



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO AUTÓNOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES  
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

## **COMPLICACIONES LOCALES TEMPRANAS DE OSTOMIAS INTESTINALES**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Autor: Zener José Páez Milano

Tutor: Alfredo Ramírez

Cotutor: Ramón Vergara

Mérida – Venezuela, 2021



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO AUTÓNOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES  
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

## **COMPLICACIONES LOCALES TEMPRANAS DE OSTOMIAS INTESTINALES**

(Trabajo especial de grado para optar al título de Cirujano General)

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Autor: Zener José Páez Milano

Tutor: Alfredo Ramírez

Cotutor: Ramón Vergara

Mérida – Venezuela, 2021

AUTOR:

Zener José Páez Milano

- Médico Cirujano 2013. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. San Juan de los Morros, Estado Guárico, Venezuela.
- Residente de cuarto año de Cirugía General. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida. Venezuela.

TUTOR:

Alfredo Ramírez

- Médico Cirujano 2009. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela
- Especialista en Cirugía General 2016. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela
- Cirugía Hepatobiliar y Pancreática 2018. Hospital Coromoto. Maracaibo, Estado Zulia.
- Profesor Asistente de la Catedra de Cirugía. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- Adjunto del Servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

CO-TUTOR.

Ramón Vergara.

- Médico Cirujano 2009. Universidad de los Andes. Mérida Venezuela.
- Cirujano General 2016. Universidad de los Andes - Mérida Venezuela.
- Especialista en Coloproctología. Centro Medico Docente la Trinidad. Caracas Venezuela 2020.
- Adjunto del Servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	10
<b>1.1 Formulación y delimitación del problema</b> .....	12
<b>1.2 Justificación e importancia</b> .....	13
<b>MARCO TEORICO</b> .....	15
<b>2.1 Antecedentes</b> .....	15
<b>2.3 Definición de términos</b> .....	17
<b>CAPITULO III</b> .....	20
<b>MARCO METODOLOGICO.</b> .....	20
<b>3.1 Tipo y diseño de investigación.</b> .....	20
<b>3.2 Población y muestra</b> .....	20
<b>3.3 Criterios de inclusión</b> .....	20
<b>3.4 Criterios de exclusión.</b> .....	20
<b>3.5 Sistema de variables</b> .....	21
<b>3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.</b> .....	21
<b>3,7 Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos</b> .....	21
<b>3.8 Materiales y Equipos.</b> .....	22
<b>3.9 Instrumentos.</b> .....	22
<b>3.10 Análisis de resultados</b> .....	22
<b>3.12 Cronograma de actividades</b> .....	23
<b>CAPITULO IV</b> .....	24
<b>RESULTADOS</b> .....	24
<b>4.1 Presentación de los resultados</b> .....	24
<b>CAPITULO V</b> .....	38
<b>DISCUSION.</b> .....	38
<b>CAPITULO VI</b> .....	42
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b> .....	42
<b>6.1 Conclusiones</b> .....	42

<b>6.2 Recomendaciones.....</b>	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>44</b>
<b>APENDICE A.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>47</b>

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Año de la Cirugía. Pacientes con Ostomía intestinal que presentaron complicaciones. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	24
Grafico 2. Grupo de edad y Género. Pacientes con Ostomía intestinal y complicación. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.....	25
Grafico .....	25
3. Comorbilidades y hábitos Psicobiológicos de Pacientes a quienes se realizó Ostomía intestinal y presentaron complicaciones. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	25
Grafico 4. Tipo de Cirugía. Pacientes con Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	26
Grafico 5. Tipo de Ostomía realizado en el Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	26
Grafico 6. Tipo de ostomía confeccionada servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	27
Tabla 1. Segmento de intestino exteriorizado. Pacientes con Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	27
Grafico 7. Abordaje a cavidad para realizar Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía .....	28
General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	28
Grafico 8. Realización de Marcaje previo para ubicar la Ostomía intestinal en pared abdominal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	29
Grafico 9. Año que cursa el Residente que realizo la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.....	29
Grafico 10. Complicaciones presentadas por la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021. ....	30
Grafico 11. Relación de la causa con el año que cursa el residente que realizo la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.....	31

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## **AGRADECIMIENTOS.**

En primer lugar, a Dios y a la santísima Virgen María por llenarme de valor, fortaleza y paciencia para lograr esta meta anhelada.

A mis Padres por estar incondicionalmente en los momentos más difíciles en el transitar de estos cuatro años, a pesar de estar lejos siempre los tengo presente.

Al Hospital Universitario de los Andes y a los Cirujanos generales, vasculares y oncólogos por sus enseñanzas consejos paciencia y consideración.

Al Doctor Alfredo Ramírez y Ramón Vergara por su colaboración, paciencia y motivación

A los pacientes y licenciadas de consulta por su colaboración prestada, especialmente Anita.

**Gracias Mil Gracias**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO AUTONOMO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES  
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

## COMPLICACIONES TEMPRANAS DE OSTOMIAS INTESTINALES

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Cirujano General

Autor: Zener José Páez Milano

Tutor: Alfredo José Ramírez

Cotutor: Ramón Vergara

Mérida – Venezuela, Noviembre 2021

### RESUMEN

Las ostomías intestinales son procedimientos frecuentes realizados en los centros hospitalarios, con la finalidad de derivar el tránsito intestinal por diferentes razones, sin embargo, un número de ellas pueden presentar complicaciones. El objetivo principal fue determinar la frecuencia de las complicaciones locales tempranas de ostomías intestinales. Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo de tipo longitudinal con la finalidad de evaluar las complicaciones locales tempranas en los pacientes a quienes se le confeccionó ostomías desde el periodo enero 2015 junio 2021 en el servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en Mérida, Venezuela. Mediante ficha de recolección de datos. Los resultados fueron de 254 ostomías realizadas 81 de ellas presentaron complicaciones, el año con mayor complicación fue 2020 (19,8%), predominó el sexo femenino (51,9%), la edad promedio  $53,47 \pm 16,21$  años, 53,1% padecían de hipertensión arterial, 97,2% fueron realizadas de emergencia, 66,7% fueron colostomías terminales, el colon descendente fue el más exteriorizado (48,1%), la patología obstructiva fue la causa que conllevó a realizar la ostomía (39,5%) el mayor porcentaje de procedimiento las realizó el residente de segundo año (48,8%) las complicaciones aparecieron entre el día 1 y 7 (30%), fue el edema (67,9%) y la desinserción (39,5%)  $p=0,028$ . El 74,1% de los pacientes no se restituye. En conclusión, a pesar de ser las ostomías procedimientos frecuentemente realizadas un número de ellas presenta complicaciones, una técnica quirúrgica adecuada, marcaje del paciente preoperatorio, orientación del manejo de la ostomía es la clave para evitarlas.

**Palabras claves:** ostomías, colostomías, ileostomías, complicaciones.



UNIVERSITY OF THE ANDES  
SCHOOL OF MEDICINE  
AUTONOMOUS INSTITUTE  
UNIVERSITY HOSPITAL OF LOS ANDES  
GENERAL SURGERY SERVICE

## EARLY COMPLICATIONS OF INTESTINAL OSTOMIES

Special Degree Work to qualify for the title of Surgeon General

Author: Zener José Páez Milano

Tutor: Alfredo José Ramírez

Cotutor: Ramón Vergara

Mérida – Venezuela, November 2021

### ABSTRACT

Intestinal ostomies are frequent procedures performed in hospital centers, in order to divert intestinal transit for different reasons, however, a number of them can present complications. The main objective was to determine the frequency of early local complications of intestinal ostomies. A longitudinal descriptive observational retrospective study was carried out in order to assess early local complications in patients who underwent ostomies from the period January 2015 to June 2021 in the General Surgery service of the Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes in Merida, Venezuela. Through data collection form. The results were 254 ostomies performed, 81 of them presented complications, the year with the greatest complication was 2020 (19.8%), the female sex predominated (51.9%), the average age was  $53.47 \pm 16.21$  years, 53.1% suffered from arterial hypertension, 97.2% were performed emergency, 66.7% were terminal colostomies, the descending colon was the most externalized (48.1%), obstructive pathology was the cause that led to performing the ostomy (39.5%), the highest percentage of the procedure was performed by the second-year resident (48.8%), complications appeared between days 1 and 7 (30%), it was edema (67.9%) and disinsertion (39.5%)  $p = 0.028$ . 74.1% of the patients are not restored. In conclusion, despite the fact that ostomies are frequently performed procedures, a number of them present complications, an adequate surgical technique, preoperative patient marking, and ostomy management orientation is the key to avoiding them.

**Key words:** ostomies, colostomies, ileostomies, complications.

## INTRODUCCIÓN

En cirugía gastrointestinal por múltiples causas es frecuente la realización de procedimientos que ameritan derivación del tracto gastrointestinal a la superficie para así poder alimentar al paciente (gastrostomías, yeyunostomía) o bien para eliminar productos de desecho (ileostomías y colostomías), sin embargo, muchos de estos enfermos tienden a complicarse, es decir, no solamente debe vivir con el estoma sino que también debe preocuparse por las complicaciones derivadas de la confección de estas.

Los estomas intestinales probablemente hayan sido de las primeras intervenciones sobre el intestino, es muy posible que las primeras fueran fistulas fecales por heridas de guerra, trauma, hernias encarceladas, atresias anorrectales y obstrucción intestinal.<sup>1</sup> Aunque su uso ha disminuido notablemente con el advenimiento de nuevos equipos de engrapados mecánicos tiene indicaciones específicas por lo que se mantienen vigentes actualmente.<sup>1</sup> Cabe destacar, que posterior a la realización de este procedimiento la persona debe adaptarse a un nuevo estilo de vida pues debe familiarizarse con el cuidado, manejo y manipulación de dispositivos de recolección de desecho e incluso capacidad para saber reconocer complicaciones que pudiesen estar presentando. No obstante, existe gran preocupación parte de especialistas del área, debido a que en la gran mayoría de los casos presentan alguna complicación durante la permanencia del estoma, algunas prevenibles, pero la falta de educación y la ausencia de personal capacitado conlleva a que estos enfermos se mantengan desinformados y busquen atención médica de forma tardía lo que complica aún más el cuadro y resulta mucho más costoso y complejo tratarlos.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de las complicaciones locales existentes de las ostomías intestinales en el Servicio de Cirugía general del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, constatar si existe una relación entre factores de riesgo, experiencia de cirujano y aparición de complicaciones que presentan estos pacientes una vez realizado el procedimiento.

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 Formulación y delimitación del problema.

En las patologías del tracto digestivo inferior oncológica, traumática o infecciosa es común que durante el procedimiento quirúrgico se puede ameritar derivaciones del intestino en sus diferentes segmentos con la finalidad muchas veces de mejorar las condiciones generales del paciente o de evitar morbilidades de anastomosis previamente realizadas (ileostomías de protección). Es así como las ostomías intestinales se han mantenido a lo largo de la historia y parecen que persistirán por un periodo más prolongado, ahora bien, algunas ostomías pueden mantenerse de manera temporal y otras de manera definitiva trayendo como consecuencia que la gran mayoría de los pacientes a quienes se le realizan estos procedimientos presenten cambios en el estilo de vida, aislamiento social, ausencia laboral y el manejo del estoma les resulta difícil lo que conlleva a complicaciones agudas y crónicas que en diversas oportunidades amerita ser reintervenido.

