



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

**Factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la  
ostomía enteral. Servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa,**

**2015-2020**

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Cirugía General

### **AUTOR**

Sánchez Estupiñan, Joel Jesús  
(*ORCID*:0000-0003-4442-3147)

### **ASESOR**

Fernández Hoyos, José Domingo  
(*ORCID*:0000-0002-0736-7935)

**Lima, Perú**

**2021**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

Sánchez Estupiñan, Joel Jesús

**Tipo de documento de identidad:** DNI

**Número de documento de identidad:** 40946323

### **Datos de asesor**

Fernández Hoyos, José Domingo

**Tipo de documento de identidad:** DNI

**Número de documento de identidad:** 08686067

### **Datos del Comité de la Especialidad**

***PRESIDENTE:*** Jáuregui Francia, Filomeno Teodoro

***DNI:*** 08738668

***ORCID:*** 0000-0002-0101-8240

***SECRETARIO:*** Medrano Samamé, Héctor Alberto Jacinto

***DNI:*** 08248487

***ORCID:*** 0000-0002-5511-0368

***VOCAL:*** Aranzabal Durand, Susana Yrma

***DNI:*** 40320678

***ORCID:*** 0000-0001-9115-8599

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.11

Código del Programa: 912199

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	4
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Objetivos .....	5
<b>1.3.1 General:</b> .....	5
<b>1.3.2 Específicos:</b> .....	5
1.4 Justificación.....	6
1.5 Delimitación.....	6
1.6 Viabilidad.....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes de la investigación .....	8
2.2 Bases teóricas .....	10
2.3 Definiciones conceptuales .....	15
2.4 Hipótesis.....	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	17
3.1 Diseño .....	17
3.2 Población y muestra .....	17
3.3 Operacionalización de variables .....	20
3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos .....	22
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información .....	22
3.6 Análisis de datos.....	23
3.7 Aspectos éticos.....	23
CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	24
4.1 Recursos .....	24
4.2 Cronograma .....	24
4.3 Presupuesto .....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS .....	30
1. Matriz de consistencia.....	30
2. Instrumentos de recolección de datos.....	32
3. Solicitud de permiso institucional.....	34

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El número de ostomías está incrementando debido al aumento de la incidencia de tumores colorrectales y enfermedades inflamatorias del intestino; dos causas principales de creación de ostomías (1). Aproximadamente 100,000 personas se someten a una cirugía de ostomía cada año. Una ostomía aumenta las tasas de supervivencia; sin embargo, no están exentas a complicaciones posoperatorias (2). Las complicaciones tempranas, ocurren dentro de los 30 días posteriores a la cirugía, las más frecuentes son la dermatitis irritante periestomal, la separación mucocutánea, la retracción y la necrosis (3).

A pesar de los avances recientes en la cirugía y el cuidado de la ostomía, la prevalencia de las complicaciones tempranas de la ostomía varía entre el 10% y el 70% (3,4). En un estudio prospectivo extenso (n = 3970) realizado en el Reino Unido, se notificaron 1 o más complicaciones de ostomía en 1329 pacientes (34%) dentro de las 3 semanas posteriores a la cirugía (5). Persson et al. (6) siguieron a pacientes en Suecia que habían tenido ostomías durante 2 años y determinaron que una o más complicaciones de la ostomía se desarrollaron comúnmente 2 semanas después del alta del paciente.

Las complicaciones hacen que los pacientes se sientan ansiosos y tengan un desafío para mantener el sistema de bolsa, lo que a su vez les dificulta adaptarse a la ostomía, les impide regresar a las actividades de la vida diaria y reduce su calidad de vida (7). Una revisión sistemática de 14 artículos relevantes demostró que los problemas relacionados con la ostomía influyen negativamente en la calidad de vida de los pacientes (8).

El elemento clave para manejar una complicación de ostomía es prevenirla. En ese sentido el conocer los factores asociados sería relevante. Las investigaciones relacionadas mostraron que factores como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (IMC), el sitio de estoma, el tipo de ostomía, el tipo de procedimiento, la enfermedad comórbida y la técnica quirúrgica aumentan

el riesgo de complicaciones (3,9,10). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estos resultados, sólo representan la realidad de la institución donde se realizó el estudio, por lo que es difícil la generalización, en ese sentido los resultados pueden variar. Otro aspecto para considerar es la representatividad de la muestra, que al ser pequeña los resultados podrían no estar realmente asociados.

En Perú hay una serie de afecciones que pueden requerir la formación de un estoma, incluido el cáncer colorrectal y la enfermedad inflamatoria intestinal. La creación de un estoma no está exenta de riesgos pues su ejecución se asocia a complicaciones tempranas, las cuales incrementan los días de estancia hospitalaria, cuidados de atención primaria y consultas de ostomía. Su frecuencia oscila entre 39%-82% (11). A nivel del Hospital Santa Rosa, las investigaciones sobre complicaciones postoperatorias tempranas son escasas, por ende, existe una necesidad de estudios donde se determinen estas variables.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 General:**

Determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.

### **1.3.2 Específicos:**

- Determinar los factores epidemiológicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.

- Determinar los factores clínicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.
- Determinar los factores quirúrgicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.

#### **1.4 Justificación**

El estudio se justifica, pues las investigaciones sobre el tema a nivel nacional y local son escasas, en ese sentido los resultados a alcanzar resultan novedosos, es también justificable pues responde a un problema prevalente en el Hospital Santa Rosa que es la frecuencia de complicaciones postoperatorias tempranas en pacientes con ostomía enteral, contribuye además con las medidas preventivas para evitar las complicaciones.

