

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES
COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON
H.N.E.R.M DURANTE EL PERÍODO ENERO 2013-
DICIEMBRE 2014.**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER
GARCÍA PALOMINO KAREN ILIANA.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO CIRUJANO

DIRECTOR DE TESIS: DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS.

ASESOR DE TESIS: DRA. ROSA GUTARRA VILCHEZ.

LIMA – PERÚ

- 2016 –

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres Sofía y Teófilo que me vieron nacer y que su enseñanza y sus buenas costumbres han creado en mí, espíritu de superación, haciendo que hoy tenga el conocimiento necesario para triunfar en la vida.

A mis docentes, mis maestros, que durante mi vida universitaria dedicaron su tiempo a formarme como profesional y más importante como persona.

Les dedico el presente trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

Y mi especial agradecimiento al Dr. David Ortega por confiar en este trabajo, por su dedicación y disposición de asesorarme.

RESUMEN

Las colostomías son un procedimiento frecuente en los hospitales y los resultados de salud se ven reflejados en la sobrevida de los pacientes, que requieren de atención específica y estandarizada. El propósito de este estudio es conocer las características epidemiológicas de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en el HNERM. Método: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; se realizó en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La muestra estuvo constituida por 128 pacientes. El instrumento fue una ficha de recolección de datos y el análisis fue realizado en el sistema SPSS 23. Resultados: Se encontró que el 62% de los pacientes fueron del género femenino, el grupo de edad donde predominaron fue de 61 a 75 años con el 37%, siendo la comorbilidad presente más frecuente la cirugía abdominopélvica previa con un 31%. Destaca que la obstrucción intestinal (38%), así como la resección abdominoperineal (31%) fueron las más frecuentes indicaciones de colostomía. El 64% de las colostomías fueron definitivas y el 36% fueron temporales. En relación a la morfología, el 58% fueron terminales. La presencia de complicaciones post operatorias se hallaron hasta en un 56% de la población. Siendo la infección de sitio operatorio fue la más frecuente con un 27%. Discusión: Este estudio aporta una vista preliminar del comportamiento de las colostomías, resaltando que el cáncer colorrectal irreseccable y la resección abdominoperineal son patologías frecuentes que condicionan la confección de una colostomía, siendo estas potencialmente prevenibles cuando son tempranamente diagnosticados; de ahí la importancia de estandarizar los registros para unificar datos epidemiológicos, que aporten información para planificar las intervenciones tempranas, así como resaltar la importancia que este problema de salud representa en la población peruana. Palabras clave: Epidemiología, colostomía, cirugía.

ABSTRACT

Colostomy are a common procedure in hospitals and the health outcomes are reflected in increased life expectancy of patients that require specific and standardize care. The purpose of this study is to describe the epidemiology of patients who had a colostomy during January 2013 to December 2014 in HNERM. Method: This is a descriptive, retrospective and transverse study; it was done in Edgardo Rebagliati Martins Hospital, the sample was constituted by 128 patients. The instrument was a data-collection and It was analyzed in SPSS program. Results: It was found that 62% are female, predominant age group is from 61 to 75 years old with 37%. Previous surgery was the first disease present in the sample. Intestinal Obstruction is the most frequent cause of surgery for colostomy. Permanent colostomy are 64% and temporary are 36%. In relation to morphology, 58% are terminal. Discussion: This study contributes with a general view of colostomies, foreground colorrectal cancer and Miles Surgery as frequent diseases by colostomies, and there are preventable when they have an early diagnose; this is why the relevance of standardizing registers to unify epidemiological data that will offer information to plan early interventions as well as noting the importance that this health problem represents to the Peruvian population. Key words: Epidemiology, colostomy, surgery.

INTRODUCCIÓN

Las colostomías constituyen un procedimiento común de la práctica cotidiana en los hospitales, debido al alto índice de obstrucción intestinal, siendo mayor en nuestro medio a causa del aumento en los últimos años de cáncer colorrectal, por lo que, es útil para resolver en forma inmediata el compromiso agudo intestinal y abreviar en lo posible el tiempo quirúrgico, solventando temporalmente solo la urgencia quirúrgica para conservar la vida del paciente.

La presente tesis es un estudio que tiene por objetivo conocer las características epidemiológicas de pacientes colostomizados en el servicio de colon y recto del Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins durante enero 2013- diciembre 2014.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I se presenta el problema, planteamiento, justificación y objetivos, abordando la principal problemática de esta patología.

En el capítulo II se abordan aspectos teóricos relacionados a las colostomías, como sus indicaciones, tipos, complicaciones, cuidados y terminología usada. Se enumeran diversos estudios previos a este que sirven como antecedentes que permiten discutir y comparar este trabajo.

En el capítulo III muestra la metodología seguida para la realización de este trabajo. Así como sus variables, instrumentos de procesamiento y recolección. Además, nos permite identificar nuestra muestra y población con los criterios de inclusión y exclusión que serán encontrados en este capítulo.

En el capítulo IV se ofrece la discusión e interpretación de los resultados.

En el capítulo V se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	8
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	8
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.4. JUSTIFICACIÓN	10
1.5. OBJETIVOS.....	11
1.5.1. General.....	12
1.5.2. Específicos.....	12
1.6. HIPÓTESIS.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES	13
2.2.- BASES TEÓRICAS	22
2.2.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS COLOSTOMÍAS	22
2.2.2.- INDICACIONES.....	23
2.2.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS COLOSTOMIAS.....	24
2.2.4.- COMPLICACIONES.....	26
2.2.5.- CUIDADOS DEL OSTOMA	27
2.2.6.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	30
3.1. Tipo y diseño de la investigación	30
3.2. Definiciones Operacionales	30
3.3. Población de estudio, selección y tamaño de muestra, tipo de muestreo, unidad de análisis.....	31
3.4. Procedimiento para la recolección de los datos	31
3.6. Instrumentos a utilizar y métodos para el control de la calidad de datos. .	32
3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
4.1. RESULTADOS	33
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	50

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Disciplina en la que se realiza la investigación: Cirugía general.

Lugar de ejecución: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, las condiciones y estilos de vida no saludables han provocado que las enfermedades de colon vayan en aumento, constituyendo un gran problema de salud a nivel mundial, que afecta tanto a hombres como a mujeres con predominio en la población adulta y anciana, aumentando la tasa de morbimortalidad. Entre las enfermedades de colon más prevalentes, el cáncer ocupa un lugar predominante; seguidas de patologías benignas como diverticulitis aguda, pólipos intestinales, enfermedades inflamatorias intestinales, obstrucción intestinal, traumatismos abdominales, entre otras (1).

Dentro del manejo multidisciplinario que requieren las enfermedades del colon, el proceso quirúrgico constituye en muchos casos, el tratamiento de elección para curar la enfermedad o mejorar la condición de vida de la persona afectada. Las diferentes opciones quirúrgicas incluyen la resección del segmento intestinal afectado con o sin anastomosis, así como la creación de una ostomía (2).

Las ostomías de eliminación constituyen un procedimiento común en la práctica cotidiana de los hospitales, ya que las técnicas quirúrgicas han avanzado considerablemente y por ende los resultados en la salud del paciente, se ven reflejados con la sobrevivencia de los mismos (3).