A nivel mundial, el porcentaje no se logra precisar con exactitud el número estimado de ostomías realizadas anualmente, lo que si se describe en diversas literaturas es que el porcentaje de las complicaciones derivadas de estos procedimientos que varían dependiendo del país. Así tenemos que, aproximadamente 100,000 personas en los Estados Unidos de América de las que son sometidas a operaciones resulten en una colostomía o ileostomía cada año, de las cuales 37% de las complicaciones para casos electivos y el 55% para operaciones de emergencia.<sup>2</sup> En algunos países de Europa el porcentaje de complicaciones oscila entre 30-60% e incluso hasta 96% en las primeras 4 semanas posterior a realizarse el procedimiento.<sup>3</sup>

En América Latina se pueden encontrar estadísticas como las de Argentina que publica dos de cada mil habitantes de la población Argentina conviven con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil adultos.<sup>4</sup>

Algunos de las complicaciones estomales se deben a la falta de educación del paciente por parte de personal calificado antes o posterior a realizar el procedimiento, o bien por causa inherentes al pacientes: contextura física, patologías médicas o causas inherentes la técnica: marcaje preoperatorio para ubicar de manera adecuada el estoma en la pared abdominal, falta de liberación del meso condicionado a una tensión del estoma o subestimar este procedimiento catalogándolo de cirugía sencilla por lo que debe ser realizada por los residente de los primeros años de la especialidad.

Por otro lado, Venezuela no escapa a esta realidad, actualmente no existen datos oficiales actualizados que permitan determinar cuál es el número exacto de los procedimientos que se realizan anualmente y el número de complicaciones de las mismas, sin embargo, existen trabajos aislados en hospitales de la región capital donde reportan que el porcentaje de complicaciones es alrededor del 45%.<sup>3</sup> En el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes no existen datos actualmente publicados acerca de cuál es la realidad de este problema, lo que si se ha evidenciado es que en los últimos tiempos existe un alto número de complicaciones derivado de estas cirugías, por lo que requiere alto gasto institucional y mayor estancia hospitalaria, es por ello que resulta de vital importancia determinar cuál es el porcentaje real de los problemas derivados de este procedimiento quirúrgico.

## **1.2 Justificación e importancia**

A pesar de que la primera ostomía se realizó hace más de 300 años y con el paso de los años la técnica quirúrgica se ha perfeccionado y existen novedosas herramientas en la actualidad para confeccionarlas, las complicaciones posteriores al procedimiento siguen siendo muy frecuentes. La tasa de complicaciones específicas varía entre el 10 y el 70%. Se considera que esta amplia diferencia obedece a las distintas metodologías de estudio utilizadas, al tiempo de seguimiento de los pacientes ostomizados y la definición de complicación que cada autor utiliza para definir las.<sup>4</sup>

En Venezuela, no existe un estudio amplio que demuestre cual es la realidad de esta problemática, en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes existen antecedentes del cierre temprano y tardío de los estomas pero no abordan las complicaciones cuando se debe de derivar el intestino, por lo que en el contexto de estas, surge la iniciativa de llevar a cabo la investigación con la finalidad de realizar comparaciones con la estadística mundial e intentar la búsqueda de métodos para

disminuir este problema que cada día afecta más a los pacientes de servicio de cirugía general.

### **1.3 Objetivo general**

Determinar la frecuencia de las complicaciones locales tempranas de ostomías intestinales en el servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela durante el periodo comprendido entre Enero 2015 y Junio 2021.

#### **1.3.1 objetivos específicos**

1. Identificar la frecuencia de las complicaciones locales tempranas que aparecen en las ostomías intestinales en el servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) en Mérida, Venezuela durante el periodo comprendido entre Enero 2015 y Junio 2021.
2. Determinar las causas por las que se realizan ostomías intestinales.
3. Especificar el tipo de ostomía intestinal más frecuente realizado en el servicio de cirugía general.
4. Analizar la relación existente entre factores inherentes al paciente, técnica quirúrgica y la aparición de complicaciones.
5. Relacionar el tiempo transcurrido entre el procedimiento quirúrgico y la aparición de complicación de la ostomía.
6. Determinar la relación entre experiencia del cirujano que confecciona la ostomía y la aparición de complicaciones.
7. Establecer el periodo entre la creación de la ostomía y el cierre de la misma.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO.

#### 2.1 Antecedentes.

Martínez (2015), realizó un estudio donde determino la prevalencia de las complicaciones de ostomías durante 2012-2013, el objetivo fue detectar y especificar las distintas complicaciones quirúrgicas más frecuentes en la realización de una ileostomía o una colostomía, los parámetros a estudiar fueron los siguientes: edad, sexo, indicación y temporalidad del estoma, complicaciones. La población estuvo constituida por 49 pacientes, la principal indicación por la que se confeccionó el estoma fue divertículos perforados, predominaron las colostomías permanentes 53%, las complicaciones relacionadas con la intervención fueron: sepsis en un 22.4%, necrosis 14,3%, hemorragia en 8,2% de los casos, el sexo masculino fue el más afectado 73,5%. Este autor concluye que el éxito en las intervenciones se refleja adecuada técnica operatoria y cuidados postoperatorios adecuados .<sup>6</sup>

Jayarajah y Samarasekara. (2016) evaluaron las complicaciones a largo plazo asociado con la ostomía enteral y sus factores contributivos, fue un análisis retrospectivo de 192 pacientes que se sometieron a la creación de una ostomía durante un período de 5 años. Datos sobre tipo de complicaciones, edad, sexo, tipo de ostomía, tipo de cirugía y cuidados perioperatorios por parte de un terapeuta de estoma. Dejando demostrado que las complicaciones que mayormente se presentan son el prolapso en ostomías terminales, la excoiación cutánea en ileostomías, la hernia paraestomal en estomas terminales y que generalmente ocurren en el sexo masculino, además manifiesta que el cuidado perioperatorio de una estoma terapeuta puede ser muy eficaz para prevenir complicaciones, especialmente en un entorno con recursos limitados.<sup>7</sup>

Recio (2016) publicó los resultados de su investigación sobre el marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Tras el análisis final de 15 documentos se exponen las evidencias

encontradas acerca del procedimiento del marcaje de la pared abdominal y de su relación con la calidad de vida y las complicaciones postoperatorias de las colostomías. Concluye afirmando que existen evidencias de que el marcaje de la pared mejora la ubicación del estoma, por lo tanto, mejora la calidad de vida del paciente con colostomía y reduce la tasa de complicaciones postoperatorias.<sup>8</sup>

Stegensek y cols (2017) presentó un trabajo denominado derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado. La finalidad del mismo fue describir las características epidemiológicas y demográficas de los pacientes portadores de estas derivaciones en un Centro Especializado en Cuidado de Heridas y Ostomías. Se analizaron 143 historias médicas de pacientes. Como resultado obtuvo que más de la mitad de estos pacientes presentaron complicaciones estomales, siendo la de mayor frecuencia las de piel. Concluyeron que existe evidencia respecto a la necesidad permanente de formar profesionales de Enfermería especializados en terapia enterostomal e incorporarlos al Sistema Nacional de Salud como miembros indispensables del equipo multidisciplinario.<sup>9</sup>

Reyes Hernández (2018), realizó un estudio retrospectivo, transversal, unicentrico y descriptivo, donde midió las complicaciones postoperatorias de pacientes colostomizados entre 2016 y 2017. Analizó en total 53 historias médicas de pacientes a quienes se les realizó ostomías, evidenció que la mayoría se realizaron de urgencia, la causa más frecuente por la cual llevo a cabo este procedimiento fue la obstructiva no tumoral, el tipo de estoma mayormente confeccionado fue terminal por técnica de Mickulics Rankin, la complicación postoperatoria más frecuente observado fue el edema seguido de la dermatitis periestomal y generalmente se presentaban en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y carcinoma. En conclusión, los pacientes a quienes se les realiza ostomía con carácter urgentes y poseen patologías como diabetes tipo 2 y la causa que lleve a la confección se deba a cáncer son las más frecuentes a sufrir estas complicaciones.<sup>10</sup>

Thamilselvam (2019) indagó sobre el estoma complicado y el manejo de las mismas, y evidencio que el paciente con estoma (colostomía o ileostomía) tiene mala calidad de vida y cuando se enfrenta a complicaciones estomales (Piel eccema, isquemia/necrosis, retracción, separación mucocutánea, absceso paraestomal, diarrea por colostomía, hernia paraestomal, obstrucción, prolapso y retracción), la calidad de vida disminuiría aún más. Finaliza manifestando que las personas que trabajan en el sistema de salud requieren más

conocimientos sobre el estoma y sus complicaciones para poder dar atención oportuna a estos pacientes.<sup>11</sup>

### **2.3 Definición de términos.**

#### **Estoma u ostomía**

Término procedente del griego stoma, que significa boca, aunque también se acepta la traducción orificio. Funcionalmente es el resultado de una operación en la que se conforma una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, facilitando la salida de sustancias orgánicas de desecho. Esta derivación quirúrgica puede tener un carácter temporal o definitivo. Su finalidad puede ser una de las siguientes: eliminación (de heces u orina), nutrición (administración de alimentos y líquidos) u oxigenación (conservación de la función respiratoria).<sup>10</sup>

#### **Ileostomía.**

Consiste en abocar a la piel un segmento ileal, lo que puede realizarse de forma terminal, es decir, sin conservación de la continuidad digestiva, o lateral, si persiste una continuidad ileal o mesentérica. El objetivo de las ileostomías es la descarga del líquido ileal de forma definitiva o temporal, para proteger una anastomosis o a la espera de que se restablezca la continuidad. No se realizan para alimentar al paciente ya que a este nivel la absorción digestiva está en su fase final.<sup>11</sup>

#### **Colostomía.**

Se denomina colostomía al abocamiento del colon a la piel, para dar salida total o parcialmente el contenido colónico. Esta puede ser en asa: cuando es abocada la pared anterior y manteniendo la posterior indemne, Terminal cuando es completamente seccionada la circunferencia, el cabo distal es cerrado y el proximal abocado a la pared o de carácter temporal o definitivo, dependiendo su indicación y las condiciones particulares de cada enfermo.<sup>12</sup>

#### **Estomaterapeuta.**

Persona encargada de brindar apoyo e información a los pacientes al cual se le realizará o realizó un estoma con la finalidad de adaptarse al nuevo estilo de vida y a su entorno social para así prevenir futuras complicaciones, por lo general es un personal de enfermería que se especializa para tal fin.

