

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
QUIRÚRGICO PARA CIERRE
DE COLOSTOMÍA**

PROTOCOLO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICO PARA CIERRE DE COLOSTOMÍA

INTRODUCCIÓN

El cierre de la colostomía está asociado a importantes tasas de morbilidad (55%) y complicaciones como las fugas anastomóticas, estancias hospitalarias prolongadas y una mortalidad operatoria de hasta el 10%. Debido a las altas morbilidad y mortalidad asociadas con el cierre de una colostomía, hasta en un 30% de los pacientes no es posible restituir el tránsito intestinal y permanecen con una colostomía definitiva.

Estos pacientes pueden tener más de una cirugía después de la realización de colostomía debido al proceso infeccioso. Lo anterior es causa de que el cierre de colostomía sea un reto para el cirujano.

Actualmente, con el uso de sutura mecánica, las anastomosis suelen ser más rápidas y requieren menor tiempo operatorio, lo que ayuda a reducir las morbilidades asociadas a cirugías largas.

El tiempo recomendado para restituir el tránsito intestinal es de 8 a 12 semanas; sin embargo, se debe relacionar con otros factores, como la resolución del proceso inflamatorio inicial, la enfermedad de base y el estado general del paciente.

Los procedimientos de colostomía y cierre de colostomía se asocian a pacientes con traumas penetrantes en abdomen, en aquellos que presentan perforaciones de recto, diverticulitis y cáncer. La práctica de cierre de colostomía siguiendo una rigurosa técnica quirúrgica puede disminuir la incidencia de fuga de la zona de anastomosis, las medidas para evitar infección del sitio de la herida y observar los tiempos para el cierre constituyen componentes esenciales que demandan de claros estándares, se requerirá educar al paciente para que pueda adaptarse a los cambios en su estilo de vida.

1. OBJETIVO

Estandarizar el conjunto de directrices requeridas para el cierre de colostomía, asegurando rehabilitación digestiva y retorno a las actividades habituales del paciente.

2. DEFINICION

Cierre de colostomía: procedimiento quirúrgico que cierra una apertura quirúrgica previa que conecta al colon con la superficie del cuerpo.

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos y médicas generales, especialistas en cirugía, medicina interna y medicina familiar; enfermeros y enfermeras.

4. POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes que requieran de un cierre de colostomía y procuren cuidados médicos y tratamiento quirúrgico para tal fin.

5. DIAGNÓSTICO

5.1 Pruebas de laboratorio:

Hemograma, tiempo de coagulación (TC), VDRL, glicemia, tiempo de sangría (TS), tiempo de protrombina (TP), VIH, tiempo parcial de tromboplastina (TPT), HbsAg, tipificación sanguínea, HVC, uroanálisis, urea y creatinina.

5.2 Estudios complementarios e imágenes:

- a) Radiografía de tórax PA
- b) Electrocardiograma (EKG)
- c) Colon baritado y/o colonoscopia
- d) En caso de una colostomía por cáncer, será realizada al paciente una tomografía para buscar recidiva o metástasis.

6. CRITERIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- a) Paciente con colostomía abierta o que requiera recanalizar su intestino, tras haber sido corregidas las condiciones que motivaron la colostomía se decide realizar cierre.
- b) Paciente preparado y programado para cirugía, con expediente completo.
- c) Procedimiento administrativo de admisión para hospitalización realizado.
- d) Paciente ingresado el día anterior a la realización del procedimiento, a fin de preparar colon.
- e) Preparación del paciente hospitalizado de acuerdo a los siguientes requerimientos:

Ingreso	Solución mixta al 0.9%	42 gotas por minuto, agregando una ampolla de 20m Eq de cloruro de potasio
	Enemas evacuantes	Al ingreso A las 6 horas de ingreso A las 12 horas de ingreso

Esquema profiláctico	Cefazolina	1 g EV \leq 60 minutos antes de la intervención.
	Heparina bajo peso molecular	0.6 Mcg, 6 horas posterior a la cirugía

7. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

7.1 Descripción del proceso quirúrgico.

- Paso 1. Recepción del paciente y verificación de programación de cirugía.
- Paso 2. Chequeo de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- Paso 3. Verificar que el consentimiento informado está firmado.
- Paso 4. Comprobar la existencia del informe pre anestésico.
- Paso 5. Procedimiento de revisión por parte de Anestesiología del cumplimiento de los requisitos pre quirúrgicos.
- Paso 6. Traslado del paciente al quirófano desde el área prequirúrgica.
- Paso 7. Colocación correcta del paciente en la cama quirúrgica.
- Paso 8. Procedimiento de asepsia y antisepsia.
- Paso 9. Procedimiento de control de la anestesia y las medidas oportunas para mantener las constantes vitales del paciente.

