

TÉCNICAS Y CUIDADOS DE OSTOMIAS

(YEYUNOSTOMIA E ILEOSTOMÍA) *Dr.*

*LINCOLN G. CASSIS**

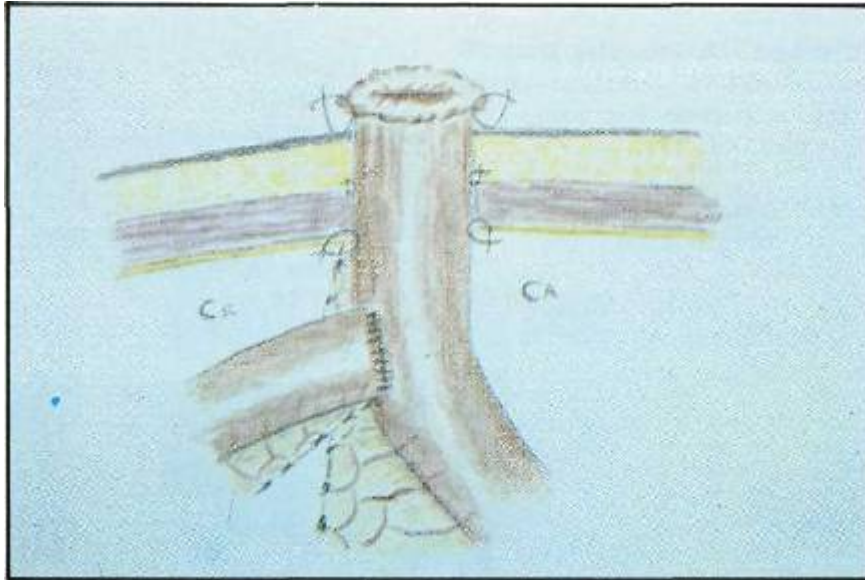


Figura No. 1.- Esquema de ostomía de intestino delgado *cbh* técnica en "Y de Roux" CR =Craneal CA=Caudal

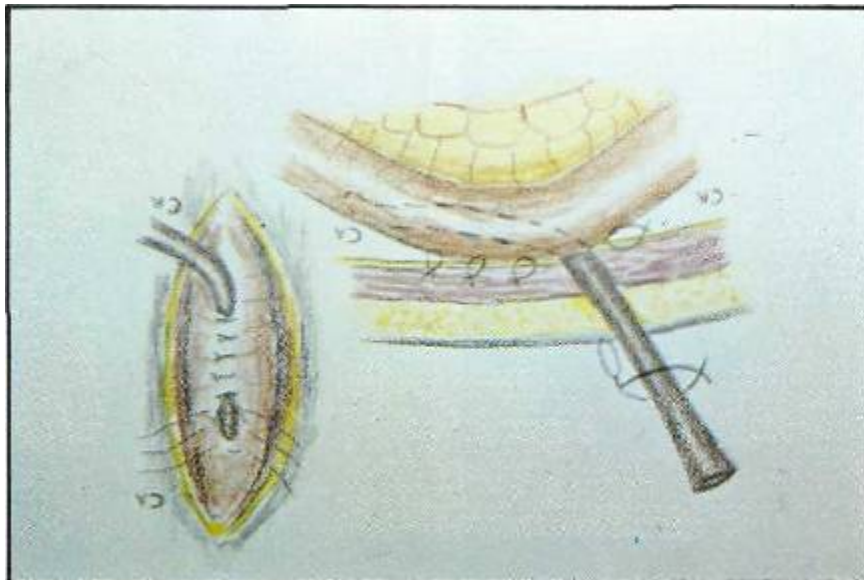


Figura No. 2.- Vistas lateral y anteroposterior de ostomía de intestino delgado con técnica de Witzel. CR =Craneal CA=Caudal.

* Cirujano Base Hospital-Escuela
Profesor Diagnóstico Quirúrgico-Facultad de Medicina U.N.A.H.

El objeto de esta breve exposición es llamar la atención sobre algunos puntos que consideramos importantes en la técnica y cuidado de las ostomías del intestino delgado. Creemos que su observancia puede resultar interesante para los cirujanos en formación.