La colostomía es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es derivar el tránsito intestinal, ya sea parcial o total hacia el exterior en forma quirúrgica, siendo así, una herramienta para resolver en forma relativamente sencilla situaciones clínicas que colocaban en grave riesgo la vida de los pacientes (2,3). En la urgencia, donde el paciente no se encuentra totalmente estudiado, la preparación colónica adecuada es un hecho imposible de lograr, y hay que proceder en forma inmediata al acto quirúrgico, por lo que, la colostomía tiene aún más vigencia y es más utilizada (3). A pesar de que en la actualidad, existe la tendencia a evitar el uso de colostomías durante la cirugía electiva, sigue teniendo vigencia la utilización de la misma, en los casos de patología maligna irresecable, en condiciones inadecuadas locales, por mal estado general del paciente, como protección de anastomosis no satisfactorias, o cuando la patología exige como tratamiento la amputación del segmento terminal del colon recto y ano (1,2,3).

A nivel mundial no existen datos estadísticos específicos sobre las ostomías, a pesar de que su impacto en la salud es enorme. Sin embargo algunas investigaciones de diferentes países, como España mencionan que el 1.5% de la población española convive con una ostomía, mientras que, en otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4% de los adultos. En México, cada día aumenta el número de personas con ostomas, siendo las más frecuentes las colostomías en un 63%, seguidas de ileostomía 24%. Según reporte de la Asociación Colombiana de Ostomizados en el año 2008 muestra un total de 421 ostomizados. En Chile, actualmente la incidencia de ostomizados se calcula en 1.200 y la prevalencia en 4.500 (4,5). Como es de suponerse, casi todos estos estudios son realizados en el extranjero, habiendo pocos o nulos datos al respecto en nuestro medio.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins no está ajeno a este problema, por lo que, dada su importancia en la atención de salud en el país, requiere contar con datos relacionados a la cirugía en el adulto mayor, particularmente sobre colostomías, pues constituyen una de las cirugías más realizadas, y poseen amplias indicaciones en términos de respuestas temporales o definitivas a los problemas de salud de esta índole.

Por todo esto, es lógico pensar que, dada la poca información epidemiológica acerca de colostomías, esta escasez de información se contrasta con la necesidad de adquirir datos al respecto, que conforma una búsqueda que ha ido adquiriendo cada vez mayor interés en los últimos años, interés que también se busca en el presente estudio.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características epidemiológicas en los pacientes colostomizados por el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, las condiciones y estilos de vida no saludables han provocado que las enfermedades de colon vayan en aumento, aumentando asimismo el uso de colostomías como alternativa terapéutica, y la tasa de morbilidad y mortalidad en adultos y ancianos por esta causa, por lo que resulta de vital importancia contar con datos sistematizados y ordenados a fin de tomar decisiones y reducir estos índices, que en muchos casos, son mayores en países en vías de desarrollo (4).

Su impacto en las políticas de salud pública y en el gasto que se realiza a nivel institucional podría ser orientado en base a datos fidedignos y ordenados.

Actualmente, no existen reportes actualizados acerca de la frecuencia del uso de colostomías y sus complicaciones asociadas. Si bien existen estadísticas aisladas y antiguas en los servicios de cirugía de algunos nosocomios del país, no se ha indagado de manera metódica en este aspecto, ni mucho menos se ha obtenido un mapa general de la tendencia o comportamiento de este fenómeno.

La presente tesis, logra identificar las características epidemiológicas y principales complicaciones en pacientes colostomizados por el servicio de colon y recto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período enero 2013-diciembre 2014; estos resultados y conclusiones servirán para incrementar los conocimientos sobre este procedimiento común en la práctica quirúrgica, esperando que en una segunda etapa esta información permita planificar la intervención médica en el área asistencial y preventiva, ofreciendo con esto un cambio sustancial en la incidencia de pacientes colostomizados de nuestro país.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

- Conocer las características epidemiológicas de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en el HNERM.

1.5.2. Específicos

- Identificar el sexo predominante en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.
- Identificar el grupo etario predominante en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.
- Identificar la causa más frecuente de indicación de colostomía en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.
- Identificar comorbilidades asociadas en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.
- Identificar el tipo de procedimiento quirúrgico utilizado con mayor frecuencia en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.
- Identificar las complicaciones asociadas en pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el período enero 2013- diciembre 2014 en HNERM.

1.6. HIPÓTESIS

El presente estudio es descriptivo, por lo que, no se ha planteado hipótesis.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Sanjinéz Ticona realizó, en el 2012, un estudio descriptivo retrospectivo para evidenciar la frecuencia, indicaciones y complicaciones de las colostomías realizadas en pacientes mayores de 14 años del servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período 2006 – 2011, siendo la población de 33 pacientes (se estudiaron 29), encontrándose 79.3 % de varones, 37.9 % de pacientes entre 21 y 40 años y, como indicación principal, Obstrucción intestinal (44.8%), siendo estas en su mayoría temporales (93.1 %) y utilizando la operación de Hartman (72.4 %); donde la necrosis de colostomía fue la principal complicación (10.8 %). Se detalla que la segunda población, en frecuencia, sometida a este procedimiento, fue la comprendida entre 61 y 80 años (31%); considerando la importancia del procedimiento en la población adulta, justificada por la patología de base (3).

Espinoza, M. desarrolló un estudio en 2002, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, descriptivo, transversal; buscando evaluar los conocimientos y prácticas sobre el

autocuidado que tenían los pacientes colostomizados que asistían a la consulta de enfermería del mencionado establecimiento. Se concluyó, con respecto a los conocimientos, que el 20 % de los 60 pacientes incluidos, no tienen un conocimiento apropiado sobre dicho cuidado, relacionando esto al pobre conocimiento sobre elección de debidas, hábitos de alimentación, como comportamientos que no favorecerían su total mejoría; así como conocimiento deficiente del cambio correcto de la bolsa de colostomía, identificación de características normales del ostoma, y la importancia del autoestima y conocimiento de pertenencia y afecto (resulta esto relevante ya que es este ámbito uno de los más frágiles en las personas de la cuarta edad de la vida). Además, con respecto a las prácticas de autocuidado, 30 % de pacientes realizaban prácticas inadecuadas, en función a los criterios mencionados previamente. Finaliza recomendando apoyo psicológico adicional y proyectos educativos que incluyan aspectos sociales para el correcto e integral manejo de estos pacientes (4).

Seok In Seo y col. realizaron en el 2013 un estudio unicéntrico retrospectivo comparativo buscando identificar factores de riesgo y características epidemiológicas asociadas a ostomías permanentes luego de resecciones bajas por cáncer rectal, estudiando 2362 pacientes entre 2000 y 2007, dividiéndolos en dos grupos (ostomías permanentes vs ausencia de ellos). Se encontró menor prevalencia de ostomías permanentes (71), y, como factores de riesgo de ostomías permanentes: recurrencia local, sexo masculino y radioterapia perioperatoria (5).