Desde una perspectiva practica permite identificar a los pacientes con mayor predisposición a presentar complicaciones, de tal manera que el profesional de salud pueda administrar planes preventivos en este tipo de pacientes, y así reducir su incidencia. Desde un punto de vista económico contribuye en la disminución de gastos hospitalarios y gastos de bolsillo, debido a que contribuye en la prevención de esta afección.

De la misma manera la metodología y el instrumento creado pueden ser modelos para futuras investigaciones sobre el tema, además de ser un antecedente actual.

#### **1.5 Delimitación**

Delimitación conceptual

El presente estudio pretende determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral.

#### Delimitación demográfica

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes que se someten a procedimientos de ostomía enteral en el Hospital Santa Rosa.

#### Delimitación espacial

Hospital Santa Rosa, el cual se encuentra ubicado en la Avenida Simón Bolívar, distrito de Pueblo Libre, provincia de Lima.

#### Delimitación temporal

Los datos obtenidos pertenecerán al periodo de enero del 2015 a diciembre del 2020.

### **1.6 Viabilidad**

El presente estudio es viable de realizarse ya que el investigador cuenta con los recursos económicos necesarios, siendo este autofinanciado en su totalidad. Asimismo, se cuentan con los recursos materiales y humanos necesarios para la puesta en marcha y culminación del estudio. Todo ello asegurara que el desarrollo del estudio no genere ningún gasto a la Universidad Ricardo Palma y al Hospital Santa Rosa.

Cabe señalar que se realizarán las coordinaciones administrativas necesarias, como la obtención de la aprobación del proyecto de tesis, la obtención de los permisos necesarios de estadística para poder revisar las historias clínicas de los pacientes.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Ayik et al. (2), en 2020 realizaron un estudio con el objetivo de describir la frecuencia de las complicaciones de la colostomía e ileostomía, así como examinar las variables del paciente y la ostomía asociadas con las complicaciones tempranas y tardías. Fue un estudio analítico que incluyó a 572 pacientes. Como principales resultados se encontró que una o más complicaciones se desarrollaron en 323 pacientes (56,5%) en el período temprano. Las complicaciones más frecuentes en el período inicial fueron la dermatitis periestomal (181; 31,6%) y la separación mucocutánea (135; 23,6%). El riesgo de dermatitis periestomal fue significativamente mayor en pacientes con un índice de masa corporal  $> 24,9 \text{ kg / m}^2$  (odds ratio [OR] = 1,547; intervalo de confianza [IC] del 95% = 1,074-2,227), que tenían una ileostomía (OR = 1,654; IC del 95% = 1,157 -2,365) o una ostomía temporal (OR = 1,728; IC del 95% = 1,127-2,648). Las variables asociadas con un mayor riesgo de separación mucocutánea incluyeron obstáculos para el cuidado de la ostomía (OR = 2.222; IC del 95% = 1.294-3.816), y altura de la ostomía  $< 10 \text{ mm}$  (OR = 1.964; IC del 95% = 1,261-3,060).

Harilingam et al. (12), en 2017 realizaron un estudio con el objetivo de investigar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de complicaciones del estoma intestinal. Fue un estudio analítico que incluyó a 202 pacientes. Como principales resultados se encontró que se presentaron 69 complicaciones (69/202; 34,2%) en el postoperatorio temprano (mediana de 12 meses) en total, siendo la más común la retracción (30,4%). El estado funcional (puntuación de la Organización Mundial de la Salud 1 o más; OR 2,67; intervalos de confianza (IC) del 95%: 1,33-5,33;  $p = 0,006$ ) e índice de masa corporal ( $> 30 \text{ kg / m}^2$ ; OR 3,30; IC del 95%: 1,61-6,78 ;  $p = 0,001$ ) se asociaron significativamente con el desarrollo de complicaciones en el análisis multivariable. Los factores de riesgo relacionados con la cirugía, como la hora del día o la semana de la operación y el grado del cirujano, no se asociaron con el desarrollo de complicaciones del estoma. Treinta y ocho pacientes



(18,8%) murieron durante el período de seguimiento, pero la mortalidad no se relacionó con el desarrollo de complicaciones del estoma (1,01; 0,48-2,13,  $p = 0,98$ ). Concluyeron que los factores de riesgo relacionados con el paciente influyen en el riesgo de desarrollar una complicación del estoma más que los factores de riesgo relacionados con la cirugía.

Koc et al. (3), en 2017 realizaron un estudio con el objetivo de efectuar un análisis retrospectivo de los factores que afectan las complicaciones tempranas del estoma. Fue un estudio descriptivo que incluyó a 462 pacientes. Como principales resultados se encontró que la enfermedad maligna ( $p = 0,025$ ), la creación de una colostomía ( $p = 0,002$ ) y la ubicación del estoma en el cuadrante inferior izquierdo ( $p < 0,001$ ) fueron todos indicadores significativos de complicación del estoma. Concluyeron que las tasas de complicaciones tempranas del estoma fueron más altas en pacientes con enfermedades malignas y con colostomías.

