



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

**FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE
COLOSTOMÍAS E ILEOSTOMIAS EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA"**

**TESIS PRESENTADA POR:
DRA. JAZMÍN GUADALUPE REYNOSO MONTESINOS**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO GENERAL**

**ASESOR DE TESIS:
DRA. TERESA DE JESÚS GALICIA GÓMEZ**

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE COLOSTOMÍAS E ILEOSTOMIAS EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL “GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA”**

Dr. A. Fernando Palacio Vélez

Jefe de Servicio de Cirugía General y Profesor Titular

Dra. Teresa de Jesús Galicia Gómez

Asesor de Tesis

Dr. Víctor García Barrera

Coord. De Capacitación, Desarrollo e Investigación

Dr. Armando Pérez Solares

Jefe de enseñanza

AGRADECIMIENTOS

Con todo mi amor para la persona que siempre se esforzó en darme la mejor educación, el soporte para lograr mis sueños, por motivarme y ser el mejor ejemplo de fortaleza y de lucha, Gracias Mamá.

A Óscar por tus enseñanzas en lo personal y profesional, por tu apoyo y paciencia en los momentos difíciles a lo largo de este camino y a Marifer ya que ustedes son mi motor para ser mejor profesionista y persona.

A mis maestros que en este andar por la medicina, influyeron con sus enseñanzas y experiencias en mi formación como especialista y prepararon para los retos que siguen en adelante.

INDICE

1. Resumen	5
2. Introducción	6
3. Antecedentes	7
4. Problema	12
5. Justificación	13
6. Objetivo general	14
7. Objetivos específicos	14
8. Diseño	15
8.1. Tamaño de la muestra	15
8.2. Definición de las unidades de observación	16
8.3. Criterios de inclusión	17
8.4. Criterios de exclusión	17
8.5. Criterios de eliminación	18
8.6. Definición de variables y unidades de medida	18
8.7. Procedimientos de recolección de la información	19
8.8. Presentación de la información	19
9. Consideraciones éticas	21
10. Programa de trabajo	21
11. Recursos	22
11.1. Humanos	22
11.2. Materiales	22
12. Resultados	23
13. Discusión	32
14. Conclusiones	33
15. Anexo I	34
16. Bibliografía	35

Introducción. Las complicaciones de las ileostomías y colostomías son situaciones de gran importancia clínica ya que conllevan una alteración adicional al estilo de vida del paciente e implica un incremento en los costos de atención para los servicios de salud.

Objetivo. Identificar la frecuencia de complicaciones de ileostomías y colostomías realizadas por el servicio de cirugía general.

Material y métodos. Es un estudio retrospectivo, observacional y transversal, se revisó un total de 107 expedientes clínicos y bitácora de la clínica de ostomias para determinar la presencia de complicaciones tempranas y tardías.

Resultados. Se realizaron 168 colostomías e ileostomías de las cuales se excluyeron 61 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación quedando una muestra de 107 pacientes de los cuales la mayoría fueron hombres 59%, en un rango de edad de 18 a 96 años, con una media de 60.5 y mediana de 59 años, se realizaron un mayor número de colostomías, la complicación temprana más frecuente fue la infección y tardía la hernia paraestomal.

Conclusión. Conocer las complicaciones más frecuentes y los factores asociados que se presentan en nuestros pacientes nos ayuda a identificar los momentos en los que podemos inferir para la disminución de la frecuencia de estas desde el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

INTRODUCCION

La realización de estomas intestinales de eliminación es un procedimiento común en la práctica quirúrgica en el hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” y se puede realizar por diversas causas tales como padecimientos inflamatorios, infecciosos, tumorales sin embargo a pesar del diagnóstico que haya llevado a la realización de una estoma los cuidados que se deben tener en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio son los mismos y las posibilidades de presentar complicaciones son iguales en todos los pacientes sin embargo algunos factores de riesgo tales como diabetes Mellitus, Obesidad, enfermedad inflamatoria intestinal tienen una relación con la aparición de complicaciones por lo que es importante que en pacientes con estos factores de riesgo se debe tener mayor cuidado al momento de realizar la ostomía con el fin de tratar de prevenir las complicaciones ya que las que alteran el funcionamiento de la ostomía requieren reintervención quirúrgica con los gastos que esto implica, además que el resto de las complicaciones requieren de un mayor cuidado, mayor utilización de material de recolección y de material de curación para el manejo de la ostomía, por lo que es importante conocer la frecuencia de complicaciones que se presentan el servicio así como los factores de riesgo que se asociaron en esta población.