Paso 10. Realización del procedimiento quirúrgico.

Paso 11. Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención deberá completar la descripción quirúrgica.

7.2. Descripción del procedimiento quirúrgico de cierre de colostomía:

1. En algunos casos, la incisión de abordaje se limitará a separar la colostomía y la fístula mucosa de la pared, porque ambas están en contacto. En otros casos, se requerirá una incisión que generalmente es en línea media supra y/o infraumbilical.
2. Se resecan los extremos del colon que suelen estar algo fibrosados por estar adheridos a la pared. Se procede a unir los extremos del colon con la grapadora utilizada para esos fines. Si el cirujano así lo prefiere, podrá asegurar la anastomosis con algunos puntos de sutura de hilo de seda 2-0. Se revisan los resultados. Se procura no dejar una posible trampa para una hernia interna y se deja un drenaje próximo al área de la anastomosis, pero no en contacto con ésta.
3. Luego de realizar la técnica quirúrgica, se procederá a cerrar la herida quirúrgica por planos anatómicos, con los hilos de sutura correspondientes a cada uno.

Nota: *Cuando, por el estado pre quirúrgico de salud del paciente o por el tipo de intervención quirúrgica a la que deba ser sometido, se prevea una transfusión sanguínea, serán tomadas todas las medidas necesarias para su correcta realización.*

a. Cuidados durante la realización del procedimiento:

1. Control de hemorragias.
2. Controlar una posible contaminación desde la colostomía.
3. A menudo son detectadas bridas intestinales o adherencias, que muchas veces deberán ser liberadas.
4. Es preciso cerciorarse de que la irrigación de los segmentos anastomosados sea la adecuada.
5. La anastomosis deberá ser de un diámetro adecuado, igual o un poco mayor al del colon en la zona operada. No deberá estar torcida ni tensa.
6. No colocar el drenaje en contacto directo con la anastomosis.

b. Cuidados en la Unidad de Recuperación Pos anestésica:
El anestesiólogo:

1. Vigilara el estado hemodinámico y alerta del paciente, así como cualquier signo de efecto secundario.
2. Decidirá el momento oportuno para trasladar al paciente a la Unidad de Recuperación Pos anestésica (URPA).
3. Decidirá el momento oportuno para traslado del paciente.

c. Cuidados y manejos posquirúrgicos:

Los médicos del área y personal del departamento de Enfermería se encargarán de:

1. Vigilar los signos vitales cada hora durante las primeras cuatro horas. Si los signos vitales del paciente se mantienen estables, dicha revisión será efectuada cada cuatro horas.
2. Administrar los medicamentos prescritos en cada caso.
3. El paciente será mantenido sin dieta oral, hasta tanto se compruebe una actividad intestinal adecuada, que se evidenciará por: peristalsis audible, ausencia de vómitos y distensión abdominal, disminución del dolor, expulsión de flatos o de materia fecal más sólida. En los casos en que se haya utilizado una sonda nasogástrica, estos serán también los elementos a considerar para su retiro.
4. Será requerida la movilización de los miembros inferiores del paciente y la deambulación temprana.
5. Se supervisará la actividad de la sonda vesical y posibles escapes de orina. La sonda podrá ser retirada al día siguiente de la intervención, si la evolución del paciente es favorable.

i. Esquema de hidratación.

Primeras 24 horas	Lactato de Ringer o solución salina al 0.9%	3000 ml., dosis de infusión ajustada de acuerdo a función renal.
Mantenimiento	Lactato de Ringer, o solución salina al 0.9%, o solución mixta al 0.9%, o Dextrosa al 5%	Infusión ajustada a equilibrio entre ingesta oral y parenteral.

ii. Esquema para uso de antibióticos.