Jayarajah et al. (1), en 2016 realizaron un estudio con el objetivo de describir las complicaciones a largo plazo de las ostomías enterales y sus factores contribuyentes. Fue un estudio analítico que incluyó a 146 pacientes. Como principales resultados se encontró que alrededor de 34,2% desarrolló complicaciones quirúrgicas. Las complicaciones frecuentes fueron prolapso ( $n = 24$ , 16,4%), excoriación cutánea ( $n = 22$ , 15,1%) y hernia paraestomal ( $n = 14$ , 9,6%). La tasa global de complicaciones fue significativamente menor en las ostomías en asa ( $p < 0,05$ ). La excoriación de la piel fue significativamente alta en los varones ( $p < 0,05$ ) y en las ileostomías ( $p < 0,001$ ). La hernia paraestomal fue más común en las ostomías terminales ( $p < 0,05$ ). La hernia paraestomal se observó significativamente más común en las mujeres (razón de posibilidades = 3.845, IC del 95%: 1.853–7.976,  $p = 0.0001$ ). La proporción de hernia paraestomal fue significativamente mayor en aquellos que no fueron evaluados perioperatoriamente por un terapeuta de ostomía (razón de posibilidades = 7.895, IC del 95%: 1.699-36.681,  $p = 0.002$ ). La hernia paraestomal fue significativamente alta en las colostomías terminales (28%, razón de posibilidades = 6,333, IC del 95%: 1,986-20,195,  $p = 0,001$ ). Concluyeron que la tasa global de complicaciones fue del 34,2%. La

atención perioperatoria de un terapeuta de ostomía puede ser muy eficaz para prevenir complicaciones, especialmente en un entorno con recursos limitados.

Carlsson et al. (10) en 2016, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de ostomía y complicaciones cutáneas periestomales y la influencia de la configuración de la ostomía en tales complicaciones. Fue un estudio analítico que incluyó a 207 pacientes. Como principales resultados se encontró que la edad media de los pacientes fue de 70 años (rango 19-94); El 74% se sometió a cirugía electiva. Los principales diagnósticos fueron cáncer colorrectal (62%) y enfermedad inflamatoria intestinal (19%). Los tipos de ostomía fueron: colostomía (71%), ileostomía terminal (26%) e ileostomía en asa (3%). Una o más complicaciones ocurrieron en el 35% de los pacientes (27% complicaciones de la ostomía, 11% complicaciones de la piel periestomal). Una hernia de colostomía fue la complicación quirúrgica más común (20%), y se observaron significativamente más mujeres (69%) y cirugías de emergencia entre los pacientes con una colostomía y una altura de ostomía de  $\leq 5$  mm.

## **2.2 Bases teóricas**

### Ostomía enteral

La palabra “ostomía” (o “estoma”) deriva del griego y significa “boca”, y se realiza mediante un procedimiento quirúrgico que crea una abertura en el abdomen (es decir, la ostomía). Esta apertura permite al paciente eliminar las heces y la orina que serán recolectadas en un dispositivo médico especial (bolsa) así como introducir sustancias con fines nutricionales o terapéuticos (13).

### Indicaciones

Los estomas intestinales juegan un papel importante en el tratamiento de muchas enfermedades gastrointestinales. La colostomía y la ileostomía son los estomas más habituales que se realizan en la práctica quirúrgica (14). Las indicaciones para estos procedimientos en las personas mayores difieren de las de los niños. En la actualidad, el cáncer colorrectal es la indicación más común para la creación de estomas en adultos (14,15). A diferencia de los

adultos, el estoma intestinal en los niños puede tratar malformaciones congénitas del intestino, como la enfermedad de Hirschsprung y la malformación anorrectal (15).

#### Intervención quirúrgica

La preparación preoperatoria del paciente es de gran importancia ya que contribuye a minimizar las complicaciones posoperatorias. Los protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía exigen optimizar el estado funcional de los pacientes antes de someterse a la cirugía como un medio comprobado para disminuir la morbilidad posquirúrgica (16). El consumo de alcohol, tabaco y drogas recreativas debe reducirse al mínimo o, preferiblemente, cesar. También debe evaluarse y optimizarse el estado metabólico del paciente (17).

La necesidad de la preparación intestinal preoperatoria en entornos de cirugía intestinal electiva es incuestionable. La práctica quirúrgica común incluye la administración de preparación intestinal mecánica junto con antibióticos orales, con el objetivo de reducir la carga microbiana del intestino y, en consecuencia, minimizar las infecciones del sitio quirúrgico (18).

Los estomas se pueden dividir en dos categorías amplias según la parte del intestino exteriorizado: ileostomías, que involucran una parte del íleon, y colostomías, creadas usando una parte del colon (19). Ambas pueden ser ostomías terminales donde el intestino se divide con la parte proximal que se usa para formar el estoma mientras que el periférico permanece dentro del abdomen como un muñón con su extremo suturado u ostomías en asa, donde la pared antimesentérica del intestino está parcialmente dividido. El intestino se acerca a la piel, creando una ostomía con dos aberturas, una “funcional” y otra no funcional (15).

Los pasos principales para crear una ostomía son comunes tanto en ileostomías como en colostomías. Primero, se extrae una parte circular de la piel con un diámetro de 2,5 a 3 cm en el sitio deseado utilizando un electrocauterio monopolar, después de levantarlo con una pinza de Kocher.

La vaina del recto anterior se expone a continuación, después de la división roma de la grasa subcutánea superpuesta. Se realiza una incisión cruciforme en la fascia, con extremidades de 3 cm de largo (19). Las fibras musculares subyacentes se dividen sin rodeos con un par de tijeras rectas o una pinza de Kelly para proteger los vasos epigástricos inferiores (20). Se revela así la pared posterior de la vaina del recto y se realiza una incisión vertical que la divide y el peritoneo parietal (19,20). A continuación, se sujeta la parte proximal del intestino dividido con una pinza de Babcock, que pasa a través de la abertura hecha en la pared abdominal, y se exterioriza el intestino. La longitud del intestino que debería sobresalir de la superficie de la piel es de 2 cm para las colostomías y de 5 cm para las ileostomías. Luego se debe cerrar la incisión de la línea media (15).