**Complicación.**

Evento que aparece durante el curso de una enfermedad o el procedimiento médico. Las complicaciones quirúrgicas son provocadas bien sea por la técnica quirúrgica utilizada durante la realización del procedimiento o por factores inherentes al paciente.

**Complicación temprana.**

Son aquellas que aparecen desde el momento en que se realiza la confección de la ostomía hasta 30 días posteriores al procedimiento.

**Complicación tardía.**

Son aquellas que se producen posteriores a 30 días de confeccionado el estoma.

**Dermatitis periestomal**

Erupción cutánea originada por el contacto del efluente del estoma con la piel adyacente al estoma, clínicamente se caracteriza por eritema, erosiones y dolor.

**Isquemia o Necrosis.**

Cambio de coloración progresivo de la boca del estoma el cual evoluciona con el paso de las horas de rosado a gris verdoso o negro, está relacionado con problemas vasculares durante la confección.

**Hemorragia.**

Sangrado activo o acumulación de sangre formando un hematoma ya sea en el espacio submucoso o en el plano subcutáneo de la pared abdominal donde fue exteriorizado el intestino, o bien sangrado al interior de la bolsa de ostomía.

**Edema.**

Es la inflamación fisiológica de la mucosa intestinal por aumento de componente hídrico. Se produce por la manipulación y movilización del propio acto quirúrgico. Puede durar 1 o 2 semanas.

**Desinserción.**

Es la separación que se produce entre la estoma y la piel periestomal que puede afectar a parte o a toda la estoma con el riesgo de filtración de heces.

**Retracción.**

El hundimiento o retracción ocurre cuando el extremo de la estoma se sitúa por encima de la aponeurosis o fascia.

**Retracción completa.**

Es el desprendimiento mucocutáneo completo ubicando la boca del estoma por debajo de la fascia o aponeurosis, provocando contaminación subcutánea, subfascial y en algunas

oportunidades puede ocasionar peritonitis y sepsis, obligando a reintervenir de forma urgente para reconfeccionar la estoma.

### **Prolapso.**

Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo, puede ser prolapso incompleto o de la pared completa, considerando como normal entre 3-5 cm para ileostomía y 1-2 cm para colostomía.

### **Hernia paraestomal.**

Consiste en la protrusión del contenido intestinal a través del orificio realizado en la pared abdominal para exteriorizar el intestino (ostomía).

### **Estenosis.**

Es la reducción del diámetro del orificio del estoma de tal forma que impide la realización de un tacto por el mismo o la imposibilidad de introducir un tallo de Hegar nº12 a través de la boca del estoma.

### **Mal posición.**

Mala ubicación del estoma en la pared abdominal que interfiere con la capacidad de mantener la bolsa adherida con seguridad a la piel, interfiere con el autocuidado dificulta el encubrimiento del estoma debajo de la ropa o impide la libertad de movimientos por miedo de fugas.

### **Obstrucción.**

Interrupción total o parcial del tránsito intestinal de origen mecánico en relación con el estoma, ya sea por hernia interna o encarcelación del segmento intestinal, torsión del asa exteriorizada, montaje incorrecto con oclusión proximal u obstáculos del trayecto.

### **Intervalo de restitución.**

Es el tiempo transcurridos entre la confección del estoma (cirugía derivativa) y la restitución del tránsito intestinal (cirugía reconstitutiva).

### **Calidad de vida.**

Bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad.

### **Índice de masa corporal.**

Razón matemática que asocia peso y talla de un individuo, Su valor se interpreta en Kg/m<sup>2</sup> usando categorías estándar de: bajo, normal, sobrepeso y obesidad.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO.

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación.**

Se realizó un estudio retrospectivo observacional descriptivo de tipo longitudinal con la finalidad de evaluar las complicaciones locales tempranas que aparecen en los pacientes a quienes se les confeccionó ostomías en el servicio de Cirugía General del Instituto autónomo hospital Universitario de los Andes durante el periodo comprendido entre enero del 2015 y junio del 2021.

#### **3.2 Población y muestra**

Está constituida por todos aquellos pacientes mayores de 16 años de ambos sexos a quienes fueron intervenidos y se confeccionó una yeyunostomía, ileostomía o colostomía. En total se revisaron 254 historias clínicas de pacientes sometidos a este procedimiento en el instituto autónomo Hospital Universitario de los Andes durante el periodo de tiempo anteriormente mencionado

Está constituida por 81 pacientes de los cuales 2 correspondieron a yeyunostomias, 20 a ileostomías y 58 correspondieron a colostomía. Con seguimiento durante 30 días y cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

#### **3.3 Criterios de inclusión.**

- Pacientes mayores de 16 años de todos los géneros.
- Intervenidos por el servicio de Cirugía General en el Instituto autónomo Hospital Universitario de los Andes.
- Paciente con controles sucesivos por lo menos 30 días posterior a la realización de la estoma
- Pacientes portadores de yeyunostomias, ileostomías y colostomías.

#### **3.4 Criterios de exclusión.**

- Pacientes intervenidos en otros centros de salud y que durante el procedimiento se le realizó una ileostomía o colostomía.

- Pacientes intervenidos por el servicio de cirugía pediátrica.
- Pacientes fallecidos en postoperatorio inmediato por causa distinta a la patología estudiada.

### **3.5 Sistema de variables**

Variable independiente: Tipo de ostomía

Variable dependiente: complicación de estoma antes de los 30 días.

Variable explicativa: experiencia del cirujano, índice de masa corporal, diabetes, tabaco, obesidad

Variables demográficas: Edad, genero, ocupación, procedencia.

### **3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Los datos para la investigación se obtuvo mediante la revisión directa de historias clínicas de todos aquellos pacientes a quienes se les realizó estomas intestinales en el servicio de Cirugía General del Instituto autónomo Hospital Universitario de los Andes durante el periodo comprendido entre enero del 2015 y junio de 2021; para la recolección de los mismos, se realizó una revisión exhaustiva e individualizada de todas aquellas historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para llevar a cabo el trabajo, toda la información recabada fue transcrita a una ficha impresa la cual fue diseñada para los datos necesarios . Una vez recopilada toda la información se procedió al traspaso digital de la misma, mediante un documento de Excel

Posteriormente, todos los datos individuales registrados en la base de datos de Excel se transfirieron al sistema SPSS (tatistical Package for Social Sciences) para convertirlos en factores numéricos y aplicar los métodos estadísticos.

### **3.7 Procedimientos, materiales, equipos e instrumentos**

Para llevar adelante la investigación se procedió a la obtención de permiso escrito por parte del personal de salud encargado del departamento de Historias médicas del referido hospital. Seguidamente se ubicaron los expedientes médicos de todos aquellos pacientes a los cuales el servicio de cirugía general del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los antes le confeccionó una estoma (yeyunostomía, ileostomía o colostomía) durante el tiempo comprendido desde enero de 2015 y junio de 2021. La adquisición de los datos se llevó a cabo mediante el llenado de una ficha en la cual se incluía datos personales (edad, sexo, edad, numero de caso), antecedentes patológicos médicos, hábitos Psicobiológicos, situación en la que fue realizada el estoma, persistencia en el tiempo de la ostomía, segmento de intestino exteriorizado, tipo de estoma realizado, causa que

llevo a crear el estoma, tipo de abordaje utilizado para confeccionarla, realización de marcaje sobre la pared abdominal para ubicar el estoma, experiencia del cirujano que realizo el estoma, tiempo transcurrido entre la creación y la aparición de complicaciones, complicaciones más frecuentes y el tiempo que el paciente mantuvo el estoma.

### **3.8 Materiales y Equipos.**

- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Carpetas
- Grapadoras
- Lápices de grafito
- Resaltadores
- Carpetas
- Tijeras
- Memorias extraíbles (pendrive)
- Computadoras
- Impresora

www.bdigital.ula.ve

### **3.9 Instrumentos.**

Se utilizó la ficha de recolección de datos previamente diseñada para este fin.

### **3.10 Análisis de resultados**

Se utilizó para el análisis estadístico, el programa SPSS profesional de IBM en su versión 22 para Windows con la información recopilada en la data de Excel para su posterior procesamiento en el cual, a su vez, se utilizarán procesos estadísticos básicos como tablas y gráficos descriptivos que incluyen proporciones o porcentajes para variables cualitativas. Medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión (rangos, varianza, desviación estándar) para analizar las variables cuantitativas y determinar la significancia estadística de  $p < 0,05$ .

### 3.12 Cronograma de actividades

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Noviembre-2021
Consultar material bibliográfico										
Elaboración del protocolo										
Entrega del protocolo										
Elaboración del instrumento de recolección de datos										
Recolección de datos										
Procesamiento de los datos										
Análisis de los resultados										
Redacción del trabajo de grado										
Finalización y entrega del trabajo especial de grado										

## CAPITULO IV

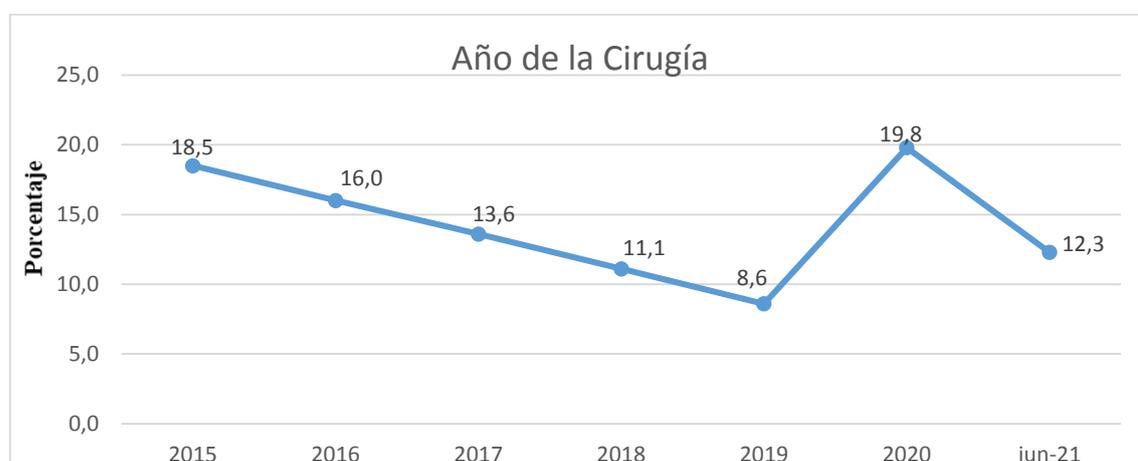
### RESULTADOS

#### 4.1 Presentación de los resultados

Durante el periodo en estudio se intervinieron quirúrgicamente 254 pacientes en el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de los Andes a los cuales se les realizó ostomía, 81 de ellos presentaron complicaciones en los primeros 30 días posterior a la cirugía y cumplieron con los criterios para formar parte del presente estudio.