No pretendemos con esta exposición agotar el tema. Repetimos que sólo señalaremos algunos aspectos importantes en la complejidad del problema, por eso nuestra presentación es casi esquemática.

La primera operación se efectuó en 1879 por Surmay de Havre a un paciente con Carcinoma gástrico. Posteriormente Witzel y Eiselsberg en 1895 describieron la técnica que ha tenido variantes ulteriores.

REQUISITOS:

- Buena Elaboración (Ubicación, Pared y Mesenterio, Tensión y Eversión).
- Cuidados y Mantenimiento
- Preparación Psicológica.

INDICACIONES:

YEYUNOSTOMIA

- a) Suministra descanso al estómago y sustituye en algunas ocasiones a la gastrostomía. (Condiciones inflamatorias, venenos y cáusticos, hemorragias, neoplasias de esófago y estómago).
- b) Con fines de alimentación.

ILEOSTOMIA.

Condiciones patológicas de intestino delgado (prox) y grueso (distal).

1. Derivación a través de un tubo p sonda. (generalmente transitorias)

Técnicas Habituales - Witzel, Coffey, Stamp.

OBSERVACIONES:

- a) La anestesia debe ser preferiblemente general, y de suficiente profundidad para que relaje la pared abdominal.
- b) El asa que se use debe tener suficiente longitud a partir del ángulo de Treitz para que permita su libre movilización hasta la pared abdominal - Generalmente pueden bastar 15 cms.
- c) Se recomienda el uso de la técnica de Witzel que ha demostrado ser más segura. Con cualquier técnica puede ocurrir obstrucción intestinal al retirar la sonda.
- d) La sonda debe dirigirse en dirección caudal; esta posición evitará la posibilidad de permanencia de una fístula enterocutánea al retirar la sonda ya que "El Canal" quedará en la misma dirección del tránsito del contenido intestinal.
- e) No se recomiendan las técnicas que no fijan el asa a la pared abdominal. Sin embargo, cuando este proceder sea necesario en pacientes muy graves, se deberá tener el cuidado de sacar la sonda atravesando el epiplón mayor y fijar la sonda en la piel fraccionando el asa a la pared. (Tener cuidado que la presión no sea demasiado y provoque necrosis).

f) La fijación de la Serosa a la pared con puntos muy profundos en el intestino, puede ocasionar fístula.

2. Derivación abocando el asa a la, pared. (Generalmente definitivo)

Técnicas Habituales - Asa desfuncionalizada.

- (1) Operación de Mayo y de Roux
- (2) Albert Mayo Robson
- (3) Simple extracción de asa.

OBSERVACIONES:

- a) Escoger previamente el sitio de la pared donde se colocará la ostomía, especialmente en pacientes obesos o pacientes con pliegues cutáneos muy marcados.
- b) Evitar la relación del estoma prominencias óseas como espaldas ilíacas, pubis, reborde costal, o con depresiones, especialmente la de la cintura. En estos últimos casos dificultará el uso del cinturón o la adhesión de aditamentos a la piel.
- c) Preferiblemente sacar el estoma por contrabertura y a través del plano muscular, y no en áreas exclusivamente aponeuróticas como la línea alba y el borde externo de los rectos. Estos puntos son propensos a producir mayores complicaciones como hernias, eventración y estrangulación.
- d) El orificio para extraer el intestino no debe ser hecho con una herida lineal, sino con la extirpación de un círculo de