El intestino exteriorizado se fija a la piel mediante suturas absorbibles interrumpidas. Las ileostomías deben evertirse, creando un pico de 2 a 3 cm que sobresale de la piel (19). La eversión se logra mediante una técnica de sutura adecuada: inicialmente se pasan cuatro suturas a través de la capa subcuticular. Se toma una mordida seromuscular a 4-5 cm del extremo abierto del íleon y se pasa un tercio de espesor completo en el intestino. En la segunda etapa, se realiza la anastomosis enterocutánea (15).

La creación de ostomía también se puede realizar por vía laparoscópica, mostrando las bien conocidas ventajas de los procedimientos laparoscópicos como la minimización del dolor, la reducción del íleo posoperatorio, la recuperación rápida, la duración de la hospitalización más corta, la formación de adherencias notablemente disminuida y los episodios subsiguientes de obstrucción del intestino delgado (21).

#### Complicaciones periestomales tempranas

Las complicaciones de la ostomía se pueden clasificar como tempranas o tardías según el momento de inicio posoperatorio (15). Se ha definido que las complicaciones tempranas ocurren dentro de los 30 días posteriores a la cirugía; las complicaciones tempranas de la ostomía más comunes son la dermatitis irritante periestomal, la separación mucocutánea, la retracción y la

necrosis (22). Las complicaciones tardías ocurren después de este período posoperatorio de 30 días y pueden incluir hernia periestomal, prolapso, estenosis y granuloma (23).

Las complicaciones del complejo del estoma (es decir, la ostomía y su área circundante) pueden ser causadas por:

- Resultados de la ostomía quirúrgica o técnicas incorrectas (estas son la fuente más extendida de complicaciones y corresponden a aproximadamente el 40% de los casos);
- Métodos de manejo inadecuados de la ostomía;
- Factores individuales (como edad, afecciones de la piel, aumento o disminución excesiva del peso corporal, enfermedades preexistentes y / o concomitantes)
- Alteración de la pared abdominal del sitio de la ostomía (13).

Es decir, es muy importante reconocer cualquier cambio en el aspecto o funcionalidad de la ostomía, así como los principales síntomas que la acompañan, informarlos de inmediato a los profesionales sanitarios e implementar de inmediato las posibles soluciones (24). Específicamente, las complicaciones de la ostomía generalmente consisten en estreñimiento e irregularidad de los movimientos intestinales y enrojecimiento e inflamación de la piel periestomal (13).

En todos los casos, es necesario eliminar la causa del problema con tratamientos específicos para evitar la rápida evolución de lesiones cutáneas (más o menos) extensas, como: infecciones por hongos; foliculitis; hernia periestomal; retracción del plano de la piel debajo de la ostomía; estenosis y prolapso de ostomía (25).

## Factores asociados a complicaciones

### Edad

En el estudio de Ripoche et al. (26), entre las variables asociadas a la ocurrencia de hernia paraestomal la edad mayor de 60 años fue asociada significativamente ( $p < 0,0018$ ). Así mismo, en la investigación de Pilgrim et al. (27), el tamaño de la apertura y la edad del paciente fueron predictivos de hernia paraestomal (complicación de la ostomía enteral). Por cada milímetro de aumento en el tamaño de la apertura, el riesgo de desarrollar una hernia aumentó en un 10% (razón de probabilidades, 1,10 (IC, 1,03-1,18);  $p = 0,005$ ). Por cada año adicional de edad del paciente, el riesgo de desarrollar una hernia aumentaba en un 4% (razón de posibilidades, 1,04 (IC, 1,00-1,08);  $p = 0,04$ ). Hubo una prevalencia significativamente mayor de hernia después de la colostomía sigmoidea que después de la ileostomía (45,9% frente a 22%;  $p < 0,05$ ).

### Sexo

De acuerdo con el estudio de Jayarajah et al. (1), el análisis de las hernias paraestomales reveló una asociación significativa en las mujeres. Otros estudios sobre la hernia paraestomal relacionada con la ostomía enteral no proporcionaron una asociación significativa en las mujeres (26,27). Sin embargo, en un análisis retrospectivo de los conductos ileales, se demostró que las hernias paraestomales eran significativamente altas en las mujeres (28).

### Obesidad

En el estudio de Ayik et al. (2), tener un IMC  $> 24,9 \text{ kg / m}^2$ , una ileostomía o una ostomía temporal aumentó la tasa de dermatitis periestomal. Al respecto se menciona que la salida de más heces líquidas puede dañar la integridad de la piel en varios niveles. Otra investigación, similar a este estudio, mostró que la obesidad se relacionó con una mayor frecuencia de complicaciones periestomales (29).

### Comorbilidad

Malik et al. (30) destacaron que la morbilidad relacionada con el estoma tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes.

### Tipo de ostomía

De acuerdo con Jayarajah et al. (1), la excoriación de la piel fue significativamente más común en las ileostomías. Se sugiere que es común porque la secreción del intestino delgado es frecuente y más irritante debido a su naturaleza cáustica. En el estudio de Ripoché et al. (26), las complicaciones de la ostomía se produjeron con más frecuencia después de la ileostomía que después de otras formas de ostomía: 16% frente a 27,5%;  $p = 0,0086$ . Hsu et al. (31), determinó que los pacientes sometidos a estoma y ostomías fecales experimentaron menos complicaciones (OR = 0,34; IC del 95%, 0,25-0,47;  $P < 0,001$ ) que los pacientes con estomas no marcados. Las personas con ostomías fecales también tuvieron menos hernias y complicaciones cutáneas periestomales (OR = 0,25 y 0,30; IC del 95%, 0,09-0,71 y 0,20-0,44, respectivamente; ambos  $P < 0,001$ ).