Pavlidis y col., de la Escuela de Medicina de la "*Airstotle University of Thessalonki*" (Grecia) publicaron en el 2006 un

artículo donde exponen, mediante un diseño descriptivo observacional, su experiencia en el “*Hippokration Hospital*”, durante 25 años (1982-2004), con respecto a la seguridad de la resección intestinal en la cirugía colorrectal de emergencia en adultos de 65 años o más. Se estudió 45 pacientes con patología benigna y 60 con Carcinoma colorrectal, encontrándose como entidades más frecuentes de ambos grupos, a la Perforación y Peritonitis (principalmente por Diverticulitis), y al Carcinoma de colon izquierdo, respectivamente. La operación de Hartmann fue la más realizada (75 %), siendo las demás solo paliativas. Es llamativo que 43 % del total de pacientes tuvieran 80 años o más. La morbilidad y mortalidad medias, considerando ambos grupos, fue de 25 y 17 %, respectivamente. Se concluye que la edad avanzada no es una contraindicación para cirugías radicales en caso de emergencias colorrectales, siendo la resección un procedimiento factible que, inclusive, salva vidas (6).

Hermans y col. desarrollaron, en 2010, un estudio comparativo en pacientes de su hospital de labores (“*Jeroen Bosch Hospital*” – Holanda), con el objetivo de evaluar los resultados de la cirugía de colon en adultos mayores con Cáncer colorrectal, comparando las tasas de supervivencia a los 5 años entre pacientes menores (edad media en el estudio de 62 años) y de 75 años o más (edad media en el estudio de 80 años), empleando el período enero 1999 – enero 2004. El 36 % (74 de los 207 pacientes de la población de estudio) tenían por lo menos 75 años, de los cuales 60 (22 %) presentaron emergencias quirúrgicas, siendo intervenidos dentro de las primeras 24 horas de admisión. Se observó una tasa de supervivencia a los 5 años de 62 % en el grupo de pacientes menores de 75 años frente al 36 % en el “*elderly group*”. No obstante, considerando que el “*elderly group*” presentaba más comorbilidades, sobre todo cardiovasculares, y que, durante el

seguimiento, se evidenció que el 33 % de este grupo falleció por causas no asociadas al proceso colorrectal sino, más bien, a sus comorbilidades preoperatorias; se procedió a corregir el porcentaje en función a la mortalidad asociada al cáncer, no encontrándose ya diferencia significativa entre ambos grupos; por lo que se concluye que la resección curativa del carcinoma colónico es bien tolerado en adultos mayores; aseverando, además, que la edad no debe considerarse aislada como indicación de menor agresividad terapéutica, ya que influye más la edad biológica (comorbilidades) que la cronológica (7).

Kesisoglou y col. publicaron en 2010, en la *“European Journal of Cancer Care”*, un artículo basado en un estudio retrospectivo comparativo, realizado en Grecia, buscando comparar las complicaciones postquirúrgicas de Cáncer de colon en pacientes menores y mayores o iguales a 70 años de edad, en el departamento de Cirugía del *“AHEPA University Hospital, Thessaloniki”*, en el periodo 1997 – 2007. Todos los pacientes fueron intervenidos de emergencia, por oclusión, perforación o hemorragia. Se comparó en función de estado de salud y tasas de morbilidad y mortalidad. Pese a hallarse mayor morbimortalidad en el grupo de pacientes de por lo menos 70 años, esta diferencia no fue significativa estadísticamente, asumiéndose debida a su estado de salud preoperatorio. Se concluye que las complicaciones postquirúrgicas en pacientes adultos mayores no están influenciadas por el factor edad y sí por el estado preoperatorio, factor decisivo en la morbimortalidad, por lo que implementar estrategias como definir riesgos preoperatorios, estandarizar la técnica quirúrgica y otorgar especial atención al cuidado postoperatorio, son esenciales en alcanzar menores tasas de morbimortalidad (8).

Pasetto y col. realizaron, en Italia (2007) un estudio retrospectivo con el objetivo de evaluar la toxicidad y factibilidad de la Radioterapia pélvica y/o la cirugía en adultos mayores con Cáncer rectal localmente avanzado, de bajo grado, en el periodo noviembre 1999 – noviembre 2005, con una población de 51 pacientes de, por lo menos, 70 años de edad. Se consideraron variables como la edad, comorbilidades (según scores de Charlson y *“the Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric [CIRS-G]”*) y cirugía versus no cirugía. La edad media fue de 80 años, y se concluyó que; no obstante lo pequeño de la población, los hallazgos indican que los adultos mayores con Cáncer rectal y comorbilidades leves pueden recibir, probablemente, el mismo tratamiento que los pacientes adultos mayores sanos, con una tolerancia similar al procedimiento. Además, se enfatiza que ni la edad ni las comorbilidades deben ser consideradas razones para negarle al paciente los posibles beneficios de recibir un tratamiento completo. Se aconseja utilizar scores como el de CIRS-G para un mejor manejo de este tipo de pacientes, y la realización de estudios prospectivos para confirmar estos resultados (9).

Jyrki y col., en 2011, desarrollaron un estudio retrospectivo de 194 pacientes mayores de 70 años del *“Oulu University Hospital”* (Finlandia), buscando identificar factores clínicos y características del tumor que predigan mortalidad y sobrevida en pacientes del mencionado grupo etario, con Adenocarcinoma colorrectal, en un período de 8 años (1998 – 2005); mediante un análisis uni y multivariado. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, con porcentajes de resección radical y paliativa de 79 y 21 %, respectivamente, con una mortalidad postoperatoria de 6 %,

asociada a complicaciones postoperatorias, sobre todo dehiscencia de anastomosis. La sobrevida acumulada a los 5 años fue de 38 % (sobrevida media de 35 meses), sin diferencia significativa en la sobrevida específica entre grupos etarios. Se concluye que una baja mortalidad y una aceptable sobrevida pueden lograrse en estos pacientes, siendo la invasión venosa y el cáncer recurrente, predictores independientes de sobrevida (10).

Basili y col., en Italia (2008), estudiaron el Cáncer colorrectal en el adulto mayor, buscando examinar las características y las tasas de morbimortalidad perioperatoria en pacientes de 75 años o más, sometidos a cirugía por Cáncer colorrectal. Se estudió 248 pacientes del servicio de Cirugía general, unidad 5 de salud del *“Pisa – Pontedera Hospital”*, atendidos en el periodo julio 2003 – diciembre 2005, de los cuales 134 tenían 75 años o más (54 %). Se concluyó que la edad adulta mayor no es un factor pronóstico negativo de cirugía de Cáncer colorrectal. Inclusive las cirugías de emergencia, asociadas a peor pronóstico, presentaron altas tasas de sobrevida luego de dejar el hospital; por ello, se sugiere, en la medida de lo posible, intentos curativos en estos pacientes, independientemente de la edad (11).