- piel, aponeurosis superficial y profunda y peritoneo en un diámetro aproximado de 2.5 cms. y que permita el paso de dos dedos.
- e) El segmento de intestino a extraer debe probarse que pueda exteriorizarse unos 6.7 cms. libremente sin provocar tensión. Esta prueba debe efectuarse a través de la laparotomía y no por el orificio del estoma.
- f) El asa debe quedar de 2.5 a 4 cms. exteriorizada, ya que esta longitud permite una buena eversión de la mucosa. Longitudes mayores o menores tienden a producir más complicaciones. Los norteamericanos recomiendan 1.25 a 1,8 cms. y los europeos 2.5 ó 5 cms.
- g) Debe cuidarse que de esa longitud del intestino exteriorizado, no más de 2. cms. a distal quede sin su arteria marginal. Privar una porción mayor de su irrigación puede conducir a necrosis de los bordes.
- h) Preferiblemente el asa que se extraiga no debe tener patología evidente.
- i) Debe fijarse el mesenterio para que el asa no tenga tendencia al prolapso.
- j) El asa exteriorizada deberá tener su borde mesentérico dirigido en sentido craneal para evitar la torsión de la misma.
- k) La mucosa del asa exteriorizada deberá suturarse a la piel. Esto evita el contacto del contenido intestinal con la serosa de este segmento y las probables filtraciones (Serositis).
- 1) Pueden ser necesarios o convenientes puntos de sostén en el asa proximal y distal fijándola a peritoneo para evitar la posibilidad de desplazamientos del asa y la posibilidad de obstrucción por angulación.
- ### 3. MANEJO
- a) Preparación psicológica Pre y Postoperatoria. Si es permanente o transitoria. Sus efectos con relación al trabajo, su familia, el cónyuge, limitaciones físicas, relaciones sexuales y otros.
- b) Hacer control de electrolitos en el post-operatorio temprano cuando suelen existir alteraciones.
- c) Administrar dieta pobre en residuos; reduce la frecuencia de vómitos y diarrea.
- d) Si existe derrame o fístula evidente será necesario la revisión quirúrgica.
- e) Puede existir obstrucción intestinal temprana o tardía. En el primer caso puede ser causada por edema de la mucosa o acodamiento del asa {recordar puntos de sostén del asa al peritoneo y de fijación del mesenterio). Esta situación podrá resolverse intentando pasar una sonda con cuidado y suavidad o practicar un lavado o irrigación del asa con solución salina.
- f) Si la obstrucción persiste o se presenta tardíamente, la mejor medida será la exploración y reubicación de la Ileostomía.
- Evitar la dilatación digital del estoma, sobre todo en etapas tempranas, ya que más que beneficios puede precipitar complicaciones.
- h) La protección de la piel circundante puede efectuarse con material aislante. El uso de las bolsas descartables es aconsejable desde el inicio y suprimirlas después que la ostomía haya madurado. Se puede utilizar goma tragacanto, aceite de bacalao (Desitin), pomadas con corticoides solos o con antimicrobianos o antimicóticos. También es posible utilizar cinta adhesiva o esparadrapo. Dependerá de disponibilidad, tolerancia y preferencia.
- i) La retracción o prolapso dependerán de la fijación del mesenterio y del asa a la pared.
- j) Aunque a nivel del Yeyuno no hay mal olor, es posible que sea necesario utilizar desodorantes locales: tabletas especiales (animas cuaternarias) tabletas de aspirina (en las bolsas y curaciones), soluciones de clorofila, perfumes. Orales: Compuestos de bismuto (bicarbonato de bismuto 1 cucharadita T. I. D.), clorofila, dieta.
- k) Enseñar al paciente el manejo por sí mismo del estoma; no depender de la enfermera para curación, darle material para que se haga el aseo local.

4. OTROS ASPECTOS:

Talvez por la relativa poca frecuencia con que enfrentamos estos problemas es que su manejo no siempre es el más adecuado. Sin embargo, cada vez es mayor el número de personas que requieren este recurso quirúrgico para solucionar diversas situaciones nosológicas, ya sea en forma transitoria o definitiva, con fines paleativos o curativos. Esta situación nos obligará en un momento dado a pensar en la utilización de otros recursos para el adecuado

manejo de aditamentos permanentes, y de contar con personal médico y de enfermería "Especialista en Cuidados de Enterostomías". Creemos que las "Sociedades de Ostomizados" todavía están lejos de verse en nuestro medio.

REFERENCIAS

- 1) Thorek, Max: Surgery fo the intestines. Modern Surgical Technic Vol. 3 Pag. 1916. Second Edition. J.B. Lippincott Company.
- 2)Turnbunel: Ileostomy, Techniques and indications For Surgery. Review of Surgery, September-October, 1966.
- 3) Dr. Lyons, A.S., Enfermera Graduada Brockmeir, M.J. Cuidados en el Funcionamiento de la Ileostomía Clínicas Quirúrgicas de N.A. Agosto 1972.
- 4) Grenler,H.B. Surgeru of the Small and Large Intestine. Cap. 6 pag. 84.