Al evaluar el número de ostomía que se realizaron que en los durante el periodo de estudio y presentaron complicaciones en los primeros 30 días, se evidencio que fue durante el año 2020 donde se presentaron el mayor número con 19,8%, seguido de 2015 con el 18,5%, en el 2016 con el 16,0%, y hasta junio de 2021 12,3% y en menos porcentaje en el 2019 con el 8,6%, como se evidencia en el grafico N°1.

**Grafico 1. Año de la Cirugía. Pacientes con Ostomía intestinal que presentaron complicaciones. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

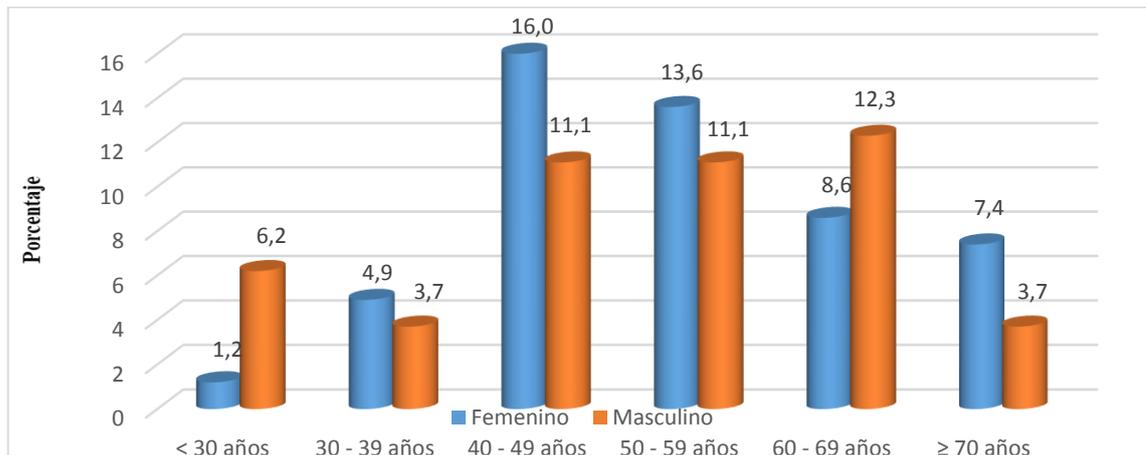


Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Se pudo apreciar que el grupo etario en donde se presentó las complicaciones fueron entre 40 – 49 años, con un 27,2%, seguido de los de 50 – 59 años con el 24,7%, el de 60 – 69 años con el 21,0%, siendo los grupos con menos porcentaje los de 30 – 39 años y los menores de 30 años, con un promedio de edad de  $53,47 \pm 16,21$  años con un mínimo de

edad de 18 años y un máximo de 96 años; con respecto al género se pudo observar que predominó el sexo femenino con el 51,9% sobre el masculino con el 48,1%, representado en el gráfico n° 2

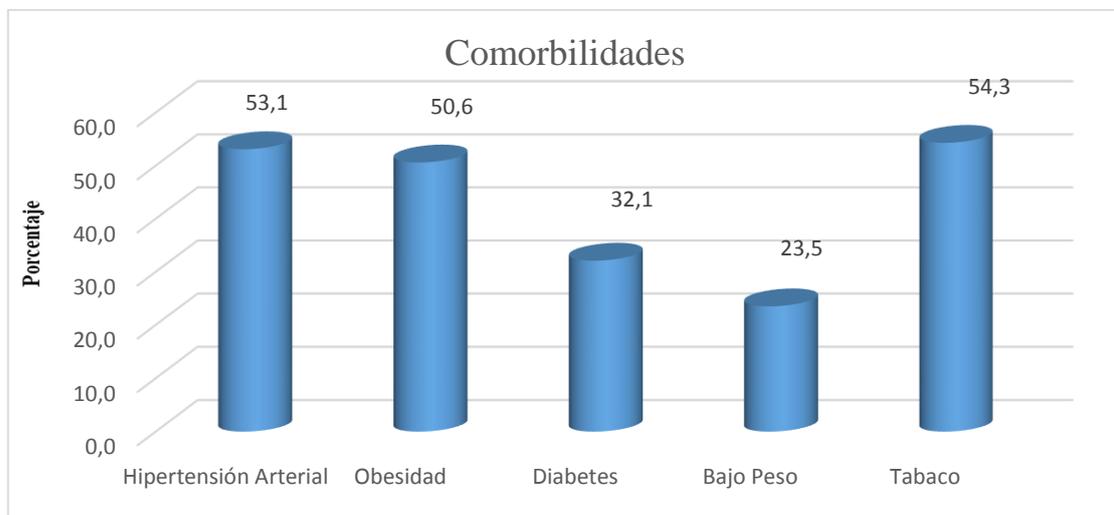
**Gráfico 2. Grupo de edad y Género. Pacientes con Ostomía intestinal y complicación. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Por otro lado, cuando se investigó los antecedentes y comorbilidades que presentaron los pacientes intervenidos se evidenció que el 53,1% padecían de hipertensión arterial, el 50,6% obesidad, el 31,1% diabetes y el 23,5% bajo peso, cabe destacar que el 54,3% de los pacientes tenía hábito tabáquico, ejemplificado en el gráfico n° 3

**Gráfico 3. Comorbilidades y hábitos Psicobiológicos de Pacientes a quienes se realizó Ostomía intestinal y presentaron complicaciones. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

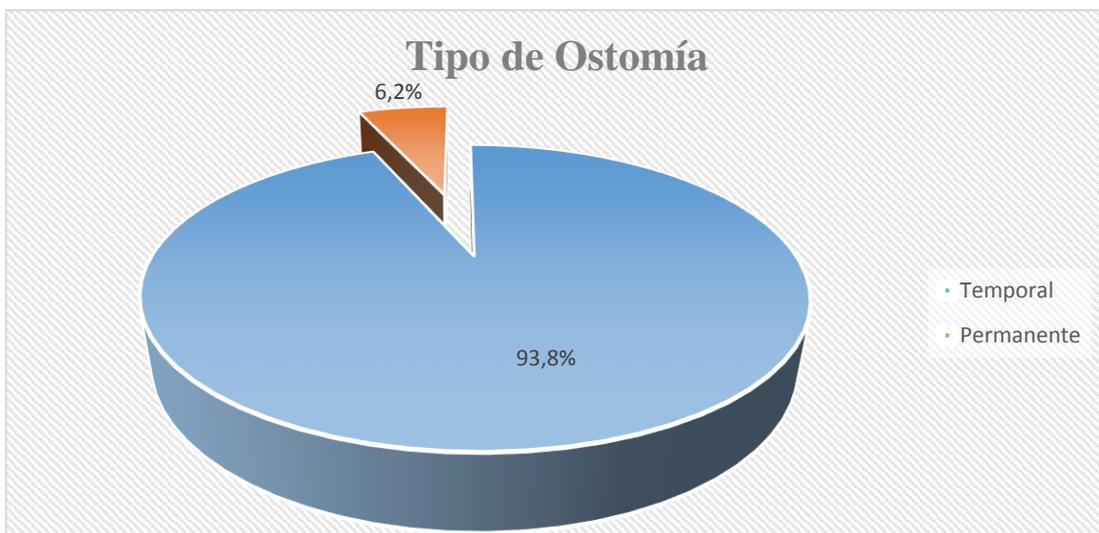
En relación al carácter con la que se llevó a cabo la cirugía se encontró que el 97,5% de las mismas fueron realizadas de emergencia y el 2,5% electivas. En cuanto al tipo de ostomía intestinal se pudo observar que el 93,8% fueron realizadas con la finalidad temporal y el 6,2% permanentes o definitivas, en relación al segmento de intestino que fue abocado a la pared abdominal se evidencio que el 66,7% fueron terminal y el 33,3% en asa o lateral, estos datos están ejemplificados en los gráficos 4, 5 y 6.

**Grafico 4. Tipo de Cirugía. Pacientes con Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



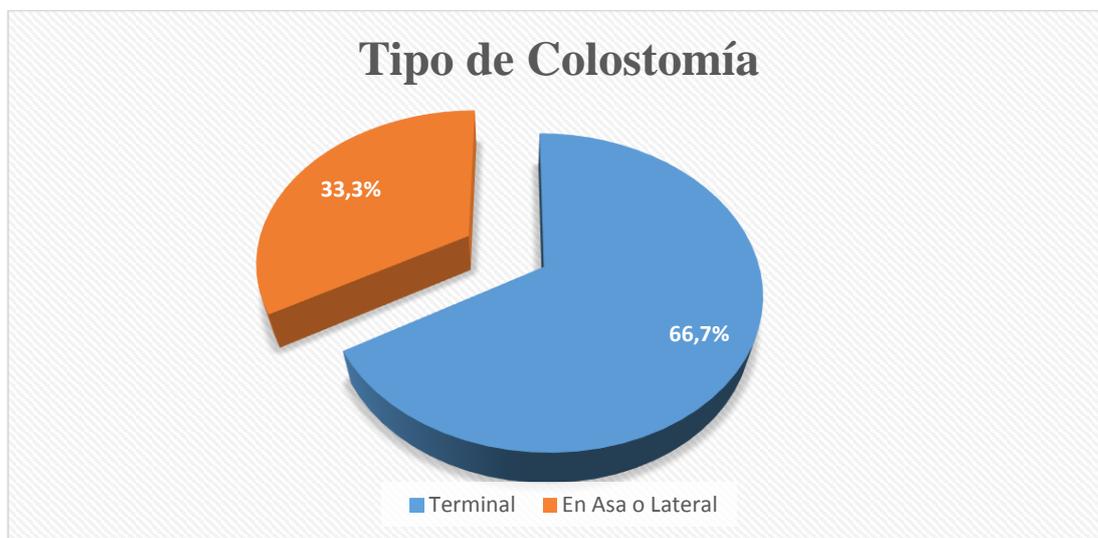
Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

**Grafico 5. Tipo de Ostomía realizado en el Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

**Grafico 6. Tipo de ostomía confeccionada servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

También se evidencio que el segmento de intestino exteriorizado el 48,1% fue colon descendente, el 24,1% íleon, el 23,5% colon trasverso, siendo el yeyuno y el colon derecho los segmentos que menos se exteriorizaron, como se evidencia en la tabla 1.

**Tabla 1. Segmento de intestino exteriorizado. Pacientes con Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

Segmento de intestino exteriorizado	Frecuencia	%
Colon Descendente	39	48,1
Íleon	20	24,7
Colon Trasverso	19	23,5
Yeyuno	2	2,5
Colon Derecho	1	1,2
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Ahora bien, al indagar sobre la etiología que conllevó a la creación de la ostomía, se pudo evidenciar que la principal razón fue la obstrucción intestinal con el 39,5%, la fuga de anastomosis en un 34,6%, el cáncer de ovario con el 22,2%, el cáncer de colon con el 19,8% y el trauma con el 17,3%, ejemplificado en la tabla n° 2.

