

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

ASIGNATURA: TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS.

TEMA: COLOSTOMIAS.

ALUMNO: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

SEXTO SEMESTRE.

CUARTA UNIDAD.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

COLOSTOMIAS

Una colostomía puede ser de corta duración (temporal) o de por vida (permanente) y se puede hacer en cualquier parte del colon. Los diferentes tipos de colostomías son en función del lugar del colon en el que se hacen.

El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Por lo general, el proceso de sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano).

Colostomías permanentes: Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la colostomía se considera permanente y no se espera cerrar en el futuro.

Colostomías transversas: Una colostomía transversal es uno de los tipos más comunes. Hay dos tipos de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca. La colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya sea en medio o hacia el costado derecho del cuerpo. Este tipo de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente. Algunos de los problemas que pueden surgir en el colon debido a una colostomía transversa incluyen:

- Diverticulitis (una inflamación de los divertículos que son pequeños sacos a lo largo del colon). Puede causar abscesos, cicatrización con constricciones (estrechamiento anormal) o ruptura del colon e infecciones en casos graves.
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Cáncer
- Obstrucción (bloqueo)
- Lesiones
- Defectos congénitos (de nacimiento)

Si hay problemas en la parte inferior del intestino grueso, ésta puede requerir reposo para su sanación. Puede realizarse una colostomía transversa para mantener la materia fecal fuera del área inflamada, infectada, enferma o recién operada del

colon, permitiendo así su sanación. Este tipo de colostomía generalmente es temporal. Dependiendo del proceso de sanación, la colostomía se requerirá por un lapso de varias semanas o meses, aunque tal vez hasta varios años. Si el colon sana con el pasar del tiempo, es probable que la colostomía se revierta quirúrgicamente (se cierra). Después de que la colostomía se revierte, usted tendrá una función intestinal normal. La colostomía transversa permanente se hace cuando la parte inferior del colon tiene que ser extirpada o puesta en reposo permanente; o si otros problemas de salud impiden que el paciente se someta a una cirugía mayor. Entonces la colostomía será la salida permanente de la materia fecal y no se cerrará en el futuro.

Colostomía transversa en asa: esta colostomía puede parecer una estoma muy grande, pero cuenta con dos aberturas. Una abertura expulsa la materia fecal, mientras que la otra expulsa mucosidad solamente. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido de los intestinos. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través de la estoma o del recto y el ano, lo cual es normal y esperado.

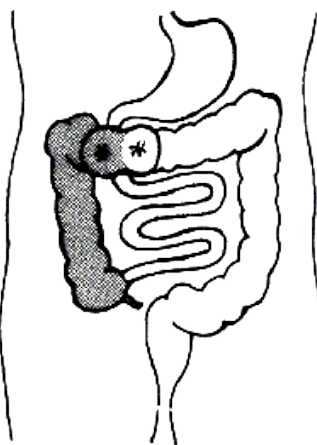


Figura 2

Colostomía transversa en asa

■ Porción activa del colon
□ Porción inactiva del colon

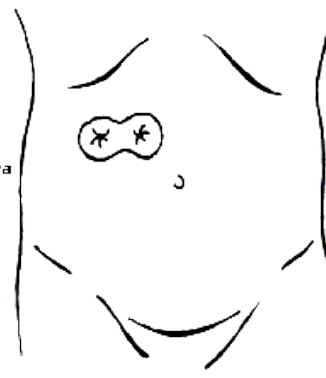


Figura 3

Colostomía transversa en asa

Colostomía transversa de doble boca: al crear una colostomía de doble boca, el cirujano divide el intestino completamente. Cada abertura es llevada a la superficie hacia un estoma separado. Puede o no que haya piel entre los dos estomas. También en este caso, una abertura expulsa la materia fecal y la otra solamente la

mucosidad (a este estoma más pequeño se le conoce como fístula mucosa). Algunas veces, el extremo de la parte inactiva del intestino se clausura mediante una costura y se deja dentro del abdomen. Entonces, queda solo un estoma. La mucosidad producida en la porción inactiva pasa a través del ano.