Endreseth y col. realizaron, en Noruega (2005), un estudio nacional prospectivo de cohortes, como parte del *“Norwegian Rectal Cancer Project”*, iniciado en 1993, que registraba casos nuevos de Cáncer rectal, prospectivamente, en una base de datos nacional. Se incluyeron 4875 pacientes noruegos con Cáncer de recto, mayores de 65 años, con el objetivo de evaluar el tratamiento de esta patología en pacientes de edad muy avanzada (llamados en el estudio, *“very old patients”*, los

mayores de 85 años), entre noviembre de 1993 y diciembre 2001, comparándose pacientes, según grupos etarios (65-74, 75-79, 80-84 y mayores de 85), basándose en características personales, del tumor y del tratamiento, y sobrevida relativa. La cirugía paliativa fue predominante (77 % vs 47 % de cirugías curativas) en pacientes mayores de 85 años. La sobrevida relativa a los 5 años fue, respectivamente por los 4 grupos; 60 %, 53 %, 49 % y 36 %; sin haber diferencias significativas en las tasas de recurrencia local a los 5 años, metástasis a distancia y la mencionada sobrevida relativa. Se concluye que, pese al ligero incremento en la mortalidad postoperatoria, la cirugía rectal mayor puede llevarse a cabo en pacientes de edad muy avanzada (mayores de 85 años de edad), con similares tasas de recurrencia local, metástasis a distancia y sobrevida relativa que pacientes más jóvenes (12).

Formijne y col. realizaron en 2012 un estudio prospectivo de cohortes en Holanda, teniendo el objetivo de obtener un registro de complicaciones tras la realización de una ileostomía o colostomía (terminal o en asa) realizadas en la práctica clínica diaria, entre julio de 2007 y abril 2008, periodo en el que se realizó 8 evaluaciones de complicaciones en estos pacientes. Se incluyó 100 pacientes. Se destaca el hecho de que la edad media fue de 67 años (+/- 15.5), y que 81 % de las ostomías fueron colostomías. 82 % de ellos desarrolló al menos una complicación relacionada al ostoma, siendo las más frecuentes: irritación cutánea (55 %), problemas de fijación (46 %), dehiscencia (40 %); y menos frecuentes la necrosis superficial, hemorragia y retracción (20 %, 14 % y 9 %), destacando la observación de que la mayoría de complicaciones fueron encontradas en ostomas de localizaciones inapropiadas (13).

Zachary y col. publicaron en junio de 2014, en *“The Journal of the American College of Surgeons”* un artículo basado en un estudio bajo análisis retrospectivo en pacientes sometidos a reparación de Hernia paracolostomal, recolectando datos desde 2005 hasta 2008, buscando analizar la tasa de complicación y de mortalidad a los 30 días en estos pacientes, sean cirugías electivas o de emergencia. Se realizó un análisis univariado de eventos a los 30 días en pacientes mayores y menores de 70 años. Se incluyó 519 pacientes. La cirugía de emergencia se asoció a incremento de infecciones de sitio quirúrgico (8.5 % vs. 0.9 %, $p = 0.0014$), Neumonía (18.6% vs 2.6%, $p \leq 0.0001$), Shock séptico (13.6% vs 2.6%, $p = 0.0007$), morbilidad total (50.8% vs 2.6%, $p \leq 0.0001$) y muerte (10.2% vs 0.9%; $p = 0.0002$). Las diferencias se ampliaron en pacientes mayores de 70 años: infección de sitio quirúrgico (13.8% vs 1.2%, $p = 0.0054$), Neumonía (27.6% vs 3.7%; $p = 0.0002$), Shock séptico (17.2% vs 4.3%; $p = 0.02$), y mortalidad (20.7% vs 1.9%; $p = 0.0005$). Se concluye, principalmente, que estos hallazgos sugieren que debe considerarse la reparación electiva de esta patología en pacientes ancianos ya que el procedimiento de emergencia se asocia a mayor riesgo y peor pronóstico (14).

Jung y col. publicaron en *“BMC Cancer”*, en el 2009, un artículo basado en el estudio que tuviere lugar en Suecia, en forma de auditoría basada en *“The Swedish rectal cancer registry”* desde 1995 al 2004. El objetivo fue determinar la influencia de la edad en la decisión terapéutica y el pronóstico en el Cáncer rectal de pacientes con edades mayores o iguales a 75 años, a comparación de las personas con edades menores. Fueron identificados un total de 15 104 pacientes, de los cuales 42.4

% tuvieron 75 años o más. Estos últimos tuvieron menor probabilidad de desarrollar metástasis a distancia que personas más jóvenes, y fueron sometidos a resecciones tumorales abdominales con menor frecuencia. De los 11 725 pacientes sometidos a resecciones abdominales del tumor (Resección anterior [AR], Resección abdominoperineal [APE] y Operación de Hartmann [HA]), 37.4 % tenían 75 años o más. La frecuencia de APE fue similar en ambos grupos, pero los pacientes de 75 años o más fueron sometidos con mayor frecuencia a HA y menos frecuentemente a Radioterapia. La sobrevida relativa con tratamiento curativo fue de 73 % en los pacientes de 75 años o más y 78 % en el otro grupo etario. Se concluyó que el tratamiento del Cáncer rectal es influenciado por la edad del paciente (15).

Morales y col. realizaron una auditoría sobre Colostomías, Ileostomías y otras enterostomías, practicadas en el Hospital Nacional del Sureste EsSalud, de la ciudad del Cusco, a 3 340 msnm, entre los años de 1992 y 1998, con el objetivo de conocer el manejo y los resultados del procedimiento quirúrgico realizado en la altura. De 46 casos seleccionados, 32 varones y 14 mujeres, el 78% correspondieron a Colostomías, 10,8% a Ileostomías, 6,5% a Cecostomías y 4,3% a Yeyunostomías. El 43% de casos se dieron en mayores de 60 años, siendo el grupo etáreo más afecto el de 61 a 70 años. La estancia hospitalaria promedio fue de 8 a 11 años. Se practicó colostomías para Vólvulo de sigmoides y Cáncer de recto, principalmente. Se realizaron Ileostomías en la Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerativa, Yeyunostomías para Cáncer gástrico y Cecostomías para Vólvulo de ciego. El 67% de colostomías se realizaron conjuntamente a otra intervención. La mayoría de operaciones fueron de carácter electivo. Las colostomías fueron definitivas en el 30,5% de casos. En cuanto a resultado

de intervención todas las colostomías fueron permeables. Se registraron algunas complicaciones generales y otras por la ostomía, como infección de la herida operatoria, dehiscencia de sutura, necrosis, absceso y fístulas (16).

2.2.- BASES TEÓRICAS

2.2.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS COLOSTOMÍAS

Las ostomías eran conocidas desde los tiempos bíblicos, donde Praxógoras de Kos (350 AC) realizó tal procedimiento en personas que presentaban algún traumatismo abdominal. Fue a partir del siglo XVIII que los relatos de colostomías se hacen más frecuentes. Se revela a través de los estudios que el cirujano alemán Lorenz Heister, en 1709, realizó algunas operaciones de esterostomía en heridas abdominales abiertas presentadas por soldados. No obstante, se descubrió años más tarde que la técnica usada por él no era más que fijar esas heridas en la pared abdominal y no la realización de verdaderas ostomías (1).

En el año 1783, Antoine Dubois, un cirujano de Napoleón, relató haber realizado una colostomía en un bebé de tres días que había nacido con una imperforación anal. Se comenta que a principios de 1950, a pesar de lo asentado de los principios básicos para la realización de una colostomía, surgían nuevos conocimientos y técnicas a cerca de ese procedimiento con los trabajos de Patey y de Butler. El primero enfatizaba la sutura colocutánea, el segundo relataba la excisión combinada del intestino y el recto (21).