### Altura del estoma

Parmar et al. (9), al evaluar ciento noventa y dos pacientes con estomas, de los cuales 52 (27,1%) fueron identificados como problemáticos (rango 0-66,7% entre unidades). Los factores de riesgo significativos incluyeron el tipo de estoma (colostomía) ( $p < 0,05$ ), la longitud del estoma corto ( $p = 0,006$ ), un IMC más alto ( $p = 0,043$ ), la cirugía de emergencia ( $p = 0,002$ ) y la falta de marcación del sitio preoperatorio ( $p < 0,001$ ). Los estomas con mayores complicaciones se asociaron con una estancia hospitalaria más prolongada ( $p < 0,001$ ) y una mayor atención comunitaria ( $p < 0,001$ ).

## 2.3 Definiciones conceptuales

### Ostomía

Procedimiento quirúrgico que crea una abertura en el abdomen (es decir, la ostomía) (13).

### Factor de riesgo

Aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud que es considerada importante prevenir (32).

Complicaciones postoperatorias

Procesos patológicos que afectan a los pacientes después de un procedimiento quirúrgico (32).

## **2.4 Hipótesis**

**Hipótesis de investigación (Hi):** Existen factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.

**Hipótesis nula (H0):** No existen factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.



## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

### 3.1 Diseño

El presente estudio es de tipo observacional y de diseño: analítico, transversal, retrospectivo.

- Analítica (comparativa), debido a que se comprobará la relación entre las variables que se van a estudiar (factores epidemiológicos, clínicos y quirúrgicos y la presencia de complicaciones postoperatoria tempranas); ello se llevará a cabo mediante la comparación de los posibles factores entre aquellos pacientes que presentaron y que no presentaron complicaciones postoperatorias tempranas.
- Retrospectiva, debido a que la elaboración de esta investigación será posterior a la ocurrencia de los hechos que se van a estudiar.
- Transversal, debido a que los sujetos que intervendrán en la investigación sólo serán estudiados en un solo momento sin realizarles algún seguimiento.

### 3.2 Población y muestra

#### Población

Todos los pacientes que se someten a procedimientos de ostomía enteral en el Hospital Santa Rosa en el periodo de 2015 a 2020.

#### Muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se usará la fórmula de comparación de proporciones, considerando un nivel de confianza del 95% y potencia de prueba del 80%. De acuerdo con los antecedentes, los pacientes mayores de 65 años operados de ileostomía, el 53.8% presentaron complicaciones y el 26% no los presentaron (33). A continuación, se presenta la fórmula antes mencionada:

$$n = \frac{\left[ Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$  : Nivel de confianza 95%.  
 $Z_{1-\beta/2} = 0.84$  : Poder de la prueba 80%.  
 $P = (p_1+p_2)/2$  : Prevalencia promedio de edad mayor a 65 años en pacientes con ostomía enteral si/no presentaron complicaciones postoperatorias.  
 $P_1 = 0.538$  : Prevalencia promedio de edad mayor a 65 años en pacientes con ostomía enteral si presentaron complicaciones postoperatorias.  
 $P_2 = 0.260$  : Prevalencia promedio de edad mayor a 65 años en pacientes con ostomía enteral no presentaron complicaciones postoperatorias.  
 $N = 48$  : Tamaño de la muestra estimado para el grupo de estudio.  
 $M = 96$  : Tamaño de la muestra estimado para el grupo comparativo.

Por lo tanto, la población estará conformada por 144 pacientes que se someten a procedimientos de ostomía enteral, de los cuales 48 evidenciaron complicaciones postoperatorias y 96 no las presentaron.

### **Tipo y técnica de muestreo**

El tipo de muestreo será el probabilístico y la técnica a usar será el aleatorio simple para el grupo de estudio y grupo comparativo.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

##### **– Grupo de estudio**

- Pacientes ostomizados mayores de edad.
- Pacientes ostomizados de ambos sexos.
- Pacientes sometidos a ostomía enteral de tipo colostomía, ileostomía o yeyunostomía.
- Pacientes sometidos a ostomía por diversas causas como obstrucción intestinal, tumoración, etc.
- Pacientes ostomizados que presentaron complicaciones postoperatorias tempranas.

- Pacientes ostomizados con historia clínica completa.

– **Grupo comparativo**

- Pacientes ostomizados mayores de edad.
- Pacientes ostomizados de ambos sexos.
- Pacientes sometidos a ostomía enteral de tipo colostomía, ileostomía o yeyunostomía.
- Pacientes sometidos a ostomía por diversas causas como obstrucción intestinal, tumoración, etc.
- Pacientes ostomizados que no presentaron complicaciones postoperatorias tempranas.
- Pacientes ostomizados con historia clínica completa.

**Criterios de exclusión**

- Pacientes ostomizados menores de edad.
- Pacientes ostomizados con historia clínica incompleta.