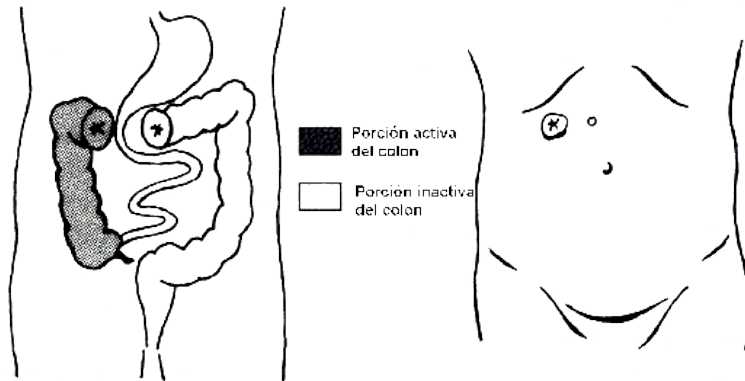


Figura 4
Colostomía transversa de doble boca

Figura 5
Colostomía transversa de doble boca

Cambios en la colostomía transversa recién creada

Después de la cirugía, puede que su colostomía quede cubierta por vendas o puede que se coloque una bolsa encima. El tipo de bolsa que se utiliza inmediatamente después de la cirugía es diferente al que usted usará en la casa. Antes de ver su colostomía por primera vez, recuerde que ésta estará muy hinchada tras la cirugía, y puede que también tenga moretones y puntadas. Si bien un estoma normalmente es húmedo y de color rosado o rojo, es posible que al principio tenga un color más oscuro. Su estoma cambiará notablemente conforme sane: se achicará y cualquier coloración se volverá más uniforme, quedando un estoma húmedo de color rojo o rosa. Esto puede tomar varias semanas.

En poco tiempo notará que aunque pueda sentir en qué momento va a expulsar materia fecal o gases por su colostomía, sin embargo, no podrá controlarlo. Su colostomía no tiene un músculo de esfínter que haga la función de válvula, como lo tiene el ano; por esta razón tendrá que usar una bolsa encima de su colostomía para recolectar la descarga. Ya sea la enfermera especialista en ostomías o su médico le ayudará a seleccionar el tipo de bolsa recolectora adecuado para usted. Esto también se aborda con más detalles en “Selección de un sistema de bolsa de colostomía”.

Control de la colostomía transversa: Cuando la colostomía se realiza en la mitad derecha del colon (la parte que está cerca al colon ascendente), solamente permanecerá activa la parte corta del colon que desemboca en la colostomía. La materia fecal que proviene de una colostomía transversa varía de persona a persona, e incluso de vez en vez. Algunas colostomías transversas descargan materia fecal con consistencia firme o pastosa a intervalos infrecuentes, pero la mayoría de estas se mueven frecuentemente expulsando materia fecal de consistencia suave o suelta (líquida).

Es importante saber que la materia fecal contiene enzimas digestivas (químicos que el cuerpo produce para desbaratar el alimento). Estas enzimas son muy irritantes para la piel, por lo que la piel adyacente debe estar protegida con una barrera cutánea.

Por lo general, no se recomienda intentar controlar la colostomía transversa con dietas especiales, medicinas, enemas o irrigaciones ya que generalmente no surten efecto. Con más frecuencia, se usa un sistema de bolsa recolectora encima de la colostomía transversa a todas horas. Éste consiste en una bolsa liviana con drenaje que colecta las evacuaciones y protege a la piel del contacto con la materia fecal. Esta bolsa por lo general no hace bulto, por lo que se puede ocultar debajo de la ropa.

Evacuaciones con una colostomía transversa

Una colostomía transversa expulsará materia fecal independientemente de lo que usted haga. Tenga en cuenta estos puntos:

- Un sistema de bolsa recolectora (también referido como dispositivo) para colostomía que sea adecuado para usted evitará que manche su ropa al ocurrir una evacuación.
- La consistencia de la materia fecal se ve afectada por lo que usted coma y beba.
- Los gases y el olor forman parte del proceso digestivo natural y no pueden prevenirse, aunque pueden ser controlados. Su bolsa le ayudará a controlar los olores.
- Vacíe la bolsa cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad para evitar que se llene mucho o que tenga fugas que mancharán la ropa. Lo ideal es organizar un espacio en el baño de su casa, y encontrar un baño cuando no esté en su casa, donde pueda vaciar su bolsa.
- Cambie el sistema de bolsa antes de que pueda haber una fuga. Lo ideal es no cambiar más de una vez al día y no menos de una vez cada tres o cuatro días.
- Los desechos que salen de la ostomía pueden irritar su piel. Usted puede ayudar a prevenir los problemas de la piel usando un sistema de bolsa que le quede bien y los suministros especiales para el cuidado de la ostomía.