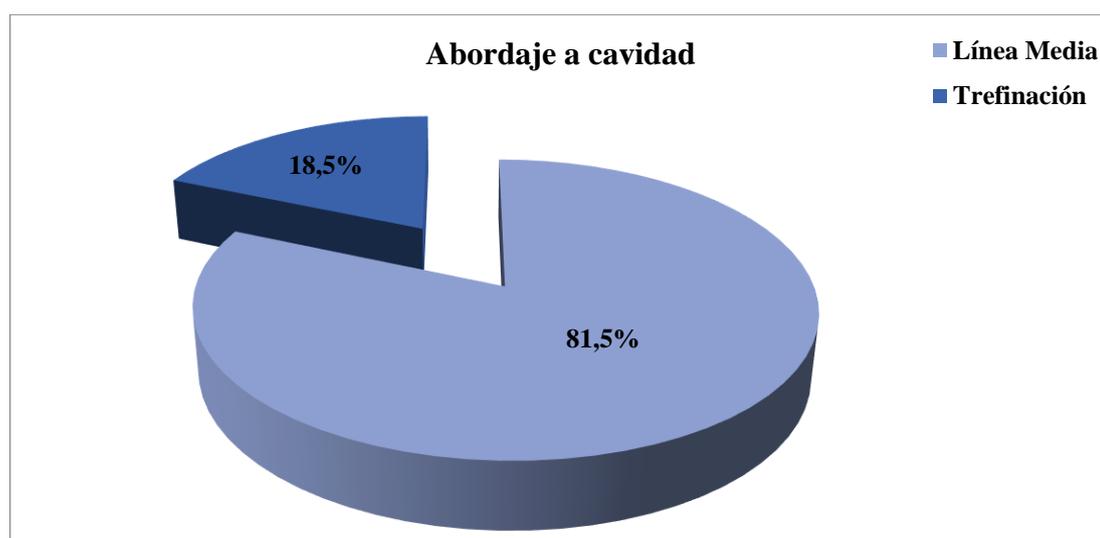
**Tabla 2. Causa que conlleva a realizar la Ostomía. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

<b>Causa de la Ostomía</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Obstrucción Intestinal	32	39,5
Fuga de Anastomosis	28	34,6
Cáncer Ovario	18	22,2
Cáncer Colon	16	19,8
Trauma	14	17,3
Peritonitis Fecal	8	9,9
Fistula Recto vaginal	8	9,9
Gangrena Fournier	5	6,2
Escaras	4	4,9
EEI	2	2,5
Isquemia	1	1,2

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

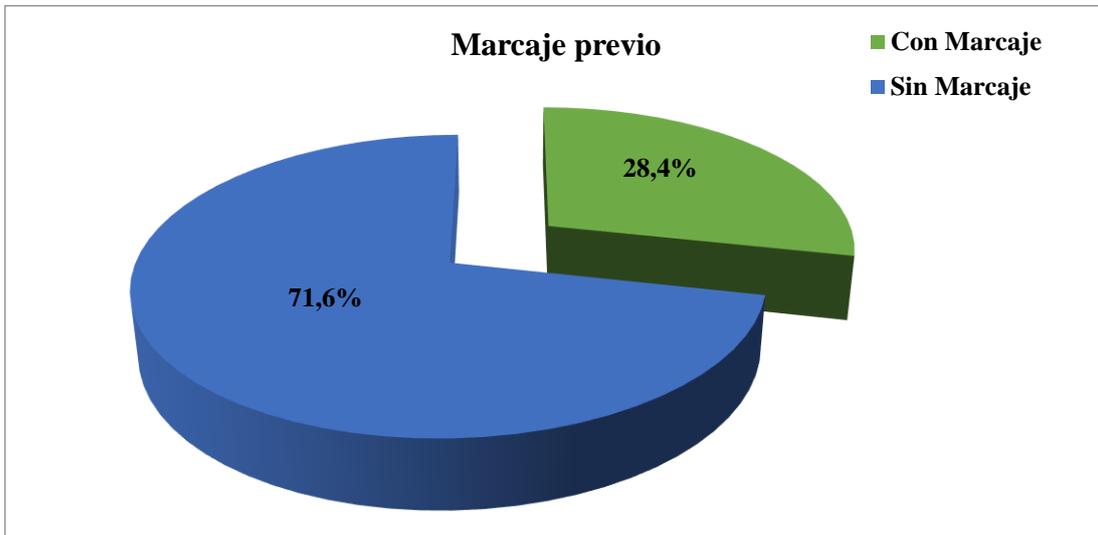
En cuanto al abordaje a cavidad para confeccionar la ostomía se evidenció que el 81,5% se realizó utilizando apertura por línea media y el 18,5% en trefinación. Por otro lado, se encontró que al 71,6% de los pacientes no se les realizó marcaje previo al acto operatorio y al 28,4% si se le realizó, valores representados en los gráficos 7 y 8.

**Grafico 7. Abordaje a cavidad para realizar Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

**Grafico 8. Realización de Marcaje previo para ubicar la Ostomía intestinal en pared abdominal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

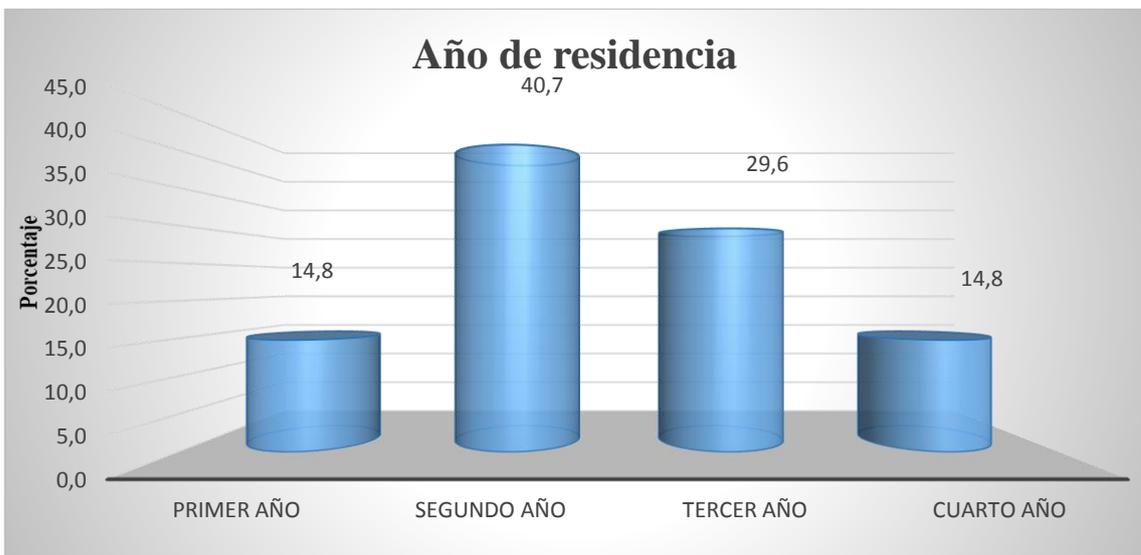


Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA.

Cuando se investigó la experiencia del cirujano que realizó el procedimiento se evidenció que el 40,7% la realizó el residente de segundo año, el 29,6% el de tercer año y el 14,8% los de primer año y cuarto año respectivamente. Como puede observarse en el grafico 9.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

**Grafico 9. Año que cursa el Residente que realizo la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Al investigar acerca del tiempo transcurrido entre la realización del estoma intestinal hasta aparición de complicaciones se encontró que el 48,1% de los pacientes la

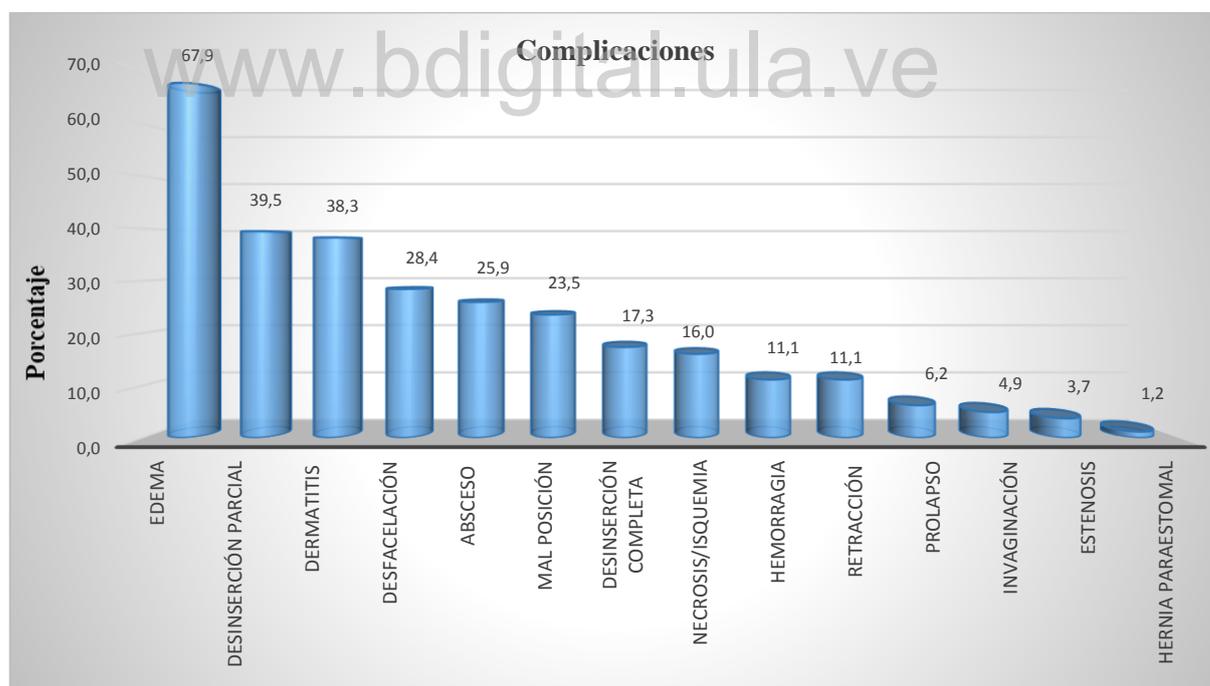
presentaron entre 1 - 7 días, el 30,9% en las primeras 24 horas y el 21,0% entre los 8 y 30 días, como se aprecia en la tabla 3. En relación a las complicaciones presentadas por los pacientes se evidencio que el edema fue la principal complicación con el 67,9%, la desinserción parcial en un 39,5%, la dermatitis en un 38,3%, defascelación en un 28,4%, los abscesos en un 25,9% y el mal posicionamiento en un 23,5%. Grafico 10.

