de colon transversa que se aboque.
Colostomía izquierda o descendente: cuadrante inferior izquierdo.
En todos los casos, la ostomía debe estar a un mínimo de 5 cm. del pliegue inguinal para permitir que el adhesivo pueda adherirse sin problemas.

ANEXO 3

MATERIAL Y EQUIPO

SISTEMAS COLECTORES



Imagen 1

ACCESORIOS DE LOS SISTEMAS COLECTORES



Imagen 2

ANEXO 4

COMPLICACIONES INMEDIATAS

NECROSIS



Imagen 1

HEMORRAGIA



Imagen 2

DEHISCENCIA



Imagen 3

EDEMA



Imagen 4

FISTULIZACION



Imagen 5

EVISCERACION



Imagen 6

ANEXO 5

COMPLICACIONES TARDIAS

PROLAPSO



Imagen 7

ESTENOSIS



Imagen 8

GRANULOMA



Imagen 9

RETRACCION



Imagen 10

**DERMATITIS QUIMICA POR
CONTAMINACION DEL EFLUENTE**

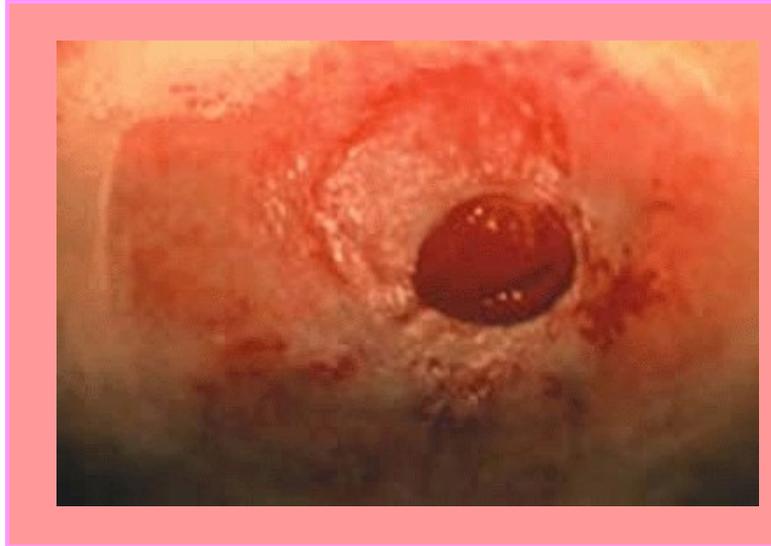


Imagen 11

**DERMATITIS ALÉRGICA
DE CONTACTO**



Imagen 12

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.