Colostomía ascendente: La colostomía ascendente se coloca en el lado derecho del abdomen. En este caso, sólo una sección corta del colon permanece activa, lo cual implica que el producto será de una consistencia líquida y tendrá muchas enzimas digestivas. Será necesario usar una bolsa con drenaje a todas horas, y se tendrá que proteger la piel de los desechos. Este tipo de colostomía es poco común

puesto que, si la evacuación es líquida, con frecuencia resulta mejor realizar una ileostomía.

El cuidado de una colostomía ascendente es similar al cuidado de una colostomía transversa.

Colostomías descendentes y sigmoideas: Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen (figura 6). La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación.

La colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoide solo algunas pulgadas (centímetros) más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad.

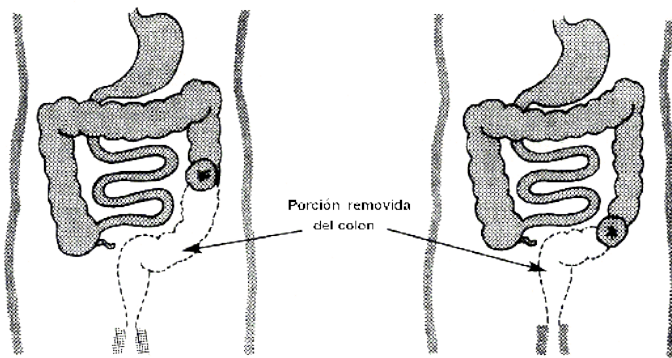


Figura 6
Colostomía descendente

Figura 7
Colostomía sigmoidea

Ambos tipos de colostomía, descendente y sigmoidea, pueden tener una o dos aberturas (de boca única o de doble boca). La colostomía de boca única, o colostomía terminal, es la más común. En el caso de la colostomía terminal, el estoma puede ser cosido al ras de la piel o bien puede hacerse un doblez invirtiendo la piel de adentro hacia afuera (similar a la parte superior de un calcetín).

Usted notará lo siguiente con una colostomía descendente o sigmoidea:

- Las heces fecales son más firmes o pastosas. No contiene tantas enzimas digestivas irritantes.
- Puede que la materia fecal se genere por reflejo en intervalos periódicos a horas esperadas. La evacuación ocurrirá después de que cierta cantidad de materia fecal se haya acumulado en el intestino, más arriba del punto de la colostomía. Puede que transcurran dos o tres días entre evacuaciones.
- Puede ocurrir derramamiento de materia fecal entre evacuaciones debido a que no hay un músculo que retenga la materia fecal. Muchas personas usan una bolsa ligera y desechable para prevenir accidentes.
- Sentir la necesidad de evacuar

(reflejo) ocurrirá de forma muy natural en algunas personas, mientras que otras pueden requerir un leve estímulo como un jugo, un café, una comida, un laxante suave o una irrigación.

Evacuaciones con una colostomía descendente o sigmoidea: Un movimiento intestinal a través de una colostomía ocurre naturalmente como un movimiento normal a través del ano. Pero a diferencia de la abertura anal, la colostomía no tiene nervios o un músculo de esfínter que pueda ayudar a detener el paso de la materia fecal. -Es necesario que usted use una bolsa para recolectar cualquier evacuación, ya sea que se trate de algo esperado o inesperado. Hay muchas bolsas de peso ligero que no se notan al usarse bajo la ropa que se adhieren a la piel alrededor de la colostomía y pueden usarse a todas horas, o solo conforme se necesite. - Para algunas personas, comer ciertos alimentos en horas específicas puede generar la evacuación en un momento que les resulta conveniente. Algunas personas solo emplean este método para mantener sus evacuaciones bajo un horario programado, mientras que otras optan por combinarlo con la irrigación.

