

## CAPITULO I.

### *Datos Históricos*

Para observar el desarrollo y adelantos que ha tenido la medicina sobre el tema que estamos abordando, es necesario describir brevemente lo ocurrido hasta la época actual.

Desde la remota antigüedad se han tomado datos sobre colostomía, los cuales eran producidos por lesiones accidentales del intestino.

Los datos obtenidos de colostomía producido por lesiones accidentales del intestino son los mencionados en la Biblia, lo cual nos relata lo siguiente:

**"EHUD APUÑALEO A EGLON, REY DE MOAD Y LA SUCIEDAD SE LE SALIA Y SE MURIO".**

PRAXAGUROS recomendaba para curar el ileon hacer una abertura en la pared abdominal, abrir el intestino, evacuar el contenido y cerrar luego vísceras y cavidad abdominal.

1710.— El cirujano francés Litte, preconizó deliberadamente el empleo de la colostomía en el tratamiento de oclusión intestinal, aconsejando tratamiento quirúrgico para un niño el cual tiene ano imperforado, sin embargo, la intervención no se realizó con éxito.

1763.— DUCENT por primera vez efectúa una colostomía lumbar izquierda con el fin de corregir la imperforación del ano en una criatura.

1776.— PELLORE trata quirúrgicamente a un paciente el cual sufría de carcinoma del recto, dicha intervención se realizó con éxito, logrando que el paciente sobreviviera un mes.

1793.— DURET efectuó la primera sigmoidectomía con buen resultado.

1797.— FINE en Ginebra efectuó la primera colostomía del colon transverso, dicha colostomía fue efectuada por error, creyendo que hacía una ilioestomía. Dicho error se descubrió al efectuar la autopsia en este paciente.

1815.— FIRUE de Burmengnam fue el primero que efectuó la colostomía en Inglaterra.

1826.— LISPRANE realizó con éxito la primera operación quirúrgica del intestino grueso, la cual correspondió a la extirpación total de un cáncer del recto.

1833.— REYBORD, efectuó con buenos resultados una resección seguida de anastomosis, por cáncer del colon.

1839.— AMUSSAT comprobó después de diversos estudios anatómicos que era posible la colostomía por vía lumbar izquierda, sin penetrar en la cavidad peritoneal y la recomendó para cáncer del recto.

1879.— BELLROTH reseccó a asa sigmoideal y dispuso el extremo proximal del intestino como una colostomía abierta.

1885.— KRASKE añadió a la intervención quirúrgica del intestino

grueso la extirpación total de un cáncer del recto, la incisión del coxis y parte del sacro.

1887.— ALLENGHAN demostró las ventajas de la colostomía inguinal que, junto con otras operaciones semejantes, vino a sustituir a la operación lumbar.

1890.— F. T. PAUL descubrió un tubo de vidrio que permita al cirujano abrir inmediatamente el intestino cuando éste fuera necesario.

Con posterioridad los cirujanos han seguido dos formas diferentes de actuar en el cáncer del colon, la primera corresponde a la resección y anastomosis primitiva, la segunda tendía a estercorizar la lesión obstructora y resecarla por fuera de la pared abdominal; de esta forma se eliminaba casi por completo la mortalidad por peritonitis.

BIERMANN Y TOCKER hicieron una encuesta entre 250 pacientes colostomizados e ileostomizados de Wechekansa Kuer la cual cuenta con 7 clubes de colostomía que se dividen en 16 sub-grupos, la encuesta inquiría desde el punto de vista de los pacientes, y posibles soluciones a los problemas psicológicos, funcionales y físicos que la operación les causa.

Como podía esperarse, la mayoría de los colostomizados eran de mayor edad que la de los ileostomizados, al tiempo de operarse. Esto resulta del hecho en que la mayoría de las colostomías estuvieron indicadas por lesiones malignas en la porción distal del intestino grueso. Un considerable porcentaje de pacientes del 12-14% no fueron informados o no entendieron que la operación podría dejarles "el intestino por fuera" más de dos terceras partes de ellos creían que esta cirugía los había incapacitado; en vista de este resultado los pacientes fueron detalladamente informados en el procedimiento quirúrgico y de sus posibilidades de complicación. Fue notable que el 8% de los pacientes obtuvieron información adecuada de las enfermeras, contra 53% de ellos que la obtuvieron de otros pacientes. Esto indica que la enfermera debe estar bien documentada sobre los cuidados que requiere un enfermo colostomizado.

Las complicaciones de la colostomía varían de ninguna, a una o varias, las cuales son:

Problemas de la piel, afectaron al 47% de los colostomizados y el 74% de los ileostomizados.

La diarrea fue un problema para el 58% de los colostomizados y el 41% de los ileostomizados (cuyas evacuaciones son siempre fluidas).

El gas fue un problema en un 34% de los colostomizados y un 6% ileostomizados, 84% de los colostomizados tenían la boca de colostomía al lado izquierdo. El 90% de los casos el médico recomendó irrigaciones, esto nos dio un marcado contraste con la situación, en Europa donde la irrigación es menos frecuentemente practicada. La mayoría de los colostomizados irrigaban la boca de colostomía diariamente, adquiriendo una hora o más para ello, la cantidad promedio de líquido usado para irrigación fue sobre 2 litros, muchos de los pacientes usaban una mamila de hule, le practicaban un agujero en la punta de la mamila y el cateter lubricado pasaba a través de ella con lo cual queda perfectamente adherido a la boca de la colostomía, esto permite refluo prematuro del líquido de irrigación y cuando ha pasado la cantidad de líquido deseado, el cateter y la mamila pueden ser removidos.

La dilatación de ésta fue recomendada por el médico en un 56% de los pacientes, 44% dilataban la boca diariamente.

Es generalmente aceptado que un paciente con una ilioestomía recientemente practicada no debe dejar la sala de operaciones sin una bolsa adecuadamente aplicada a la boca de la colostomía ya sea de tipo permanente o temporal.

La presencia de olor y su control, fue un problema significativo. El olor es generalmente causado por unos alimentos o bacterias, el olor causado por las bacterias es el más ofensivo. La descarga fresca de una ilioestomía generalmente no es repelente, siendo esto porque las bacterias no han tenido tiempo de multiplicarse; muchos de los pacientes controlan el crecimiento bacteriano poniendo tabletas de cloral, benzoato de sodio o aspirinas, además todos estos pacientes se privaban de comer ciertos alimentos que pudieran aumentar el mal olor, así mismo comían ramas de berro, espinaca o lechuga o bien tabletas de clorafeína o carbón activado, para ayudar a deorizar la evacuación ileal.

El 87% con problemas en la piel usaban polvo en las escoriaciones y en casi todos los casos era de goma de karalla (la karalla producida en la India Paquistana y Africa, es la goma extraída de la Sterculia Ureus Roxb y otras especies) ejercen una influencia protectora sobre una superficie de piel sometida al roce continuo.

En la actualidad ha sido sustituida casi totalmente la resección con anastomosis excepto para las heridas del colon, en las cuales el tratamiento de elección es la exteriorización, también se utiliza para algunos casos de perforación secundaria a diverticulitis o cáncer.

Efectuada la colostomía, se recomienda aplicar alrededor de esta poma de óxido de zinc, que evita la irritación producida por los productos de desecho y el roce continuo de la bolsa (de colostomía) sobre la piel.