**Tabla 3. Tiempo transcurrido entre la realización de la Ostomía intestinal hasta aparición de complicaciones. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Tiempo	Frecuencia	%
< 24 horas	25	30,9
1 - 7 días	39	48,1
8 - 30 días	17	21,0
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

**Grafico 10. Complicaciones presentadas por la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

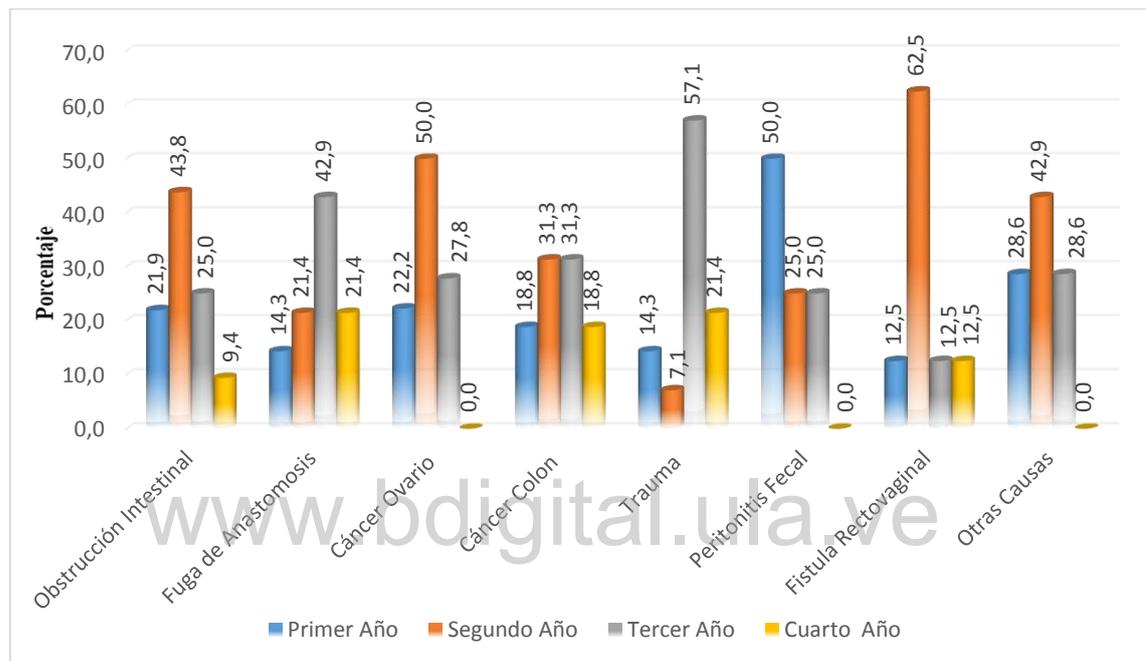


Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Al relacionar la causa de la ostomía intestinal con el año de residencia de quien la realizó se pudo observar que el 48,8% de las obstrucciones intestinales las realizo un residente de segundo año, el 25,0% el de tercer año y el 21,9% el de primer año, no hallándose significancia estadística; en cuanto a la fuga de anastomosis se encontró que el 42,9% de

las ostomías la realizó un residente de tercer año, el 21,4% el de segundo y cuarto año respectivamente, no siendo estadísticamente significativo; en cuanto al cáncer de ovario el 50,0% de las ostomías la realizó un residente de segundo años, el 27,8% de tercer año y el 22,2% de primer año, siendo representado en el grafico n°11

**Grafico 11. Relación de la causa con el año que cursa el residente que realizó la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**



Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Cuando se relacionó las complicaciones con el año de residencia de quien realizó la ostomía intestinal se pudo evidenciar que de los pacientes que presentaron edema el 34,5% corresponde a los residentes de segundo año, el 32,7% a los de tercer año; de los que presentaron desinserción parcial el 46,9% corresponde a los de segundo año y el 34,4% a los de tercer año; de los que presentaron dermatitis el 48,4% de las ostomías las realizó un residente de segundo año y el 35,5% el de tercer año, así mismo defascelación el 39,1% el de segundo año y el 26,1% de primero y tercer año, no evidenciándose significancia estadística, como se observarse en la tabla 6.

**Tabla 6. Relación de las complicaciones con el año que cursa el residente que realiza la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Complicaciones	Año que cursa el Residente								Total	p*	
	Primer Año		Segundo Año		Tercer Año		Cuarto Año				
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%			
Edema	11	13,6	19	23,5	18	22,2	7	8,6	55	67,9	0,123
Desinserción Parcial	2	2,5	15	18,5	11	13,6	4	4,9	32	39,5	0,296
Dermatitis	2	2,5	15	18,5	11	13,6	3	3,7	31	38,3	0,762
Desfacelación	6	7,4	9	11,1	6	7,4	2	2,5	23	28,4	0,096
Absceso	4	4,9	7	8,6	6	7,4	4	4,9	21	25,9	0,855
Mal Posición	3	3,7	3	3,7	9	11,1	4	4,9	19	23,5	0,069
Desinserción Completa	0	0,0	4	4,9	7	8,6	3	3,7	14	17,3	0,112
Necrosis/Isquemia	3	3,7	6	7,4	2	2,5	2	2,5	13	16,0	0,596
Hemorragia	1	1,2	3	3,7	4	4,9	1	1,2	9	11,1	0,783
Retracción	1	1,2	4	4,9	4	4,9	0	0,0	9	11,1	0,498
Prolapso	1	1,2	2	2,5	1	1,2	1	1,2	5	6,2	0,948
Otras Complicaciones	1	12,5	4	50,0	2	25,0	1	12,5	8	9,9	0,587

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

\* Significancia Estadística

Después de relacionar las complicaciones con el segmento de intestino exteriorizado se encontró que de los que presentaron edema el 50,0% fue colon descendente; de los que presentaron desinserción parcial el 40,6% fue colon descendente y el 31,3% íleon, no hallándose significancia estadística, en los que se halló significancia estadística el 35,7% desinserción completa con colon descendente con  $p= 0,006$ , retracción con el 55,6% en colon descendente con  $p=0,009$  y prolapso con el 80,0% en colon trasverso con  $p=0,047$  siendo estadísticamente significativo, como puede evidenciarse en la tabla 6.

**Tabla 7. Relación de la complicación con el segmento de intestino exteriorizado.  
Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Complicación de la Ostomía	Segmento												p*
	Yeyuno		Ileon		Colon Derecho		Colon Trasverso		Colon Descendente				
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	
Edema	2	3,6	12	21,8	1	1,8	12	21,8	28	50,9	55	67,9	0,652
Desinserción Parcial	2	6,3	10	31,3	1	3,1	6	18,8	13	40,6	32	39,5	0,060
Dermatitis	1	3,2	11	35,5	0	0,0	8	25,8	11	35,5	31	38,3	0,056
Desfacelación	0	0,0	6	26,1	1	4,3	3	13,0	13	56,5	23	28,4	0,259
Absceso	0	0,0	9	42,9	0	0,0	4	19,0	8	38,1	21	25,9	0,125
Mal Posición	1	5,3	4	21,1	0	0,0	5	26,3	9	47,4	19	23,5	0,859
Desinserción Completa	2	14,3	6	42,9	0	0,0	1	7,1	5	35,7	14	17,3	0,006*
Necrosis / Isquemia	0	0,0	4	30,8	0	0,0	2	15,4	7	53,8	13	16,0	0,855
Hemorragia	0	0,0	2	22,2	0	0,0	2	22,2	5	55,6	9	11,1	0,971
Retracción	1	11,1	2	22,2	1	11,1	0	0,0	5	55,6	9	11,1	0,009*
Prolapso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0	5	6,2	0,047*
Otras Complicaciones	0	0,0	3	50,0	0	0,0	2	33,3	1	16,7	6	7,31	0,322

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

\* Significancia Estadística

Al relacionar las complicaciones con el tipo de ostomía intestinal se evidencio que de los pacientes que presentaron edema el 60% fueron terminal, el 40% lateral o en asa, de los que presentaron desinserción parcial el 62,5% terminal el 37,5% lateral o en asa, los pacientes que presentaron necrosis / isquemia el 92,3% fueron terminales y el 7,7% laterales o en asa hallándose significancia estadística  $p=0,028$ ; cabe destacar que las ostomías terminales fueron las que más presentaron complicaciones, claramente ejemplificado en la tabla 8

**Tabla 8. Relación de las Complicaciones con el tipo de ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Complicaciones	Tipo de Ostomía				Total		p*
	Terminal		Lateral o en Asa		Frec	%	
	Frec	%	Frec	%			
Edema	33	60,0	22	40,0	55	67,9	0,052
Desinserción Parcial	20	62,5	12	37,5	32	39,5	0,342
Dermatitis	21	67,7	10	32,3	31	38,3	0,535
Desfascelación	14	60,9	9	39,1	23	28,4	0,328
Absceso	14	66,7	7	33,3	21	25,9	0,6
Mal Posición	16	84,2	3	15,8	19	23,5	0,054
Desinserción Completa	10	71,4	4	28,6	14	17,3	0,468
Necrosis / Isquemia	12	92,3	1	7,7	13	16,0	0,028*
Hemorragia	7	77,8	2	22,2	9	11,1	0,366
Retracción	8	88,9	1	11,1	9	11,1	0,128
Prolapso	10	76,9	3	23,1	13	16,0	0,064

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

\* Significancia Estadística

Ahora bien, en relación a la complicación y al tiempo en aparecer se observó que los que desarrollaron edema el 65,5% fue de 1 – 7 días, el 29,1% menos de las 24 horas, en cuanto a la desinserción parcial el 81,3% fue ente 1 – 7 días y el 15,6% entre los 8 – 30 días, de los que presentaron dermatitis 64,5% entre 1 – 7 días y el 29,0% entre los 8 – 30 días, de los que presentaron defascelación el 65,2% fue en 1 – 7 días y el 26,1% menos de 24 horas, los que desarrollaron abscesos el 61,9% entre los 1 – 7 días y el 38,1% entre los 8 – 30 días, mal posición fue de un 52,6%, cabe destacar que se encontró significancia estadística en casi todas las complicaciones con el tiempo de aparición exceptuando en desinserción completa, retracción, invaginación y en la hernia paraestomal, ejemplificado en la tabla 9.

**Tabla 9. Relación de las Complicaciones con el tiempo de confección de la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Complicaciones	Tiempo de Aparición de la Complicación						Total		p*
	< 24 horas		1 – 7 días		8 – 30 días		Frec	%	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%			
Edema	16	29,1	36	65,5	3	5,5	55	67,9	0,000*
Desinserción Parcial	1	3,1	26	81,3	5	15,6	32	39,5	0,000*
Dermatitis	2	6,5	20	64,5	9	29,0	31	38,3	0,001*
Desfacelación	6	26,1	15	65,2	2	8,7	23	28,4	0,106
Absceso	0	0,0	13	61,9	8	38,1	21	25,9	0,001*
Mal Posición	1	5,3	10	52,6	8	42,1	19	23,5	0,005*
Desinserción Completa	2	14,3	10	71,4	2	14,3	14	17,3	0,151
Necrosis / Isquemia	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13	16,0	0,000*
Hemorragia	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9	11,1	0,000*
Retracción	0	0,0	6	50,0	6	50,0	12	14,8	0,101
Prolapso	0	0,0	1	20,0	4	80,0	5	6,2	0,003*
Invaginación	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	4,9	0,228
Estenosis	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	3,7	0,003*
Hernia Paraestomal	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,2	0,149

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

\* Significancia Estadística.