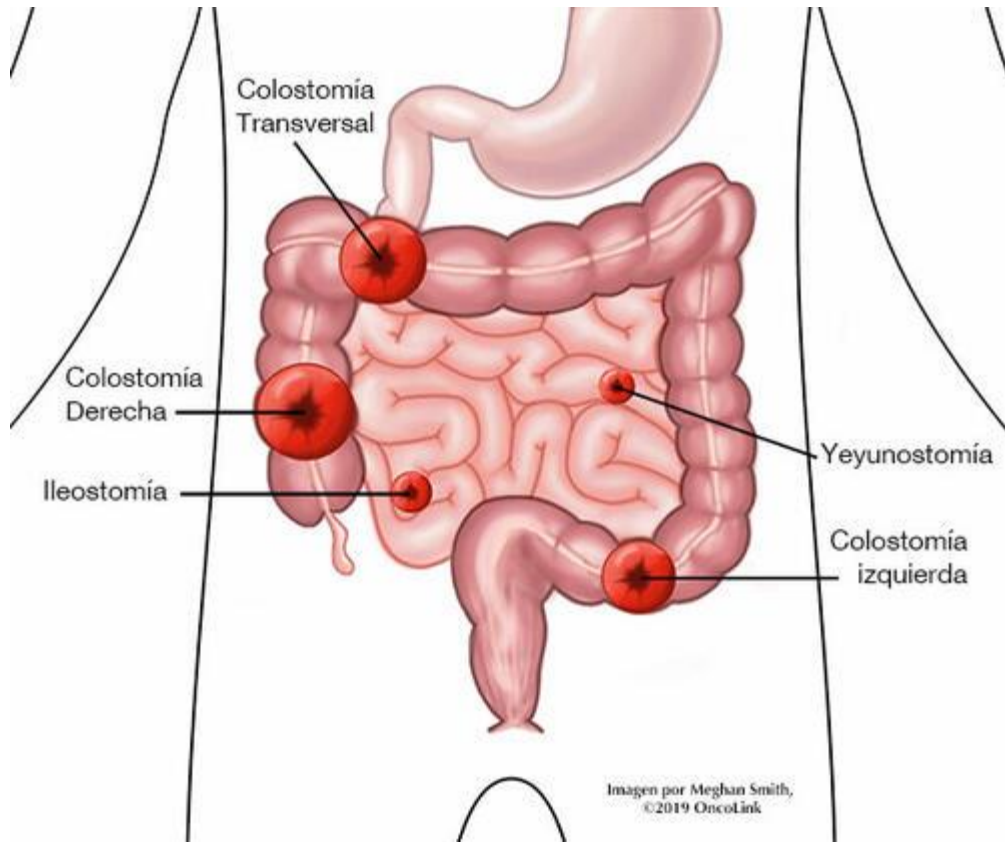
Estreñimiento o deposiciones blandas: Mucha gente cree que usted debe evacuar todos los días. En realidad, esto varía de persona a persona. Algunas personas evacuan de dos a tres veces por día, mientras que otras lo hacen solamente una vez cada dos o tres días, o incluso con menor frecuencia. Puede que tome algún tiempo tras la cirugía para determinar lo que sea normal para usted. Aunque muchas colostomías descendentes y sigmoideas pueden entrenarse para tener evacuaciones en intervalos regulares, hay otras en las cuales esto no es posible. El entrenamiento, con o sin estímulo, probablemente ocurra solamente en aquellas personas que ya tenían evacuaciones de forma habitual antes de enfermarse. Si las evacuaciones eran en intervalos irregulares en años anteriores, será muy difícil, o imposible, obtener una función colostomía predecible a intervalos de forma habitual. Algunas enfermedades como el colon espástico, colon irritable y algunos tipos de indigestión pueden ocasionar episodios de deposiciones blandas (o aguadas) o de estreñimiento.

Cerrar o revertir una colostomía

En el caso de que se planee cerrar su colostomía, el cirujano puede mencionarle que se va a “quitar” o “revertir” la colostomía en unas cuantas semanas o meses. Sin embargo, a veces el médico no trasmite estos planes. Lo ideal es hablar sobre estos asuntos con su cirujano antes de dejar el hospital para que usted sepa cuál es el plan y cuándo debe volver a su consultorio. Si usted ya está en casa y no recibió instrucciones, llame al consultorio del médico o a la clínica para informarse sobre las indicaciones del médico. Es su responsabilidad mantener la comunicación con el médico.

Hay muchas cosas que deben de tomarse en cuenta para decidir si se debe clausurar una colostomía, como:

- La razón por la que necesita la colostomía
- Si usted puede tolerar cirugía adicional
- Su salud desde la operación
- Otros problemas que pudieran haber surgido durante o tras la operación.



Bibliografía: American Cancer Society: Guía de colostomía.