ANTECEDENTES

Una ostomía es el término con el que se designa a la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera a través de la pared abdominal, para conducir al exterior los desechos orgánicos como materia fecal o secreciones. La nueva abertura que se crea durante la ostomía recibe el nombre de estoma, palabra de origen griego que significa <<boca>>, su finalidad es permitir la eliminación de productos de desecho y recogerlos en un dispositivo destinado para este fin.^{1,2}

La disfunción de cualquiera de las porciones del intestino delgado, grueso, riñones, uréteres y vejiga, así como deformidad, defecto congénito, tumores, cáncer, diverticulitis, colitis ulcerativa, oclusiones, accidentes pueden generar la formación de estomas.³

CLASIFICACIÓN:

Las ostomías pueden clasificarse siguiendo diferentes criterios⁴:

Según su función

- Estomas de ventilación: en general a nivel de la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía respiratoria; traqueostomía.
- Estomas de nutrición: sonda en el aparato digestivo para mantener una vía abierta para la alimentación; gastrostomía, yeyunostomía.
- Estomas de eliminación: se crea una salida para el contenido fecal o urinario. Son las que vamos a contemplar; ileostomía, colostomía.

Según tiempo de permanencia

- Temporales: una vez solucionada la causa que las originó, se puede restablecer el tránsito intestinal o urinario.
- Definitivas: por una amputación completa del órgano o por cierre del mismo, no hay solución de continuidad

Según el órgano implicado

En el caso de las ostomías de eliminación

- Ostomías digestivas: Colostomía (sigmoides, descendente, transversa, ascendente), ileostomía
- Urinarias: urostomía (ileal o bricker, vesicostomía)

Según la indicación quirúrgica:

- Temporales: aquella que se realiza en pacientes en los que se prevé la reconstrucción, anastomosis o restitución de la víscera en un segundo tiempo.
- Permanentes: aquellas que se realizan en pacientes en las que no se puede llevar a cabo una reconstrucción debido a que no hay solución de continuidad, por amputación total del órgano afectado o por oclusión definitiva del mismo.

Según la capacidad de retener el contenido:

- Continentes: aquellas que por la técnica quirúrgica son capaces de retener por si mismas el contenido a evacuar.
- Incontinentes: las que evacuan el contenido al exterior de forma continua.

COMPLICACIONES

La incidencia de las complicaciones relacionadas a las estomas varía según la definición de las mismas.

Aunque existen deterioros metabólicos, nutricionales e hidroelectrolíticos relacionados con la fisiología de la derivación intestinal, nos enfocaremos principalmente a las complicaciones mecánicas que dependen de la construcción y la técnica quirúrgica; y las locales de la piel y tejidos blandos periestomales.

Las principales complicaciones tempranas:

1. **Selección inapropiada del sitio de la ostomía:** es una de las más frecuentes con repercusión directa en la disfunción de la misma, que conduce a irritación de la piel, dificultad para el autocuidado.
2. **Necrosis:** el compromiso vascular se puede presentar con varios grados de isquemia que van desde isquemia leve secundaria a trauma tisular quirúrgico o vasoespasmo con desprendimiento de la mucosa hasta el infarto y la necrosis intestinal secundaria a la ausencia de suministro arterial o circulación arterial colateral insuficiente. Además la congestión venosa puede llevar al compromiso de la perfusión arterial con la consecuente necrosis tisular. Interrupción del aporte vascular al momento de exteriorizar la estoma. En las fases iniciales de la construcción de una estoma hay congestión y edema por la manipulación de la vasculatura. Cuando hay tensión o resección excesiva del mesenterio, puede haber necrosis franca; por lo que una adecuada técnica quirúrgica es la mejor prevención. Cuando se

cuestiona la viabilidad, el asa debe evaluarse con un tubo de ensaye o un endoscopio. Si existe viabilidad a nivel de la aponeurosis basta con observar al paciente, si la necrosis se extiende más allá de este nivel, entonces se debe realizar una revisión y reconstrucción del estoma. La laparoscopia es una opción atractiva para evitar la morbilidad asociada a una gran herida en estos pacientes.