Así mismo, en relación a las complicaciones y el marcaje previo de los pacientes que presentaron edema el 72,7% no se le realizó marcaje y el 27,3% si se le realizó, de los que presentaron desinserción el 71,9% no tenían marcaje previo y el 28,1% si se les realizó, de los que presentaron dermatitis el 71,0% fueron sin marcaje, de los que presentaron defascelación el 78,3% no se le realizó marcaje previo, de los que presentaron absceso el 90,5% no se le realizó marcaje, siendo estadísticamente significativo al igual que la mal posición con  $p=0,021$  y  $p=0,007$  respectivamente, estos resultados están expresados en la tabla 10.

**Tabla 10. Relación de las Complicaciones con el marcaje previo de la Ostomía intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

Complicaciones	Marcaje Previo				Total		p*
	Con Marcaje		Sin Marcaje		Frec	%	
	Frec	%	Frec	%			
Edema	15	27,3	40	72,7	55	67,9	0,470
Desinserción Parcial	9	28,1	23	71,9	32	39,5	0,585
Dermatitis	9	29,0	22	71,0	31	38,3	0,557
Defascelación	5	21,7	18	78,3	23	28,4	0,291
Absceso	2	9,5	19	90,5	21	25,9	0,021*
Mal Posición	1	5,0	19	95,0	20	24,7	0,007*
Desinserción Completa	4	28,6	10	71,4	14	17,3	0,610
Necrosis / Isquemia	5	38,5	8	61,5	13	16,0	0,286
Hemorragia	3	33,3	6	66,7	9	11,1	0,499
Retracción	3	33,3	6	66,7	9	11,1	0,499
Prolapso	0	0,0	5	100,0	5	6,2	0,179
Invaginación	1	25,0	3	75,0	4	4,9	0,697
Estenosis	2	66,7	1	33,3	3	3,7	0,193
Hernia Paraestomal	0	0,0	1	100,0	1	1,2	0,716

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

\* Significancia Estadística

Con respecto a la restitución del tránsito intestinal a los pacientes con estoma se encontró que solo se les realiza al 19,8% de los pacientes y al 74,1% no, cabe destacar que al 6,2% de los pacientes en estudio el estoma es de carácter permanente o definitivo, estos datos se representan en la tabla 4.

**Tabla 4. Restitución del tránsito intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. Enero 2015 - junio 2021.**

Restitución del tránsito intestinal	Frecuencia	%
Restituido	16	19,8
No restituido	60	74,1
Ostomía permanente	5	6,2
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

Finalmente, se encontró que la restitución del tránsito intestinal de los pacientes con estomas solo se realizó al 19,8% de los cuales al 50,0% de los realizó entre los 4 a 6 meses, al 25,0% entre los 7 a 9 meses, al 18,8% entre los 9 a 12 meses y al 6,3% más de 12 meses, tabla 5.

**Tabla 5. Tiempo entre la creación de la Ostomía y Restitución del tránsito intestinal. Servicio de Cirugía General. IAHULA. 2015 - junio 2021.**

<b>Tiempo restitución del tránsito intestinal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
4 - 6 meses	8	50,0
7 - 9 meses	4	25,0
10 - 12 meses	3	18,8
Más de 12 meses	1	6,3
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos tomados de Historias clínicas. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud IAHULA. 2021

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## CAPITULO V

### DISCUSION.

Una ostomía intestinal es una abertura digestiva hacia la pared intestinal construida quirúrgicamente dependiendo del segmento intestinal exteriorizado deriva su nombre. Una colostomía es una conexión entre el colon y la piel de la pared abdominal, así mismo la ileostomía comprende la exteriorización del íleon hacia la piel del abdomen. Raramente puede exteriorizarse la parte proximal del intestino delgado, sin embargo, hay algunas excepciones. Las complicaciones en este tipo de procedimiento están presentes representando altos costos en el sistema de salud público, mayor estancia hospitalaria y por ende disminución de la calidad de vida del paciente, por lo tanto, el diagnóstico y manejo precoz de este tipo de situaciones resulta de vital importancia.

En el servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de los Andes se analizaron las complicaciones derivadas de estos procedimientos durante el periodo 2015 hasta el mes de junio del 2021, se analizaron características epidemiológicas, causa y condición clínica del paciente para llevar a cabo la confección de la estoma, abordaje quirúrgico para confeccionarlas, experiencia del cirujano quien realizó el procedimiento y las complicaciones locales que aparecieron durante los primeros 30 días. Se obtuvieron semejanzas y diferencias con respecto a investigaciones de diferentes autores, estos se describen a continuación.

La población total estudiada estuvo constituida por 82 pacientes, superior a la utilizada por Reyes Hernández (2018) donde analizo las complicaciones postoperatorias en los pacientes ostomizados.<sup>10</sup> Pero inferior a la población estudiada por Stegensek y cols (2016) quienes analizaron 143 expedientes de pacientes ostomizados en su trabajo de derivaciones fecales urinarias y fecales en un centro especializado.<sup>9</sup>

La edad promedio del grupo de pacientes estudiados fue de 53,47 con desviación estándar de 16,21, los rangos de edades oscilaban entre 18 y 94 años, este resultado es similar al encontrado por Reyes Hernández en 2018 cuya edad promedio fue de 52,39 años.<sup>10</sup> Difiere de la edad de obtenida por Jayarajah en 2016 cuya edad promedio fue de 45 años.<sup>7</sup>

Con respecto al género predominó femenino con 51,9%, resultado diferente al obtenido por Jayarajah (2016) donde fue mayor el sexo masculino con 56%.<sup>7</sup> Pero hay similitud con

el resultado obtenido por Recio 2016 donde predominó el sexo masculino con 76% de los casos.<sup>8</sup>

En cuanto a los resultados de comorbilidades, hábitos Psicobiológicos y otros factores asociados se evidenció que la patología que predominó en estos pacientes fue la hipertensión arterial con 53,1%, seguida de la obesidad con 50,6 %, la diabetes con 31,1%, el bajo peso/desnutrición con 23,5%, y más de la mitad de estos pacientes presentaron hábitos tabáquicos 54,3%, datos relevantes debido a que la obesidad juega un papel fundamental en la aparición de complicaciones, el exceso de panículo adiposo bien sea en la pared abdominal o en los mesos dificulta la técnica quirúrgica, la fijación de la boca de la ostomía a la pared, trayendo como consecuencia que al final se obtenga una ostomía con tensión ocasionando la aparición de complicaciones, resultados que difieren con Martínez (2015) quien obtuvo como resultados 70% de los pacientes estudiados no presentaban una enfermedad previa, 12% de los pacientes presentaba desnutrición, la diabetes mellitus solo estuvo presente en el 8% de los pacientes, la hipertensión arterial apenas el 2%.<sup>6</sup> Este autor no estudió la obesidad ni el tabaco.

Con respecto al carácter con que se realizó la cirugía para la confección de la ostomía el 97.5% fue de emergencia y 2,5% de manera electiva; esto debido a que en los casos de emergencias por múltiples razones (inestabilidad del paciente, condiciones locales de los tejidos, comorbilidades) se debe derivar el tránsito intestinal y posteriormente realizar la restitución del mismo, los resultados obtenidos fueron superior a los de Reyes Hernández (2018) donde el 94,34% de las ostomías se realizaron de emergencia y 5,66% en cirugías electivas,<sup>10</sup> también superior a los resultados obtenidos por Martínez (2015) donde el 73,5% se realizaron de emergencia y el resto de manera programada.

Mientras que la permanencia del estoma en la pared abdominal los resultados obtenidos fue que 93,2 % fueron realizadas con carácter temporal y 6,8% fueron definitivas y en cuanto al tipo de ostomía el 66,7% fueron terminal y el 33,3% en asa o laterales. Resultado que es similar con el de Reyes Hernández (2018) donde el 81,13 % fueron realizadas con fines temporales y 18,87% con carácter definitivo sin embargo difiere del tipo de ostomías donde predominaron las ostomías laterales con 82,93%.<sup>10</sup> Difiere también de Martínez (2015) donde el porcentaje de colostomía fue de 53% e ileostomías de 47%.<sup>6</sup>

Así mismo, la principal razón por la que se realizó la ostomía fue la obstrucción intestinal con el 39,5%, la fuga de anastomosis en un 34,6%, el cáncer de ovario con el 22,2%, el cáncer de colon con el 19,8% y el trauma con el 17,3% Reyes Hernández (2018) evidenció que la principal causa fue abdomen agudo obstructivo no tumoral el 33,96%; abdomen agudo obstructivo tumoral (neoplásico) 26,42; colostomías por fistulas recto vaginal/recto vesical 16,98%; trauma abdominal cerrado 5,66%; trauma abdominal abierto 7,55%; abdomen agudo perforativo el 9,43%.<sup>10</sup>

En cuanto al abordaje a cavidad se evidenció que el 81,5% se realizó en línea media y el 18,5% por trefinación, no se evidencio significancia estadística entre un abordaje y otro, por lo que este procedimiento puede realizarse por trefinación en casos específicos, utilizando este abordaje reduce la morbilidad del paciente (infección de herida operatoria, eventración, otros), con respecto al marcaje en la pared abdominal se encontró que al 71,6% de los pacientes no se les realizo marcaje previo y al 28,4% si se le realizó, cabe destacar que aquellos pacientes a quienes no se les realizo el marcaje presentaron complicaciones que pudieron ser prevenibles como la mala posición de la ostomía en la pared ( $p=0,007$ ), un estoma mal ubicado impide la correcta fijación de las bolsas recolectoras escapando material fecal y ocasionando abscesos periestomal ( $p=0.02$ ) ambos con significancia estadística, un resultado similar al obtenido por Stegensek y cols (2016) donde pudo observar que de todos los pacientes estudiados no hubo marcaje previa de la piel para ubicar el estoma en la pared abdominal en el 72,4 % de los casos.<sup>9</sup> resultado similar obtuvo

Con respecto a la cirugía casi en su totalidad fueron realizadas de manera urgentes datos similares a los obtenidos por Martínez y Reyes Hernández <sup>6-10</sup>, así mismo, las ostomías fueron confeccionadas con carácter temporal es decir que al momento de la cirugía las condiciones locales no permitían realizar una anastomosis pues agregaría más morbilidad al paciente y por esa razón se opta por derivar el tránsito intestinal.

En relación a la incidencia de complicaciones predominaron en ostomías terminal siendo la principal complicación la desinserción parcial en 62,7% de los casos, se presentaron además en el colon descendente; la falta de liberación de los mesos puede ser la causante de esta complicación y así como también del ángulo esplénico del colon ocasiona que se confeccione una ostomía con tensión que con el paso de los días ocurra retracción y desinserción de las misma, por otro lado, la necrosis tuvo una significancia estadística en ostomías terminales ( $p=0,028$ ) el retiro excesivo de meso de la boca de la ostomía provoca interrupción de la vascularización por ende ocasiona necrosis, estos datos discrepan de

Reyes Hernández (2018) quien presento como complicación edema en 45% de sus serie y la dermatitis periestomal en el 30,19% de los casos.