### 3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE		DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INSTRUMENTO	
VARIABLE DEPENDIENTE Complicación postoperatoria temprana		Ocurrencia de al menos una complicación periestomal como dermatitis, dehiscencia, infección, prolapso, entre otras presentadas entre el inmediato posterior a cirugía y 30 días de realizada la cirugía	Cualitativa	Nominal	Dermatitis Dehiscencia Infección Prolapso Isquemia Otros Ninguna	Ficha de recolección de datos	
VARIABLE INDEPENDIENTE	Factores de riesgo epidemiológicos	Edad	Tiempo transcurrido cuantificado en años desde el nacimiento del paciente intervenido hasta la ocurrencia de complicaciones postoperatorios	Cuantitativa	Razón	Años	Ficha de recolección de datos
		Sexo	Características biológicas que diferencian a los pacientes varones de las mujeres	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	
		Estado nutricional	Estado del cuerpo en relación con el consumo y utilización de nutrientes. Evaluado mediante el índice de masa corporal (IMC).	Cualitativa	Nominal	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	
		Hábitos nocivos	Acciones o comportamientos continuos de los pacientes que ponen en riesgo su salud	Cualitativa	Nominal	Tabaco Alcohol	
	Factores de riesgo clínico	Comorbilidades	Presencia de una o más patologías además de la actual en los pacientes	Cualitativa	Nominal	Diabetes mellitus Hipertensión arterial Fibrilación auricular	Ficha de recolección de datos
		Diagnostico quirúrgico	Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas	Cualitativa	Nominal	Cáncer colorrectal Enfermedad inflamatoria intestinal Perforación Obstrucción Diverticulitis	
		Quimio radioterapia neoadyuvante	Tratamiento que se administra como primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del	Cualitativa	Nominal	Si No	

			tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía.				
Factores de riesgo quirúrgicos	Cirugía de emergencia	Intervención quirúrgica que se realiza en pacientes que requieren una valoración y acción inmediata para salvar la vida del paciente	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos	
	Técnica operatoria	Procedimiento de manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin	Cualitativa	Nominal	Hartmann Resección anterior Amputación abdominoperineal Colectomía subtotal		
	Tipo de ostomía	Abertura creada quirúrgicamente entre los intestinos y la pared abdominal.	Cualitativa	Nominal	Colostomía terminal Colostomías laterales Ileostomías laterales Ileostomías terminales		
	Estoma ubicada en cuadrante abdominal inferior izquierdo	Ubicación anatómica donde se realiza la ostomía	Cualitativa	Nominal	Si No		
	Tiempo operatorio	Tiempo transcurrido cuantificado en minutos desde que el cirujano realizará la primera incisión hasta la realización de último punto de sutura	Cuantitativa	Razón	Minutos		
	Estancia hospitalaria	Tiempo transcurrido cuantificado en días desde que el paciente es hospitalizado hasta el momento del alta	Cuantitativa	Razón	Días		

### **3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos**

#### Técnica

La técnica de recolección de datos será la documentación. Es decir, se basará en la revisión de las historias clínicas de los pacientes sometidos a ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, durante el periodo del 2015 a 2020

#### Instrumento de recolección de datos

La recopilación de datos se realizará haciendo uso de una ficha de recolección, la cual será elaborada teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, los objetivos de la investigación y la operacionalización de las variables.

La estructura de la ficha será compuesta por 4 secciones:

- Factores epidemiológicos: se incluirán las variables edad, sexo, estado nutricional y hábitos nocivos
- Factores clínicos: se considerará la presencia de comorbilidades, diagnóstico quirúrgico, tratamiento adyuvante con quimio o radioterapia.
- Factores quirúrgicos: las variables a incluir serán la cirugía de emergencia, técnica operatoria, tipo de ostomía, ubicación del estoma, tiempo operatorio y estancia hospitalaria.
- Complicaciones postoperatorias tempranas: en esta investigación se evaluarán las complicaciones de ostomía agrupándolas como complicaciones periestomales, entre ellas se menciona la irritación, infección, prolapso, dehiscencia, isquemia.

### **3.5 Técnicas para el procesamiento de la información**

Dentro de las tareas para el logro de los resultados se tiene los siguientes aspectos:

- Se solicitará la autorización y aprobación del proyecto de investigación a la Universidad Ricardo Palma y al director general del Hospital Santa Rosa.

- Posteriormente, se coordinará con el Hospital Santa Rosa para poder realizar la revisión de historias clínicas de los pacientes que se sometieron a procedimientos de ostomía
- Luego se procederá a la recolección de datos mediante la ficha de recolección, diseñada en base a los objetivos del estudio.
- Finalmente, los datos recolectados serán vaciados a una hoja de cálculo del programa estadístico SPSS, para su posterior análisis.

### **3.6 Análisis de datos**

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 25 versión en español, la cual pasará por previo control de calidad de registros para proseguir con el análisis estadístico:

**Análisis descriptivo:** Se describirán a las variables cualitativas por medio de frecuencias absolutas y relativas, mientras que para el caso de las cuantitativas se realizarán cálculos de medidas de tendencia central y dispersión.

**Análisis inferencial:** Para determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral se aplicará la prueba Chi cuadrado, considerando la significancia del 5%, donde los p-valores inferiores a 0.05 serán significativos.

Los resultados serán presentados en tablas simples y bidimensionales, además de gráficos estadísticos para un mejor entendimiento y análisis. Se usará el programa Microsoft Excel 2019.

### **3.7 Aspectos éticos**

Para la recolección de los datos no se requiere la participación directa del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa; ya que únicamente se realizará la revisión de las historias clínicas de los pacientes que conformen la población de estudio y de ser necesario se realizará la consulta a algunos especialistas del tema. No se registrarán datos personales del paciente, dado que la recopilación de información será a través de códigos de identificación, sumado a ello se dará estricto cumplimiento de los principios éticos y estipulaciones de la Declaración de Helsinki.