En 1943, Gavin Miller realizó la primera proctocolectomía con ileostomía definitiva en un joven portador de colitis ulcerosa rectal. A partir del siglo XX y hasta hoy, ha habido una gran evolución en las técnicas quirúrgicas utilizadas en la realización de las ostomías y en los equipamientos y dispositivos disponibles, así como una creciente preocupación por la calidad de vida de la persona ostomizada, con énfasis en los aspectos psicosociales (3).

Según Leão, la colostomía es definida como “una apertura quirúrgica entre los cólores y la superficie del cuerpo”. La palabra es derivada del latín colum (colon), que significa “parte del intestino grueso” y derivada del griego stomoum, que significa “creación de una abertura o boca”. Se estima que cada año existan 945 mil nuevos casos de cáncer de colon y de recto en todo el mundo, siendo el cuarto tipo de cáncer más común mundialmente y el segundo en países desarrollados. Actualmente, cerca de 25.000 personas son portadoras de ese tipo de cáncer, siendo los medios 11.000 casos para el sexo masculino y 14.000 para el femenino. Aunque afecta a un gran número de personas, su pronóstico es considerado de moderado a bueno, teniendo una supervivencia media mundial estimada del 44% (3).

2.2.2.- INDICACIONES

Una colostomía está indicada en general en caso de oclusión colónica, si el paso de las heces por un sector del colon tiene altas posibilidades de producir complicaciones o cuando no se puede realizar una anastomosis debido a condiciones locales y/o generales del enfermo. Las siguientes son las indicaciones más frecuentes (17):

- Protección de anastomosis colónicas
- Obstrucción intestinal

- Resecciones sin reconstrucción del tránsito (Operación de Miles; Hartmann, etc.)
- Traumatismos perineales graves
- Fístulas colo-vesicales
- Enfermedad diverticular complicada
- Perforación colónica
- Fijación colónica en casos de vólvulos
- Megacolon
- Fecalomas
- Megacolon tóxico.

2.2.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS COLOSTOMIAS

Así las colostomías se clasifican de acuerdo a su morfología (terminales o laterales), a su capacidad de continencia (continentes o incontinentes), a la posibilidad de restablecimiento del tránsito colónico (transitorias o definitivas), y al procedimiento quirúrgico empleado (maduradas o no maduradas):

A: De acuerdo a su morfología.

- **Laterales o en asa:** En general son de carácter temporario, aunque en casos de patología maligna irresecable pueden ser definitivas. Tiene la característica que no se interrumpe totalmente la continuidad del intestino, se realizan en un segmento móvil del colon (colon transversal o sigmoide), o por necesidad en un segmento movilizado, con el objeto de disminuir la presión del colon en un segmento proximal a la colostomía, aunque para ser eficaces deben derivar toda la materia fecal, por ello en los casos de ser definitiva, es conveniente seccionar y divorciar el ostoma proximal

del distal. Las colostomías de este tipo son las colostomías de colon transversal y sigmoideas en asa, segmentos estos móviles y accesibles (18).

- **Terminales:** Son de carácter definitivo en la mayoría de los casos, interrumpen totalmente la continuidad colónica, pueden realizarse en cualquier segmento del colon y tienen por objeto derivar todo el contenido intestinal en los casos en los que se reseca algún segmento distal al mismo, el ejemplo típico es la amputación abdominoperineal u operación de Miles. Pueden ser a un solo cabo o a dos cabos. Estos últimos se pueden exteriorizar en forma separada (bicolostomía) tipo Lahey - Finochietto, cuando el cabo distal no funciona, se encuentra abocado en el extremo distal de la incisión quirúrgica. Otros ejemplos de bicolostomía con exteriorización de ambos cabos juntos son las técnicas de Mickulics-Rankin en el lado derecho (colon e ileon), o Mickulics-Lahey (colon y colon) Además éste tipo de ostomías se utilizan en la operación de Hartmann en donde se confecciona la colostomía del cabo proximal al colon resecado y se realiza el cierre del muñón distal. Todos estos últimos procedimientos implican una resección colónica y sin condiciones adecuadas locales o generales para realizar una anastomosis satisfactoria (19).

B. De acuerdo a la capacidad de continencia

- **No Continentes:** Cuando no se realiza un método de continencia de las heces.

- **Continentes:** Cuando se realiza con técnicas que permiten la función de continencia de las heces, tal es el caso de la colostomía perineal continente de Schmidt.

C. De acuerdo a la posibilidad de restablecimiento de la continuidad colónica

- **Temporales:** Son aquellas que se utilizan para derivaciones del contenido colónico en forma transitoria, y que luego de solucionada la patología que las motivo se cierran o reconstruyen (18).
- **Definitivas:** Son las que nunca se reconstruirán debido a amputación del colon distal a las mismas, falta de resolución de la patología que las originó o debido al riesgo quirúrgico del paciente que no pueda ser reintervenido por noxas asociadas (20).

2.2.4.- COMPLICACIONES

A pesar de los avances tanto técnicos quirúrgicos como de terapias enterostomales, las complicaciones de una colostomía son extremadamente frecuentes, llegando a presentarse en el 70% de los casos (21).

Las complicaciones se pueden clasificar en aquellas que son de manejo médico, como las metabólicas (deshidratación, insuficiencia renal aguda, nefrolitiasis en ileostomías), dermatitis periestomal, recurrencia de la enfermedad por la cual la ostomía fue creada, trastornos psicosociales, y aquellas de etiología estructural o de resolución quirúrgica como las que se enumeran a continuación (21,22):

- **Necrosis:** por compromiso circulatorio causado por orificio pequeño o tracción del mesocolon.
- **Abscesos** pericolónicos: por filtración del contenido intestinal al espacio subcutáneo o por punto transfixiante entre la pared abdominal y la intestinal.
- **Retracción del colostoma:** por tensión que puede provocar la interiorización del cabo hacia dentro del abdomen.
- **Prolapso del asa:** Protrusión de las paredes del asa colostomizada a través de la boca ostomal.
- **Evisceración:** desprendimiento y salida al exterior del asa u otras vísceras.

- **Hernia paracolostómica:** secundaria a la debilidad causada por el agujero aponeurótico que permite la exteriorización del asa, produciendo una hernia que sale entre la pared intestinal en el borde aponeurótico.
- **Dermatitis pericolostómica:** la piel de la pared abdominal sana no está preparada para recibir el contenido intestinal, de tal forma que el contacto produce inflamación cutánea que puede ser grave.
- **Complicaciones del cierre:** aquellas colostomías que son confeccionadas con intenciones de recuperar el tránsito a futuro, deben ser sometidas a una cirugía de reconstrucción de tránsito con el riesgo propio de una cirugía de colon.

2.2.5.- CUIDADOS DEL OSTOMA

El cuidado del ostoma debe estar a cargo de personal con experiencia, que pueda entrenar al paciente y a su entorno, debido que un mal manejo del mismo puede ser causa de complicaciones (2).