Con respecto al tiempo de aparición de complicaciones evidenciando que la mayor parte de las complicaciones ocurren durante el día 1 y 7 posterior a haber realizado el procedimiento, hallándose significancia estadística; la inexperiencia de los pacientes para manejarla, además de falta de personal entrenado para orientar a estos en las primeras semanas de la ostomía puede ser la causa. Así mismo, cuando se valoró la experiencia del cirujano se evidencio que la mayor tasa de complicaciones apareció en lo residentes de segundo y tercer año, el exceso de confianza a la hora de realizar la ostomía y la manipulación excesiva de la boca de la misma podría ser la responsable de la aparición del edema. Estos datos difieren de Jayarajah (2016) quien en su serie de caso describe que las complicaciones ocurren generalmente en las siguiente 2 semanas de haber realizado el procedimiento, pero concuerdan en que son las colostomías terminales las que presentan mayores complicaciones.<sup>7</sup>

Finalmente se evidencio que solamente se realiza restitución intestinal al 19,8% de todos los pacientes, un porcentaje bajo en comparación con otros datos reportados en la literatura que reportan entre 60-65% la restitución de estos pacientes.

www.bdigital.ula.ve

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 6.1 Conclusiones.

- Las ostomías son procedimientos que se realizan frecuentemente durante la cirugía de emergencia.
- Los pacientes con condiciones especiales como enfermedades previas, obesidad, bajo peso y el consumo de tabaco son los principales candidatos para padecer complicaciones.
- Las complicaciones se presentan mayormente en las ostomías terminales con predominio en el sexo femenino.
- El edema es la complicación más importante, seguido de la desinserción parcial o completa y la dermatitis, por lo que resulta de vital importancia que los médicos que se desempeñan en sala sepan identificarlas y dar tratamiento oportuno a tiempo, además de orientar a familiares y pacientes para el manejo del estoma en el domicilio.
- Más de la mitad de los pacientes no se les realiza valoraciones sucesivas en consulta externa por lo que a futuro pueden reincidir en complicaciones que pueden ser prevenibles, además de no restituir a aquellos pacientes que tienen un estoma temporal.

## **6.2 Recomendaciones.**

- Estimular al personal médico y de enfermería para que cada día se mantengan actualizados acerca del manejo de pacientes ostomizados.
- Ofrecer orientación a los pacientes y familiares sobre el manejo del estoma en su domicilio, trabajo y al momento de realizar actividades de la vida diaria.
- Fomentar la creación de una fuente de datos general en el I.A.H.U.L.A, donde se incluyan todos los pacientes ostomizados del servicio de cirugía general para mejorar la calidad de atención de los mismos y así poder aportar información en relación a restitución manejo de complicaciones.
- Entrenar personal de enfermería en el área y así poder contar con un estomaterapeuta en la consulta de cirugía general, crear grupos de apoyo entre pacientes ostomizados.
- Mejorar las políticas sanitarias institucionales para ofrecer material de cuidado (bolsas) a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez Reinado MR, Martín Arroyo S, Pérez Ruiz R, Mateo Vallejo F, García Molina FJ. Tratamiento conservador de la dehiscencia mucocutánea de colostomía terminal para evitar re intervención quirúrgica. *Cir Andal.* 2019;30(2):249-52.
2. Nova- Rodríguez JM, et al. Perfil epidemiológico de la población con ostomías de eliminación de una institución de salud de Colombia.
3. Daniel O. Cattáneo. Complicaciones de las ostomías. *Rev Argent Coloproct* 2010; 22: 127-254.
4. Martínez Darío, Prevalencia de las complicaciones quirúrgicas de las ostomías en pacientes del hospital “Dr. Abel Gilbert Pontón” Guayaquil 2012 – 2013. Guayaquil Ecuador 2015.
5. Mesh Jayarajah, Asuramuni M. P. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. *BMC Res Notes* (2016) 9:500.
6. Recio Medina, El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Sevilla España 2016.
7. E.M. Stegensek-Mejía. Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(4):235---242.
8. Reyes Hernández Juan, Análisis de las complicaciones postoperatorias de pacientes ostomizados del departamento de cirugía general del hospital militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas- Venezuela 2018.
9. Thamilselvam P. Complications of Stoma and The Management. *Sur Cas Stud Op Acc J.* 2(2)- 2019. SCSOAJ.MS.ID.000132.
10. Gómez Ayala Adela-Emilia. El paciente ostomizado *Farmacia Espacio de Salud* Vol. 20, Núm. 8, septiembre 2006.
11. Alejandro J. Zarate. Sofía Medina. Ileostomías y colostomías. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. Universidad Finis Terrae.
12. HIERRO J y ABED G; Colostomías. *Cirugía Digestiva*, F. Galindo. [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar), 2009; III-309, pág. 1-12.

## APENDICE A



### COMPLICACIONES LOCALES DE OSTOMIAS INTESTINALES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES DURANTE EL PERIODO ENERO 2015- JUNIO 2021



#### 1.- Datos Sociodemográficos:

Edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_ Historia clínica \_\_\_\_\_ Numero de caso \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Año en que fue realizada cirugía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

#### 2.- Antecedentes Patológicos.

2.1 Diabetes: Si \_\_\_ No \_\_\_- 2.2 Hipertensión Arterial: Si \_\_\_ No \_\_\_ 2.3 Obesidad: Si \_\_\_  
No \_\_\_ 2.4 Mal nutrición: Si \_\_\_ No \_\_\_ 2.5 Otras patologías \_\_\_\_\_

#### 3.- Hábitos Psicobiológicos de importancia.

3.1 Tabaco: Si \_\_\_ No \_\_\_

#### 4.- Situación en la que fue realizada ostomía intestinal.

4.1 Emergencia \_\_\_\_\_ 4.2 Electiva \_\_\_\_\_

#### 5.-Persistencia de ostomía intestinal.

5.1 Temporal \_\_\_\_\_ 5.2 Definitiva \_\_\_\_\_

#### 6.- Tipo de colostomía

6.1 Terminal \_\_\_\_\_ 6.2 En asa o lateral \_\_\_\_\_ 6.3 Doble cañón \_\_\_\_\_

#### 7.- Segmento de intestino exteriorizado

7.1 yeyuno \_\_\_\_\_ 7.2 íleon \_\_\_\_\_ 7.3 colon transversal \_\_\_\_\_ 7.4 colon descendente \_\_\_\_\_

#### 8.- Causa que conllevó a confeccionar ostomía intestinal

8.1 Fuga de anastomosis \_\_\_\_\_ 8.2 traumatismo \_\_\_\_\_ 8.3 obstrucción intestinal \_\_\_\_\_

8.4 cáncer de colon \_\_\_\_\_ 8.5 cáncer de ovario \_\_\_\_\_ 8.6 peritonitis fecaloidea/purulenta

8.6 isquemia intestinal \_\_\_\_\_ 8.7 Enfermedad Inflamatoria intestinal \_\_\_\_\_ 8.8 Fístula recto vaginal \_\_\_\_\_ 8.9 gangrena de Fournier \_\_\_\_\_

#### 9.- Abordaje a cavidad abdominal para confeccionar ostomía intestinal

9.1 Línea media \_\_\_\_\_ 9.2 Trefinación \_\_\_\_\_ 9.3 Laparoscopia \_\_\_\_\_

#### 10.- Realización marcaje previo del paciente para ubicar el estoma en la pared abdominal

10.1 Si \_\_\_\_\_ 10.2 No \_\_\_\_\_

**11.- Año que cursa el residente que realizo la confección de la ostomía**

11.1 1ero \_\_\_\_ 11.2 2do \_\_\_\_ 11.3 3ero \_\_\_\_ 11.4 4to \_\_\_\_

**12.- Tiempo transcurrido desde la confección de la ostomía hasta la aparición de complicaciones**

12.1 Antes de 24 horas \_\_\_\_ 12.2 1-7 días \_\_\_\_ 12.3 8- 30 días \_\_\_\_\_

**13.- Complicación presentada**

13.1.- Necrosis \_\_\_\_ 13.2.- Hemorragia \_\_\_\_ 13.3.-edema \_\_\_\_ 13.4 Desinserción Parcial \_\_\_\_  
13.5. Desinserción completa \_\_\_\_ 13.6 Dermatitis periestomal \_\_\_\_ 13.7 Absceso\_ 13.8  
prolapso de mucosa \_\_\_\_ 13.9 hernia periestomal \_\_\_\_ 13.10- Defascelación \_\_\_\_ 13.11  
Retracción \_\_\_\_ 13.12 estenosis \_\_\_\_\_

**14.- se identificó la complicación y fue reportada en historia clínica como diagnostico**

14.1 Si \_\_\_\_\_ 14.2 No \_\_\_\_\_

**15.- Tiempo entre la creación del estoma y la restitución del tránsito intestinal**

15.1 4-6 meses \_\_\_\_ 15.2 7-9 meses \_\_\_\_ 15.3 10-12 meses \_\_\_\_ 15.4 más de 12 meses \_\_\_\_

15.5 Aun posee la estoma \_\_\_\_\_

**15.- Se llevó a cabo consulta Formal con historia clínica**

15.1 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

www.bdigital.ula.ve

**ANEXO A.**

**COMPLICACIONES DE OSTOMIAS**

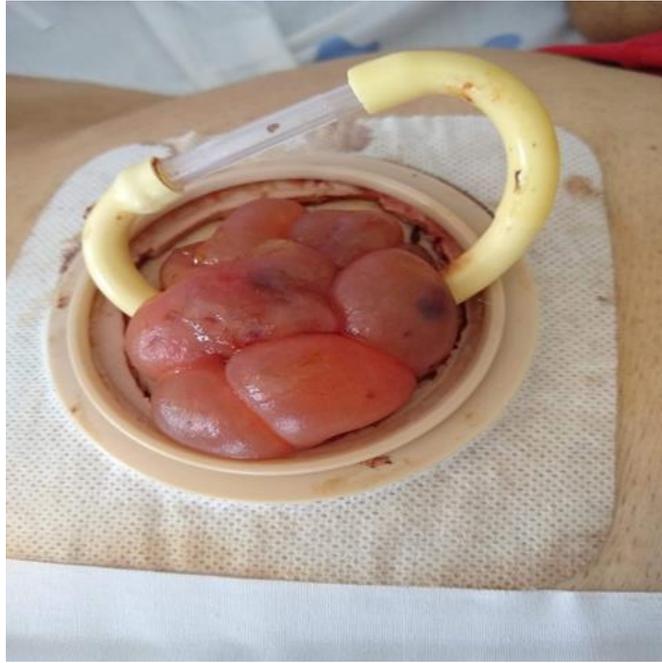
**Isquemia/Necrosis**



**Mal posición**



**Edema**



**Defascelación**



**Retracción**



**Desinserción**

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