3. **Edema:** el engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa, por aumento de líquido intersticial, puede estar ocasionado por un manejo inadecuado del asa intestinal en su exteriorización quirúrgica o por defecto en la confección de la estoma con un orificio cutáneo estrecho que aloja un intestino de menor diámetro. Cuando aparece en el postquirúrgico tardío puede ser por obstrucción de la luz intestinal causada por restos de alimentos, hernia o recidiva de la enfermedad de base.
4. **Retracción:** ase relaciona a la tensión excesiva del mesenterio o el intestino, secundaria a la movilización inadecuada del segmento intestinal desnutrición, obesidad y uso de esteroides, cuando el orificio cutáneo es demasiado grande en relación con el diámetro del intestino.
5. **Separación mucocutánea:** es causada en la mayoría de las veces por infección de los bordes, relacionado con la contaminación del campo quirúrgico durante la intervención, excesiva tensión y tracción del intestino, obesidad.
6. **Lesión de la piel periestomal:** es la erosión e inflamación de la epidermis con la consecuente disrupción de la continuidad en el grosor

de la piel en respuesta al contacto con el contenido intestinal, que se presenta con más frecuencia en las ileostomías ya que tiene un mayor contenido de enzimas proteolíticas.

7. **Fistula periestomal**

Las principales complicaciones tardías:

1. **Prolapso subcutáneo:** el intestino se desliza hacia el exterior empujando las asas dentro del tejido celular subcutáneo, puede deberse a la manipulación de la ostomía, se manifiesta con malestar local, obstrucción y hasta encarcelación
2. **Prolapso:** se manifiesta como un aumento de la longitud de la estoma, que se puede reducir manualmente, hasta presentar edema de la mucosa, y por la excesiva manipulación puede presentar ulceración y sangrado y complicar el uso de los sistemas colectores.
3. **Retracción:** se relaciona con el aumento de peso, un trayecto corto del intestino al momento de la realización de la estoma.
4. **Estenosis:** se manifiesta en etapas tempranas con cambios de coloración, necrosis de la mucosa, en etapas tardías la isquemia evoluciona con fibrosis y retracción que puede terminar en estenosis, el tratamiento se basa en dilataciones periódicas, sin embargo el tratamiento definitivo es la reintervención quirúrgica.
5. **Obstrucción:** se puede producir por adherencias intestinales, hernia, estenosis, enfermedad de Crohn, neoplasias, hernia interna o vólvulo incluso impactación de restos de alimentos.

6. **Sangrado:** tiene diferentes causas entre las más comunes traumatismo por el autocuidado, la enfermedad de Crohn, varices periestomales en pacientes con hipertensión portal⁷.
7. **Hernia paraestomal:** una hernia paraestomal es una hernia incisional y, por lo tanto, se deben aplicar los mismos principios de tratamiento. Actualmente el uso de mallas ha dado el mejor resultado. Se pueden colocar mallas de polipropileno y de bajo peso por debajo de la aponeurosis anterior con un margen de 5 a 10 cm. Estas mallas se pueden colocar en un medio contaminado, sin embargo existe la posibilidad de formación de fístula, adherencias, seromas y complicaciones sépticas. Otra opción es usar una malla con cara intestinal de manera intraperitoneal⁸.

PROBLEMA

En nuestro hospital así como en el país no existen suficientes estadísticas acerca de las personas osteomizadas y sus complicaciones que además implican un aumento en los costos de hospitalización y en ocasiones en reintervenciones quirúrgicas. Por lo que este estudio busca indicar cuál es la frecuencia de complicaciones de estomas intestinales de eliminación realizadas por el servicio de cirugía general

JUSTIFICACION

En los pacientes con estomas intestinales de eliminación que no tienen acceso a insumos de calidad en el área hospitalaria, existen diversos factores que influyen en la aparición de complicaciones de las cuales la técnica quirúrgica y las condiciones del perioperatorio son muy importantes para el desarrollo de las mismas, por lo que es importante conocer las complicaciones más frecuentes que se presentan en nuestro servicio para identificar como pueden prevenirse con el fin de reducir la frecuencia de dehiscencia de herida quirúrgica parcial o total, complicaciones estomales que incrementan las infecciones nosocomiales las cuales tienen un enorme efecto en los costos de hospitalización y en la duración de la estadía posoperatoria entre 3 y 20 días o más. Lo anterior provoca que se incremente la estancia hospitalaria en términos económicos de \$3600 a \$24000, esto sin contemplar el costo de estudios de laboratorio y gabinete y uso de antibióticoterapia y eventos quirúrgicos, equipos recolectores y materiales de curación.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones de pacientes operados de ileostomías y colostomías en el servicio de cirugía general del periodo comprendido de 2010 al 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Documentar la complicación más frecuente de las colostomías e ileostomías
- Describir los factores de riesgo asociados para el desarrollo de complicaciones estomales

DISEÑO

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal ya que se analizarán las bitácoras de la clínica de ostomías y los expedientes clínicos de los pacientes operados por servicio de cirugía general en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” que requirieron la realización de una estoma intestinal de eliminación de enero del 2010 a diciembre del 2012.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

107 Pacientes mayores de 18 años osteomizados por servicio de cirugía general del hospital regional General Ignacio Zaragoza de enero del 2010 a diciembre del 2012.