La bolsa se debe adaptar perfectamente al diámetro del ostoma, sin dejar piel expuesta al contenido intestinal, a fin de evitar complicaciones cutáneas por contacto del contenido colónico con la piel, para esto existen aros llamados moldes de ostoma, con los cuales se determina el diámetro exacto del dispositivo recolector. Tener en cuenta que a veces el ostoma no tiene forma circular y es conveniente recortar el aro dándole la forma y tamaño exacto del ostoma. Los dispositivos de recolección pueden ser de diferente tipo, el sistema básico consiste en una bolsa con un aro de barrera, estas pueden ser de 1 pieza o de dos piezas consistentes en una bolsa de recambio frecuente (diario) y la placa de recambio semanal (16).

El extremo de la bolsa puede ser cerrado o abierto para permitir el vaciado del contenido sin reemplazar la bolsa en ostomas de alto débito, que requieren más de un cambio diario como se utiliza en las ileostomías, aconsejable es también en cualquier colostomía en

pacientes con un cuadro diarreico donde presenta numerosas deposiciones y con heces líquidas. Se aconseja el recambio de la bolsa a horarios programados y no cuando se produce una filtración, debido a que estos episodios pueden ser perjudiciales para la rehabilitación del enfermo por el impacto psicológico. Existen aditivos que actúan como barreras cutáneas para evitar el contacto de los efluentes del ostoma con la piel, además de rellenar grietas y pliegues para una mejor adaptación del dispositivo, estos son la pasta y polvo de Karaya, las placas con hidrocoloide o gel, entre los más usados en nuestro medio.

Existe un método por el cual se pueden producir vaciados programados mediante la irrigación de 1000ml. A través del ostoma, fuera de estas irrigaciones el paciente puede no llevar una bolsa, sino solo un parche protector (4).

Este método está indicado en pacientes con colostomías sigmoideas o descendentes, antecedentes de deposiciones firmes y a intervalos regulares, capacidad de aprendizaje del método y capacidad de asumir, el paciente, que el tiempo diario que requiere el procedimiento es de aproximadamente 45 a 60 minutos. Las contraindicaciones del método de irrigación son ostomas posteriores a múltiples resecciones colónicas, hernia o prolapso del ostoma, enfermedad del colon proximal remanente y quimioterapia o radioterapia pelviana u abdominal previa. En caso de ostomas retráctiles, planos o con pliegues cutáneos irregulares existen en el mercado bolsas especiales cuyo aro tiene una porción convexa y que ejerce presión gradual. Esta presión se ejerce con mayor intensidad en la zona interna generando entonces la protrusión del ostoma y una menor presión en la zona externa lo que proporciona una mejor adaptación con protección de la piel (22).

Baño: Los pacientes ostomizados pueden bañarse y ducharse sin dificultad según prefieran, con o sin bolsa de colostomía. En el caso de preferir hacerlo con bolsa puesta se aconseja cubrirla con tela adhesiva y bolsa de polietileno.

Actividades Deportivas: No existen limitaciones para realizar ejercicios físicos, ni natación. En casos de deportes de contacto físico es conveniente amortiguar la zona del ostoma, o en su defecto sugerir actividades sin contacto físico.

Imagen Corporal: Las personas sanas en general no tienen conciencia de su imagen corporal. Esta se ve aumentada con la presencia de una enfermedad la cual aumenta la percepción de los pacientes. Esta imagen corporal es un componente importante del Yo y la Autoestima. También tiene importancia la reacción que tienen el entorno familiar y las amistades, ya que pueden facilitar o dificultar la aceptación de ese cambio corporal (ostoma). Los problemas psicosociales no siempre valorados son bastantes frecuentes. Mahjoubi y colab. Sobre 330 colostomías lo encuentran en el 56,4%.

Sexualidad: La mayoría de los pacientes ven como un verdadero obstáculo la presencia de un ostoma para la sexualidad. En lo posible, en casos de cirugías programadas, se recomienda tratar el tema en terapia psicológica junto a su pareja. Hay que diferenciar las alteraciones de erección que presentan las cirugías resectivas rectales ocasionadas por las lesiones nerviosas que se presentan en un alto porcentaje de casos.

2.2.6.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Ostomía:** Es la comunicación de una víscera con la pared abdominal directamente o a través de una Sonda. Mientras más distal sea la Ostomía será mejor tolerada, ya que las deposiciones serán de menor volumen y más formadas, siendo más fisiológicas (19).

- **Colostomía:** Se denomina colostomía al abocamiento del colon a la piel, en un sitio diferente al ano, para dar salida total o parcialmente el contenido colónico. Esta puede ser de carácter temporal o definitivo, terminal o lateral, y esta última madurada o no, dependiendo su indicación y las condiciones particulares de cada enfermo.

- **Cirugía de emergencia:** Pacientes que ingresan por el servicio de emergencia con algún tipo de abdomen agudo quirúrgico y que generalmente no dan tiempo a una adecuada preparación del colon (limpieza)

Cierre de colostomía: Se entiende por el acto operatorio que restituye el tránsito intestinal divertido por la colostomía

- **Colon viable:** Aquel segmento de intestino grueso que en el acto operatorio mantiene su irrigación, contractilidad y no presenta cianosis presente.

- **Colon no viable:** Aquel que en el acto operatorio se encuentra necrosado o cianótico y no recupera su irrigación, ni contractilidad y que amerita una resección obligatoria.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo.

3.2. Definiciones Operacionales

Siendo variables en el siguiente estudio:

- Edad.
- Sexo.
- Comorbilidad.

- Indicación de colostomía.
- Tipo de colostomía.
- Tipo de intervención quirúrgica.
- Complicaciones.

3.3. Población de estudio, selección y tamaño de muestra, tipo de muestreo, unidad de análisis.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes sometidos a cirugía por colostomía en el servicio de cirugía de colon y recto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, dentro del período comprendido de enero 2013 a diciembre del 2014.

No se realizó muestra, es un trabajo censal.

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Expedientes clínicos de pacientes a los que se realizó colostomía por el servicio de cirugía de colon y recto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, dentro del período comprendido de enero a diciembre del 2014.

3.4. Procedimiento para la recolección de los datos

Por ser este estudio de carácter retrospectivo, se buscó las variables en la historia clínica, donde se halló frecuencias de las variables de la población en estudio, como sexo, edad, comorbilidades, indicaciones y complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes a los que se realizó colostomía por el servicio de cirugía de colon y recto, los cuales se llenarán en una ficha de recolección.

Estos datos fueron procesados mediante un método de frecuencias, toda vez que las variables fueron tratadas como cualitativas, para esto se usó el programa computarizado SPSS versión 23.

3.6. Instrumentos a utilizar y métodos para el control de la calidad de datos.

Para el presente trabajo de investigación se ha elaborado una ficha de recolección de la información que contiene las variables que permitió cumplir con los objetivos planteados. La fuente de información es de carácter indirecta, a través de revisión de expedientes clínicos que cumplieron los criterios de inclusión.

3.7. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación.

Los datos que se obtuvieron para el presente estudio, son de carácter confidencial, sólo con fines descriptivos, por lo cual, se solicitó historias clínicas del Servicio de Archivo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins y no se consignaron los nombres de los pacientes ni otros datos que permitan su identificación.