## CAPÍTULO IV: RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 4.1 Recursos

#### Humanos

- Investigador(es) gastos personales
- Asesoría Análisis Estadístico
- Personal de Apoyo (viáticos)

#### Materiales

#### Bienes:

- Material de oficina
- Material de Impresión

#### Servicios:

- Digitación del Proyecto e Informe de Tesis
- Fotocopias, anillados y empastados
- Gastos imprevistos

### 4.2 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2021					
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Revisión bibliográfica	X					
Elaboración del proyecto	X					
Revisión del proyecto	X					
Presentación ante autoridades	X					
Revisión de instrumentos	X					
Reproducción de los instrumentos	X					
Preparación del material de trabajo	X					
Selección de la muestra		X				
Recolección de datos			X	X		
Control de calidad de datos					X	
Tabulación de datos					X	
Codificación y preparación de datos para análisis					X	
Análisis e interpretación						X
Redacción informe final						X
Impresión del informe final						X
Presentación de informe final						X



### 4.3 Presupuesto

<b>Conceptos</b>	<b>Gastos</b>	
<b>Recursos humanos</b>		S/. 2,200.00
Investigador(es) gastos personales	S/. 1,000.00	
Asesoría Análisis Estadístico	S/. 400.00	
Personal de Apoyo (viáticos)	S/. 400.00	
Digitador	S/. 400.00	
<b>Recursos materiales</b>		
<b>Bienes</b>		S/. 700.00
Material de oficina	S/. 400.00	
Material de Impresión	S/. 300.00	
<b>Servicios</b>		S/. 1,300.00
Digitación del Proyecto e Informe de Tesis	S/. 600.00	
Fotocopias, anillados y empastados	S/. 400.00	
Gastos imprevistos	S/. 300.00	
<b>Total</b>		<b>S/. 4,200.00</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jayarajah U, Samarasekera A, Samarasekera D. A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors. *BMC Res Notes*. 2016; 9. DOI: 10.1186/s13104-016-2304-z.
2. Ayik C, Özden D, Cenan D. Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. *Wound Manag Prev*. 2020; 66(9): 20-30.
3. Koc U, Karaman K, Gomceli I, Dalgic T, Ozer I, Ulas M, et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage*. 2017; 63(1): 28-32.
4. Lindholm E, Persson E, Carlsson E, Hallén A, Fingren J, Berndtsson I. Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery: a 2-year follow-up study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015; 40(6): 603-610. DOI: 10.1097/WON.0b013e3182a9a7d9.
5. Cottam J, Richards K, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis*. 2015; 9(9): 834–838. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x.
6. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E, Hallén A, Lindholm E. Stoma-related complications and stoma size - a 2-year follow up. *Colorectal Dis*. 2016; 12(10): 971–976. DOI:10.1111/j.1463-1318.2009.01941.x.
7. Sun V, Bojorquez O, Grant M, Wendel C, Weinstein R, Krouse R. Cancer survivors' challenges with ostomy appliances and self-management: a qualitative analysis. *Support Care Cancer*. 2020; 28(4): 1551–1554. DOI: 10.1007/s00520-019-05156-7.
8. Vonk-Klaassen S, de Vocht H, den Ouden M, Eddes E, Schuurmans M. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016; 25(1): 125–133. DOI:10.1007/s11136-015-1050-3.
9. Parmar K, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees N. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater

- Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis.* 2011; 13(8): 935–938. DOI:10.1111/j.1463-1318.2010.02325.x.
10. Carlsson E, Fingren J, Hallén A, Petersén C, Lindholm E. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manag.* 2016; 62(10): 34–48.
  11. García-Pardo A, Rodríguez Y, Martínez E, Gómez de Antonio R, Allo G, Garcia F, et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. *Rev. gastroenterol. Perú.* 2019; 39(3).
  12. Harilingam M, Sebastian J, Twum-Barima C, Boshnaq M, Mangam S, Khushal A, et al. Patient-related factors influence the risk of developing intestinal stoma complications in early post-operative period. *ANZ J Surg.* 2017; 87(10):116-120. DOI: 10.1111/ans.13397.
  13. Foà C, Bisi E, Calcagni A, Goldoni A, Moscatelli M, Pellicani V, et al. Infectious risk in ostomy patient: the role of nursing competence. *Acta Biomed.* 2019; 90(11): 53–64. DOI: 10.23750/abm.v90i11-S.8909.
  14. Martin S, Vogel J. Intestinal stomas: indications, management, and complications. *Adv Surg.* 2012; 16: 19-49.
  15. Ambe P, Kurz N, Nitschke C, Odeh S, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. *Dtsch Arztebl Int.* 2018; 115(11).
  16. Arolfo S, Borgiotto C, Bosio G, Mistrangelo M, Allaix M, Morino M. Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications. *Tech Coloproctol.* 2018; 22(9): 683-687.
  17. Iqbal U, Green J, Patel S, Tong Y, Zebrower M, Kaye A, et al. Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2019; 35(1): 14-23.
  18. Kumar A, Kelleher D, Sigle G. Bowel Preparation before Elective Surgery. *Clin Colon Rectal Surg.* 2015; 26(3): 146-152.
  19. Whitehead A, Cataldo P. Technical Considerations in Stoma Creation. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017; 30(3): 162-171.

20. Correa Martinez A, Erestam S, Haglund E, Ekelund J, Angerås U, Rosenberg J, et al. Stoma-Const--the technical aspects of stoma construction: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2015; 15(254).
21. Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F, et al. Multidisciplinary Italian Study group for STOMas (MISSTO). Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol*. 2019; 23(11): 1037-1056.
22. Steinhagen E, Colwell J, Cannon L. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017; 30(3): 184-192.
23. Nastro P, Knowles C, McGrath A, Heyman B, Porrett T, Lunniss P. Complications of intestinal stomas. *Br J Surg*. 2010; 97(12): 1885-1889.
24. Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I, et al. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis*. 2015; 7(3).
25. Douri T, Shawaf A. Pseudoverrucous papules and nodules: a case report. *Dermatol Online J*. 2012; 18(4).
26. Ripoché J, Basurko C, Fabbro-Perray P, Prudhomme M. Parastomal hernia. A study of the French federation of ostomy patients. *J Visc Surg*. 2011; 148(6): 435-441. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2011.10.006.
27. Pilgrim C, McIntyre R, Bailey M. Prospective audit of parastomal hernia: prevalence and associated comorbidities. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53(1): 71-6. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181bdee8c.
28. Donahue T, Bochner B, Sfakianos J, Kent M, Bernstein M, Hilton W, et al. Risk factors for the development of parastomal hernia after radical cystectomy. *J Urol*. 2015; 191(6): 1708-1713. DOI: 10.1016/j.juro.2013.12.041.
29. Sung Y, Kwon I, Jo S, Park S. Factors affecting ostomy-related complications in Korea. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37(2): 166–172. DOI:10.1097/WON.0b013e3181cf7b76.
30. Malik T, Lee M, Harikrishnan A. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018; 100(7): 501-508. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0126.