DEFINICION DE LAS UNIDADES DE OBSERVACION

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo en años desde el nacimiento a la actualidad	Reportada en expediente	Años	Cuantitativa
Genero	Distinción básica basada en el tipo de gametos producidos por el individuo o categoría en la que encajan según dicho criterio	La plasmada en expediente clasificando al paciente como género masculino y femenino	Masculino y femenino	Nominal dicotómica
Factores de riesgo Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Obesidad Enfermedad inflamatoria intestinal	Enfermedad crónica degenerativa concomitante que cursa previo a su ingreso hospitalario	Los plasmados en el la historia clínica del expediente clínico	Si/No	Dicotómica
Cirugía realizada	Prioridad con la que se realiza evento quirúrgico	La plasmada en la hoja prequirúrgica	Electiva Urgencia	Dicotómica
Tipo de ostomía intestinal de eliminación	Parte del intestino con la cual se realiza la ostomía	Reportada en el expediente	Ileostomía Colostomía	Dicotómica
Complicaciones tempranas: Necrosis Umbilicación Absceso Hernia	Complicación que se presenta antes de 4 semanas de formada la ostomía	Plasmada en el expediente	Si/No	Nominal
Complicaciones tardías: Obstrucción Dermatitis Hernia Prolapso Estenosis	Complicación que se presenta posterior a 4 semanas de formada la ostomía	Plasmada en el expediente	Si/No	Nominal

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes de 18 o más años de ambos géneros operados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en el servicio de cirugía general en el periodo de enero del 2010 a diciembre 2012 y que amerito realización de estoma intestinal de eliminación de manera programada o urgencia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes operados en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza de enero del 2010 a diciembre 2012 con realización de estomas ya sea de urgencia o programados que no llevaron su seguimiento en la clínica de estomas del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.
2. Pacientes de 18 o más años de ambos géneros operados en otra unidad hospitalaria
3. Pacientes de ambos géneros menores de 18 años
4. Pacientes mayores de 18 años de edad, ambos géneros operados durante el periodo de enero del 2010 a diciembre del 2012 que ameritaron realización de colostomía o ileostomía por un servicio diferente a cirugía general (oncología quirúrgica, cirugía pediátrica).

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes con información incompleta en bitácora de clínica de estomas o el expediente clínico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Se medirá la frecuencia de las complicaciones de estomas intestinales de eliminación en porcentaje, tomando como 100% el total de pacientes estudiados según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se determinara el orden de frecuencia de las mismas, así como los factores de riesgo asociados a los pacientes que presentaron complicaciones.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizara la recolección de datos en la clínica de heridas y estomas del HRGIZ, tomando la información de la bitácora de pacientes osteomizados y bitácora haciendo un concentrado en una hoja de cálculo de Exel, para el concentrado de la información según criterios de inclusión, exclusión y eliminación para su análisis posterior.

Anexo I. Cedula de recolección de datos

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se realizará la búsqueda de información en la bitácora de clínica de estomas del HRGIZ en el periodo comprendido de enero 2010 a diciembre 2012 de los pacientes de 18 años o más de ambos géneros que ameritaron la formación de colostomías e ileostomías por parte del servicio de cirugía general, se tomaran las siguientes variables:

Género, Edad, factores de riesgo (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad exógena, Enfermedad inflamatoria intestinal), tipo de complicaciones, tipo de cirugía, indicaciones para el procedimiento quirúrgico.

Género: Porcentaje de pacientes masculino y femenino

Edad: mediana y media de edad general

Factores de riesgo:

- Porcentaje de pacientes portadores de diabetes mellitus
- Porcentaje de pacientes portadores de hipertensión arterial sistémica
- Porcentaje de pacientes portadores de obesidad
- Porcentaje de pacientes portadores de enfermedad inflamatoria intestinal
- Porcentaje de complicaciones tempranas
- Porcentaje de complicaciones tardías
- Frecuencia de complicaciones en general y por género
- Factores de riesgo asociados a los pacientes que presentaron complicaciones.