Esquema para cirugía contaminada o complicación infecciosa	Ceftriaxona, 1 gr EV cada 24 horas. Metronidazol: 500 mg EV cada 8 horas ó Ertapenem 1g EV cada 24 horas	Manejar esquema empírico y según resultado de cultivo
--	---	---

iii. Analgésicos

- a) Dexketoprofeno: 50 mg EV cada ocho horas.
- b) Ketorolaco: 30 mg cada ocho horas.
- c) Nalbufina: 10 mg EV cada seis horas
- d) Diclofenaco: 75 mg IM cada 8 horas

iv. Protectores gástricos

a) Omeprazole b) Esomeprazole c) Pantoprazole	40 mg cada 24 horas. Si hay riesgo de úlcera, el medicamento debe ser administrado en la misma cantidad cada 12 horas.
d) Metoclopramida	5 mg EV cada 8 horas ó a criterio del cirujano.

d. Registro del procedimiento:

- a) Llenar la hoja de descripción de procedimientos y anexar al expediente.
- b) Anotar el procedimiento en el libro de patología (biopsias).
- c) Actualizar historia clínica.

8. INGRESO Y MANEJO DEL PACIENTE EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

Además de las tareas asistenciales, el personal de Enfermería se encargará de:

- a) Custodiar y complementar el expediente del paciente durante su estancia en el servicio.
- b) Enviar el expediente junto al paciente cuando éste sea trasladado de Unidad.

8.1. Pautas para el manejo del paciente en sala:

- a) Suministrar el tratamiento (de primera elección y alternativo).
- b) Actualización y revisión continua del expediente clínico.
- c) Si el caso lo amerita, solicitar atención al paciente por interconsulta
- d) Coordinar seguimiento entre interconsultas.

9. CRITERIOS DE EGRESO

- a) Paciente clínicamente estable.
- b) Tolerancia a dieta oral.
- c) Evacuaciones y flatulencias regulares
- d) Peristalsis adecuada.
- e) Ausencia de distensión, fiebre o leucocitosis.
- f) Autorización del servicio de Cirugía.
- g) Descripción del manejo ambulatorio.
- h) Obtención del resultado histopatológico.

10. INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES

En intervenciones prolongadas o cuando el tiempo estimado para el acto quirúrgico exceda el previsto inicialmente, un miembro del personal de Enfermería contactará a los familiares del paciente, a fin de informarles sobre la marcha del procedimiento.

Al finalizar el acto quirúrgico, el cirujano de la intervención debe informar al paciente y a sus familiares acerca del resultado del mismo.

Al momento del egreso, el médico tratante informará al paciente y a sus familiares sobre:

- 1) **Medidas preventivas:**
 - a) Cuidado de la herida (cura)
- 2) **Informe sobre el procedimiento realizado:**
 - a) Cierre de colostomía temporal o definitiva
- 3) **Recomendaciones nutricionales y utilización de medicamentos:**
 - a) Dieta rica en fibras y buena hidratación. Los fármacos prescritos deberán ser administrados en las dosis indicadas en la receta médica.
- 4) **Informar sobre posibles signos y síntomas de alarma en el postoperatorio que requieren de atención médica:**
 - a) Fiebre
 - b) Secreciones a través de la herida
 - c) Vómitos
 - d) Escapes de secreción intestinal por el drenaje
 - e) Dolor o molestia abdominal
 - f) Malestar general
 - g) Dificultad respiratoria
- 5) **Próxima cita: entre ocho y doce días luego del egreso.**

11. ALGORITMO DEL PROCESO PARA CIERRE DE COLOSTOMIA



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Técnica para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía MSP/VGC-GT01-15, Santo Domingo, República Dominicana, 2015.
2. Alessandro M. Cubriendo íleo o colostomía en la resección anterior de carcinoma de recto, Cochrane Library, May 2010.
3. Correa Martinez A, Bengtsson J, Eriksson M, Hjalmarsson Y, Palmqvist E, Sjögren P, Jivegård L. End colostomía - con o sin refuerzo de malla. Gotemburgo: El centro de evaluación de tecnologías sanitarias regionales, 2013: 62. 2013.
4. Pachler J, Wille-Jorgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12 CD004323. [PubMed]
5. Pocket guide to the operating room / Maxine A. Goldman. 3rd ed. p.; cm. Includes Surgical Equipment-Handbooks. WO 39 G6193p 2008]. RD32.3.G65 2008
6. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (2010) Medical Device Alert: Medical devices in general and non-medical products (MDA/2010/001).

7. Pitman D, Las complicaciones del cierre de colostomía. Dis Colon Recto. 1985 Nov; 28 (11): 836-43.
8. Guidelines for the Bowel Care of Patients with a Colostomy or Ileostomy, 2009.
9. The Cleveland Clinic Foundation (2013). Colostomy: Treatments and Procedures. Artículo visto Febrero 12, 2014 http://my.clevelandclinic.org/disorders/colorectal_cancer/hic_colostomy.aspx.