31. Hsu M, Lin J, Hsu H, Lai H, Wu Y. Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020; 47(3): 249-256. DOI: 10.1097/WON.0000000000000634.
32. Organizacion Mundial de la Salud. Descriptores en ciencias de la salud. [Online].; 2020. [consultado 31 mayo 2021]. Disponible en: <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
33. Vergara o, Trejo M, Salgado N. Multivariate analysis of risk factors for complications after loop ileostomy closure. *Cirugía y Cirujanos.* 2019; 87(1): 337-346.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los factores epidemiológicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020</li> <li>- Determinar los factores clínicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general</li> </ul>	<p><b>Hi:</b> Existen factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020</p> <p><b>H0:</b> No existen factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020</p>	<p><b>Variable dependiente:</b> Complicación postoperatoria temprana</p> <p><b>Variable independiente:</b> Factores epidemiológicos Factores clínicos Factores quirúrgicos</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Estudio no experimental, de diseño analítico (comparativo), retrospectivo y transversal.</p> <p><b>POBLACIÓN:</b> Todos los pacientes que se someten a procedimientos de ostomía enteral en el Hospital Santa Rosa en el periodo de 2015 a 2020.</p> <p><b>MUESTRA</b> 144 pacientes</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> Ficha de recolección</p>

	<p>del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar los factores quirúrgicos asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015 a 2020</li> </ul>			<p><b>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN</b> Observación</p> <p><b>PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN</b> Frecuencias absolutas, frecuencias relativas, promedio, desviación estándar, Chi cuadrado.</p>
--	---	--	--	--





Tipo de ostoma:            Colectomía subtotal ( )  
                                 Colostomía terminal ( )  
                                 Colostomías laterales ( )  
                                 Ileostomías laterales ( )  
                                 Ileostomías terminales ( )

Ubicación de estoma: \_\_\_\_\_

Estoma ubicada en cuadrante abdominal inferior izquierdo: Si ( ) No ( )

Tiempo operatorio: \_\_\_\_\_ minutos

Estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ días

4. Complicación postoperatoria temprana Si ( ) No ( )

Dermatitis ( )

Dehiscencia ( )

Infección ( )

Prolapso ( )

Isquemia ( )

Otros: \_\_\_\_\_

### 3. Solicitud de permiso institucional

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO  
DR.**

**DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA ROSA**

**ATENCION: OFICINA DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA**

Yo, **JOEL JESÚS SÁNCHEZ ESTUPIÑAN**, médico residente de Cirugía General, del Hospital Santa Rosa, con DNI N° 40946323, con domicilio en Calle Cabo Gutarra 960, Pueblo Libre - Lima; con el debido respeto me presento y expongo:

Que debido a que me encuentro realizando la tesis **Factores asociados a complicaciones postoperatorias tempranas de la ostomía enteral. Servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa, 2015-2020**, para obtener el título de Especialista en Cirugía General; requiero se me autorice la ejecución de la investigación, para llevar a cabo dicha tesis.

Conocedor de su espíritu de investigación es que agradezco su colaboración a la presente solicitud.

Atentamente

---

**Médico Cirujano JOEL JESÚS SÁNCHEZ ESTUPIÑAN**  
**CMP: 48121**

# Factores Asociados a Complicaciones Postoperatorias Tempranas de la Ostomía Enteral. Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa, 2015-2020

## INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	7%
2	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
3	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Científica del Sur Trabajo del estudiante	1%
5	<a href="https://repositorio.upao.edu.pe">repositorio.upao.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
7	<a href="https://repositorio.Unap.Edu.Pe">Repositorio.Unap.Edu.Pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="https://www.goconqr.com">www.goconqr.com</a> Fuente de Internet	<1%

---

Excluir citas      Activo

Excluir coincidencias      < 20 words

Excluir bibliografía      Activo

# Factores Asociados a Complicaciones Postoperatorias Tempranas de la Ostomía Enteral. Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa, 2015-2020

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

**/0**

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

---

PÁGINA 20

---

PÁGINA 21

---

PÁGINA 22

---

PÁGINA 23

---

PÁGINA 24

---

PÁGINA 25

---

PÁGINA 26

---

PÁGINA 27

---

PÁGINA 28

---

PÁGINA 29

---

PÁGINA 30

---

PÁGINA 31

---

PÁGINA 32

---

PÁGINA 33

---



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Joel Jesús Sánchez Estupiñan  
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residencia  
Título de la entrega: Factores Asociados a Complicaciones Postoperatorias Tempr...  
Nombre del archivo: S\_nchez\_Estupi\_an.docx  
Tamaño del archivo: 160.69K  
Total páginas: 33  
Total de palabras: 6,890  
Total de caracteres: 39,424  
Fecha de entrega: 16-sept.-2022 08:39a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 1901293833