Se capturará la información obtenida en una base de datos y se analizará la relación de variables y obtención de gráficas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no tiene implicaciones éticas debido a que es un estudio descriptivo y no tiene intervención con pacientes, no influye en la decisión terapéutica utilizada de los pacientes.

La información obtenida se mantendrá con discreción y solo se publicarán los resultados en conjunto con fines estadísticos

PROGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MESES						
	1	2	3	4	5	6	7
Diseño del protocolo							
Revisión por el comité de investigación							
Correcciones de acuerdo al comité de investigación HRGIZ							
Aprobación del protocolo							
Recolección de datos							
Análisis de datos							
Conclusiones							
Presentación en congreso de cirugía general							
Publicación en revista de cirugía general							

RECURSOS

HUMANOS

Dra. Jazmín Guadalupe Reynoso Montesinos, Investigador único

Dra. Teresa de Jesús Galicia Gómez, Asesor de tesis

MATERIALES

Equipo de cómputo.

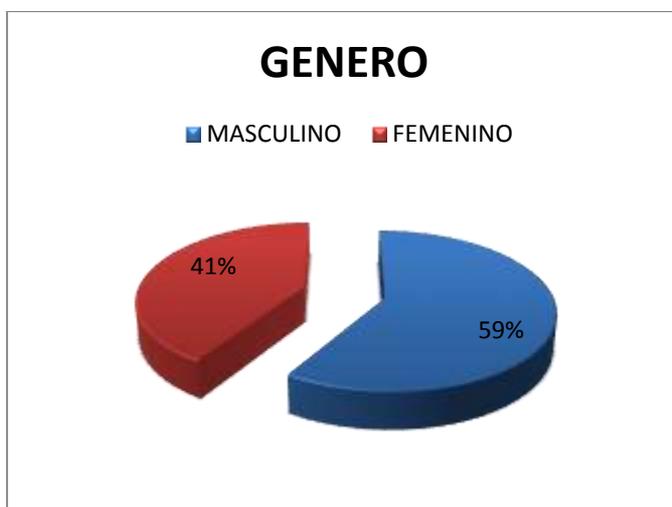
Papelería

RESULTADOS

Durante enero del 2010 a diciembre del 2012 se realizaron 168 colostomías e ileostomías de las cuales se excluyeron 6 pacientes menores de 18 años, 3 operados en otra unidad hospitalaria, 31 pacientes operados por servicios diferentes a cirugía general, se eliminaron 21 pacientes de los cuales se encontraba el expediente incompleto. Quedando 107 pacientes de los cuales se encontraron los siguientes resultados:

GENERO

GENERO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Masculino	63	59%
Femenino	44	41%



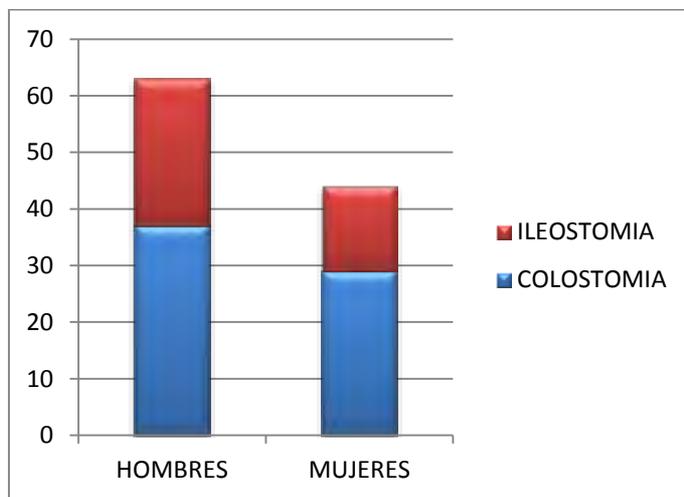
RESULTADOS

GRUPO ETAREO

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Rango de edad	23 – 96 años	18 – 87	18 – 96
Promedio de edad	60	61	60.5
Mediana	60	58	59
Mínimo	23	18	18
Máximo	96	87	96

TIPO DE ESTOMA

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Colostomía	66	37	29
Ileostomía	41	26	15



RESULTADOS

TIPO DE CIRUGIA

	TOTAL	PORCENTAJE
Programada	7	7%
Urgencia	100	93%

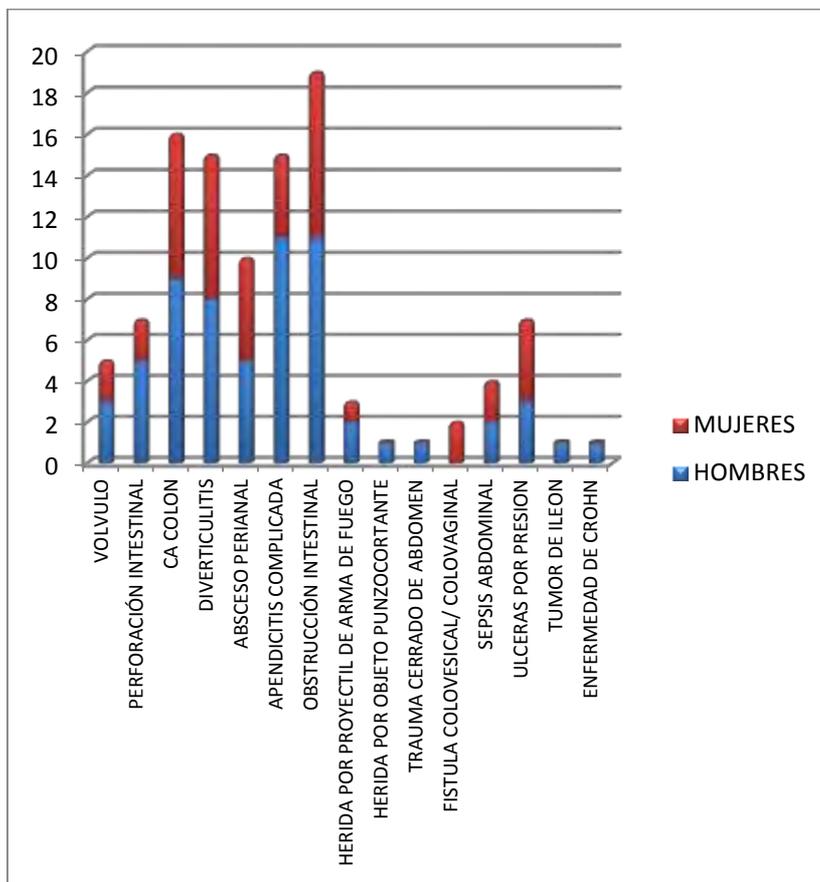


RESULTADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Volvulo	3	2	5
Perforación intestinal	5	2	7
Cáncer colon	9	7	16
Diverticulitis	8	7	15
Absceso perianal	5	5	10
Apendicitis complicada	11	4	15
Obstrucción intestinal	11	8	19
Herida por proyectil de arma de fuego	2	1	3
Herida por objeto punzocortante	1	0	1
Trauma cerrado de abdomen	1	0	1
Fistula colovesical/ colovaginal	0	2	2
Sepsis abdominal	2	2	4
Ulceras por presión	3	4	7
Tumor de íleon	1	0	1
Enfermedad de Crohn	1	0	1

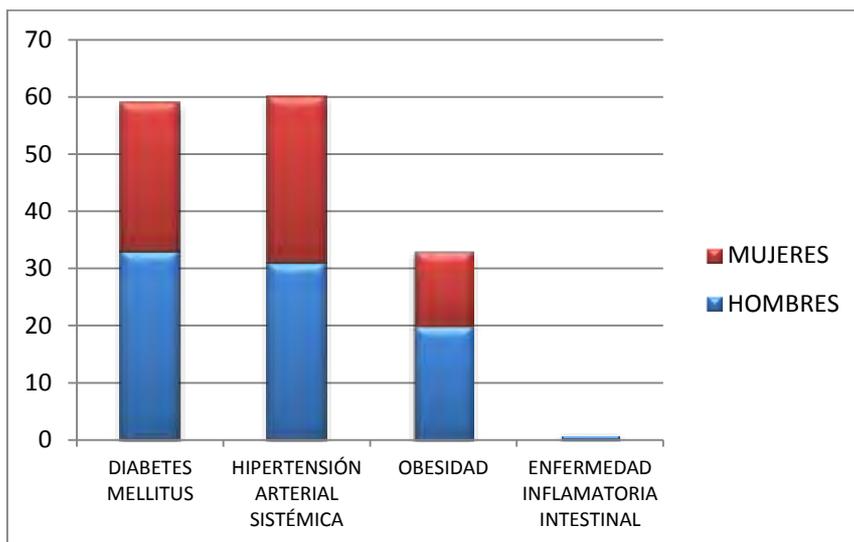
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL



RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Diabetes mellitus	59	33	26
Hipertensión arterial sistémica	60	31	29
Obesidad	33	20	13
Enfermedad inflamatoria intestinal	1	1	0



RESULTADOS

COMPLICACIONES

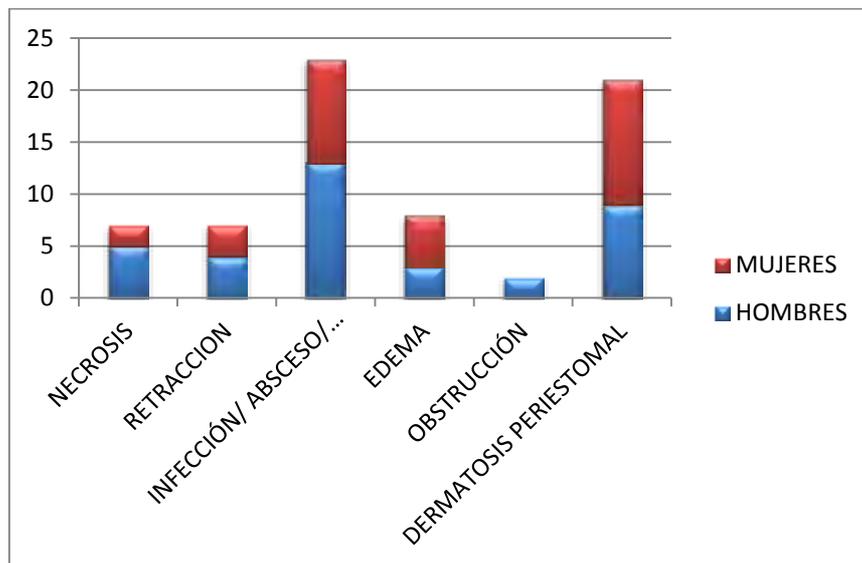
	TOTAL	PORCENTAJE
Tempranas	68	65%
Tardías	37	35%



RESULTADOS

COMPLICACIONES TEMPRANAS

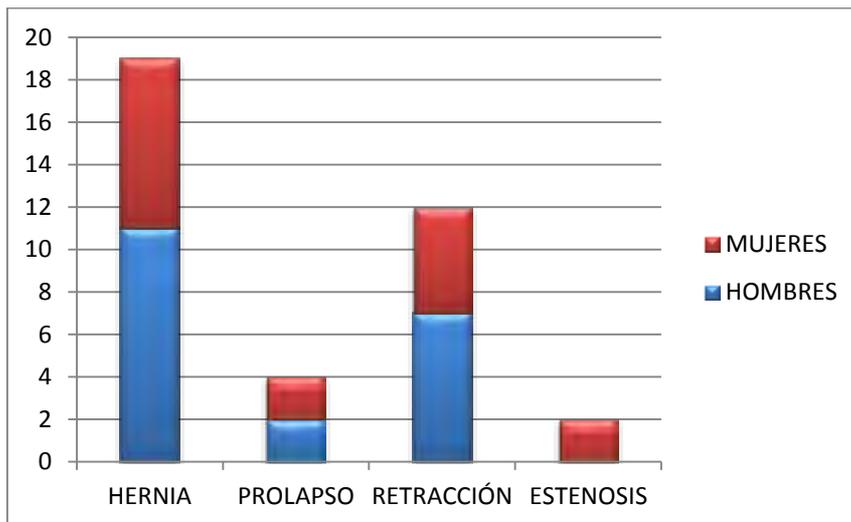
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Necrosis	7	5	2
Retracción	7	4	3
Infección/ absceso/ fistula	23	13	10
Edema	8	3	5
Obstrucción	2	2	0
Dermatosis periestomal	21	9	12



RESULTADOS

COMPLICACIONES TARDIAS

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Hernia	19	11	8
Prolapso	4	2	2
Retracción	12	7	5
Estenosis	2	0	2



La muestra estuvo constituida por 107 pacientes mayores de 18 años operados de enero del 2010 a diciembre del 2012 por el servicio de cirugía general operados de forma programada o urgencia en los que hubo la necesidad de realizar una ileostomía o colostomía encontrando 63 hombres (59%), 44 mujeres (41%), el rango de edad fue de 18 a 96 años, siendo la mediana 59 años y promedio 60.5 años. el 97% fueron cirugías de urgencia y solo 3% programadas. El tipo de estoma que se estudió fueron ileostomías (los diagnósticos principales por el que se realizó la ostomía en orden de frecuencia obstrucción intestinal, cáncer de colon, enfermedad diverticular complicada, apendicitis complicada y absceso perianal. Los factores de riesgo asociados diabetes mellitus en 55%, hipertensión arterial 56%, obesidad 30%, enfermedad inflamatoria intestinal 0.9%. Se registraron mayor número de complicaciones tempranas 65% que tardías 35%. De las complicaciones tempranas por orden de frecuencia infección/ absceso y fistula (33.8%), dermatosis periestomal (19.6%), edema (11%), necrosis (10%) y retracción (10%). de las complicaciones tardías por orden de frecuencia hernia paraestomal (51.3%), retracción (32%), prolapso (10.8%), estenosis (5.4%). Se presenta una frecuencia similar entre hombres y mujeres. La diabetes mellitus se asocia con más frecuencia a complicaciones tempranas como infección, formación de fistulas, y formación de abscesos. La hipertensión arterial sistémica se asocia con más frecuencia a la necrosis y la obesidad se asocia con más frecuencia a la retracción y hernia paraestomal.

CONCLUSIONES

Al conocer la frecuencia de complicaciones en nuestra población podemos disminuir la incidencia al momento del procedimiento quirúrgico al elegir el sitio apropiado, elección de segmento intestinal con el que se realizará así como su vascularidad ya que influyen en la disfunción de la ostomía que llevara indudablemente a la necesidad de reintervención quirúrgica para remodelación elevando los costos tanto del procedimiento quirúrgico como de hospitalización, insumos en material de curación y bolsas recolectoras. Además que se dificulta el autocuidado, ya es por sí mismo en un paciente sin complicaciones un gran cambio en el estilo de vida este se multiplica en los pacientes complicados, es por ello que se debe realizar un análisis del contexto clínico de cada paciente durante el preoperatorio de las condiciones hemodinámicas, las comorbilidades, durante el transoperatorio es importante la elección del segmento intestinal adecuado, que este libre del proceso inflamatorio, sin edema, disección de la reflexión peritoneal para evitar la tensión, elección de un sitio adecuado en la pared abdominal para la exteriorización evitando los pliegues, realización del a ostomía en cuadrantes superiores en pacientes obesos ya que el grosor del panículo adiposo es menor, durante el postoperatorio el adecuado adiestramiento del paciente y su familiar en el cuidado de la ostomía, la utilización de los sistemas colectores.

ANEXO I

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES DE COLOSTOMÍAS E ILEOSTOMIAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE _____

CEDULA _____

EDAD _____

GENERO _____

TIPO DE CIRUGIA					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	FECHA DE CIRUGIA	TIPO DE ESTOMA		URGENCIA	PROGRAMADA
		COLOSTOMIA	ILEOSTOMIA		

COMORBILIDADES			
DIABETES MELLITUS	OBESIDAD	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

COMPLICACIONES					
TEMPRANAS					
NECROSIS	RETRACCION	INFECCIÓN/ ABSCESO O FISTULA	HERNIA	OBSTRUCCION	DERMATOSIS PERIESTOMAL
TARDIAS					
HERNIA	PROLAPSO	RETRACCION	ESTENOSIS	OBSTRUCCION	

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica basada en evidencia para el marcaje y manejo integral e personas adultas con estomas de eliminación. AMCG, AMCICHAC, 2011.
2. Park et al. Stoma complications. *Dis Col Rect.* 1999, 42; 12: 1575-1580.
3. Edwards et al. Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg* 2001; 88; 360-363.
4. Arumugam et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal disease* 2003; 5; 49-52.
5. Williams. Care considerations for stoma complications. *Practice Nursing*, Vol. 23- 5, 04 May 2012, 242 - 245
6. Han C. Kuijpers MD, PhD, Sigrun Klok. Prevention and Treatment of Postoperative Complications After Stoma Surgery. Springer. *Treatment of Postoperative Complications After Digestive Surgery* 2014, 259-265
7. Angus JM Watson, Laura Nicol, Susan Donaldson, Cathie Fraser, Andrew Silversides. Complications of stomas: their etiology and management. *British Journal of Community Nursing*, 2013, 18- 3, 111 - 117
8. P. Nastro et al. Complications of intestinal stomas. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 1885–1889.