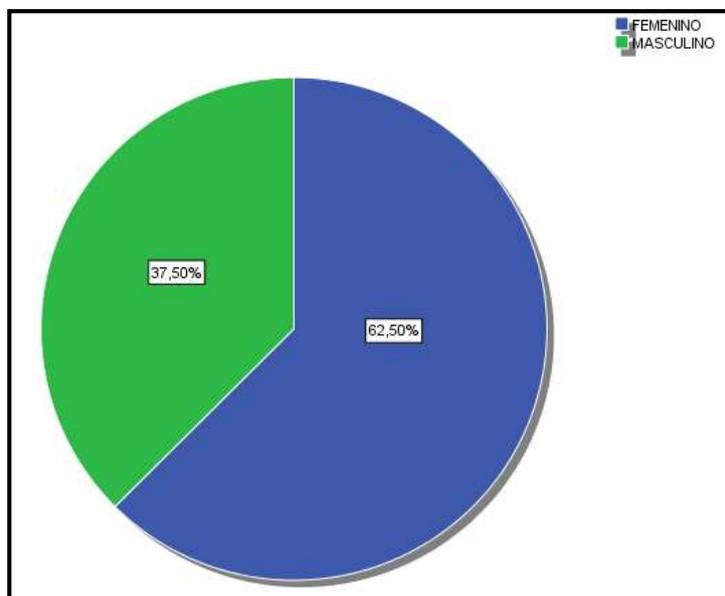
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Durante el período de estudio comprendido entre el primero de enero del año 2013 hasta el 31 de diciembre del año 2014 fueron recolectados 128 datos de pacientes colostomizados que cumplen con los criterios de inclusión antes descritos.

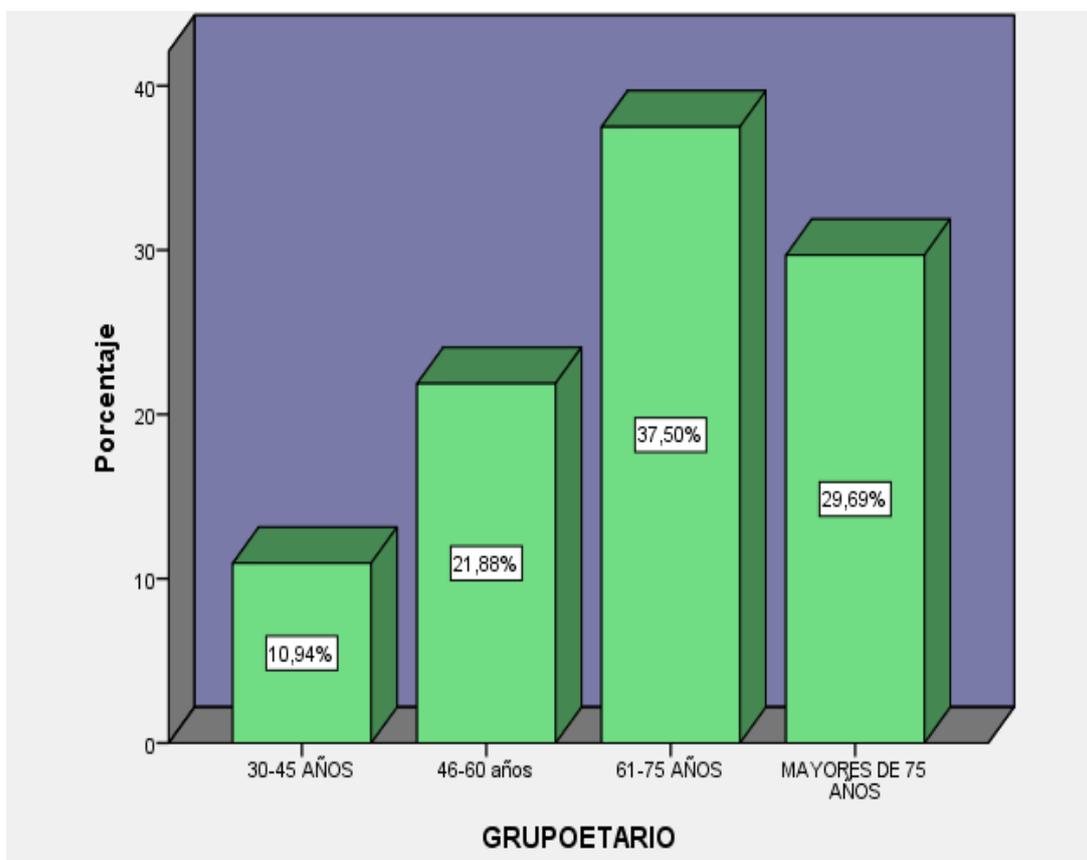
A continuación se presentan los principales resultados, en base a 08 tablas y 08 gráficos, que describen las características epidemiológicas de pacientes colostomizados en el servicio de colon y recto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

GRÁFICO N°1: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013- DICIEMBRE 2014 SEGÚN GÉNERO.



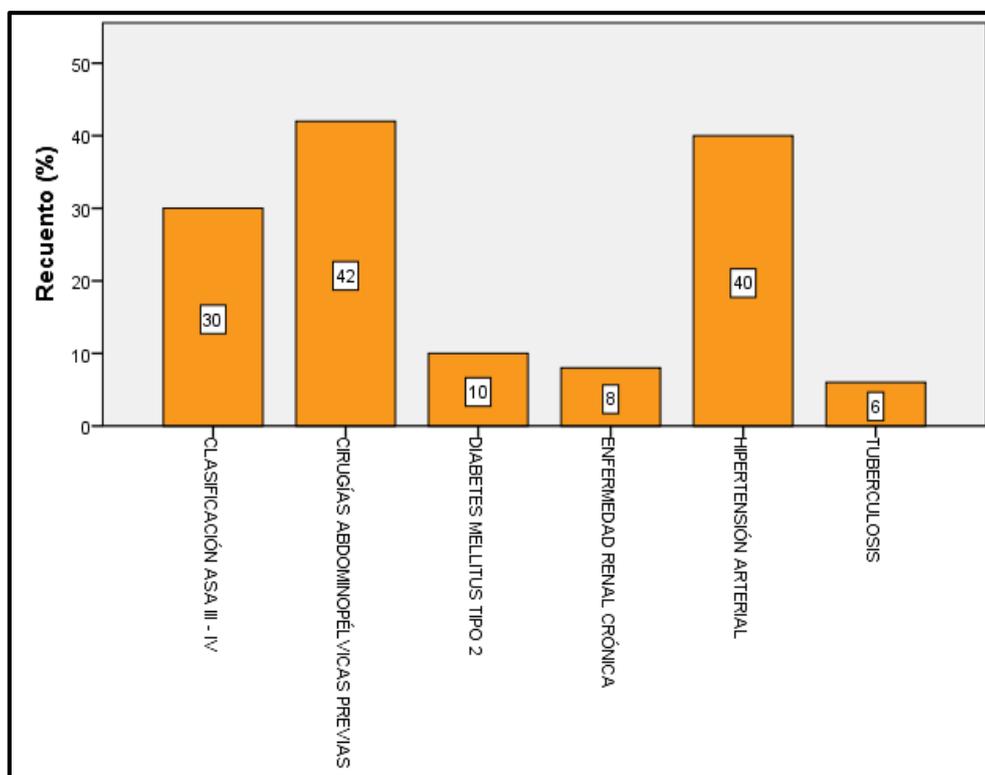
En gráfico N° 1; se logra identificar un mayor número de pacientes de sexo femenino: 80 (62.5%) frente al sexo masculino con 48 (37.5%).

GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS
POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013-
DICIEMBRE 2014 SEGÚN GRUPO ETARIO.



En el gráfico N°2; se identifican diferentes grupos etarios, siendo el grupo de pacientes entre 61-75 años los de mayor incidencia (48, 37.5%); seguidos del grupo de pacientes mayores de 75 años (38, 29.7%). En menor incidencia, el grupo de pacientes entre 46-60 años (28, 21.9%) y entre 30-45 años (14, 10.9%).

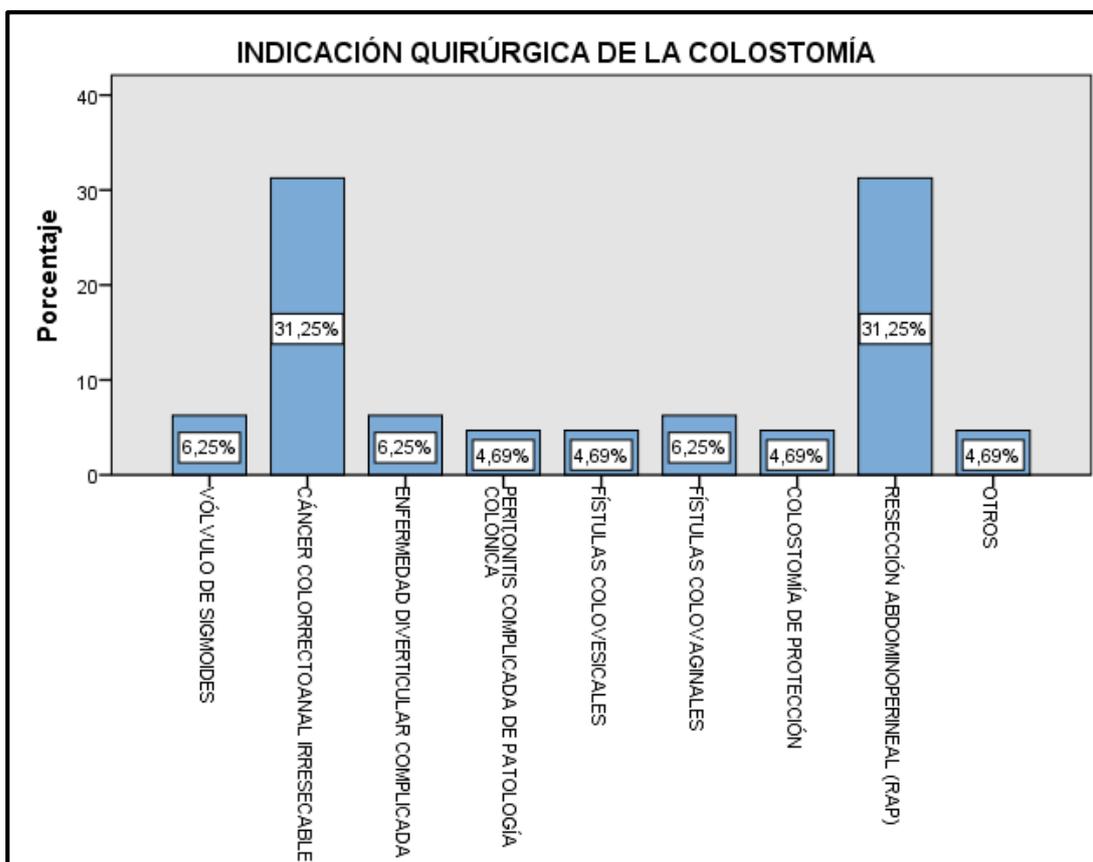
GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013- DICIEMBRE 2014 SEGÚN COMORBILIDAD PRESENTE.



En el gráfico N°3 se logran identificar las comorbilidades asociadas en los pacientes portadores de colostomía, siendo las de mayor incidencia, las cirugías abdominopélvicas previas (42, 30.9%); seguida por la hipertensión arterial (40, 20.4%). En menor incidencia, la clasificación ASA III/IV (30, 22.1%), diabetes mellitus tipo 2 (10, 7.4%), enfermedad renal crónica (8, 5.9%) y tuberculosis (6, 4.4%).

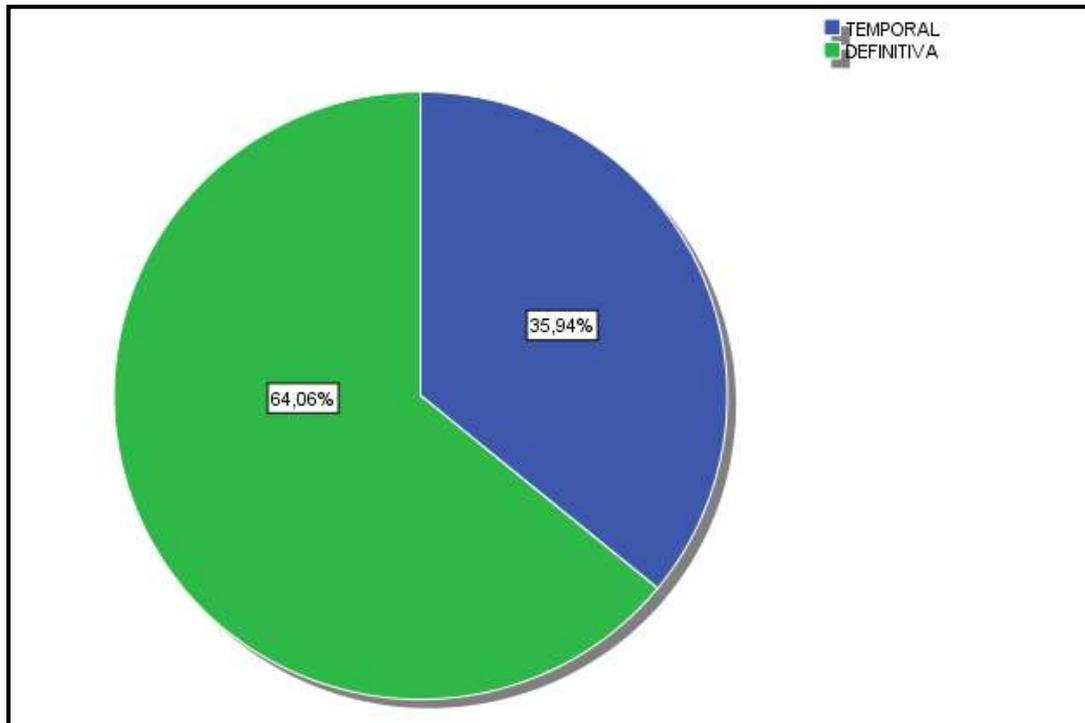
GRÁFICO N°4: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE

ENERO 2013-DICIEMBRE 2014 SEGÚN INDICACIÓN QUIRÚRGICA.



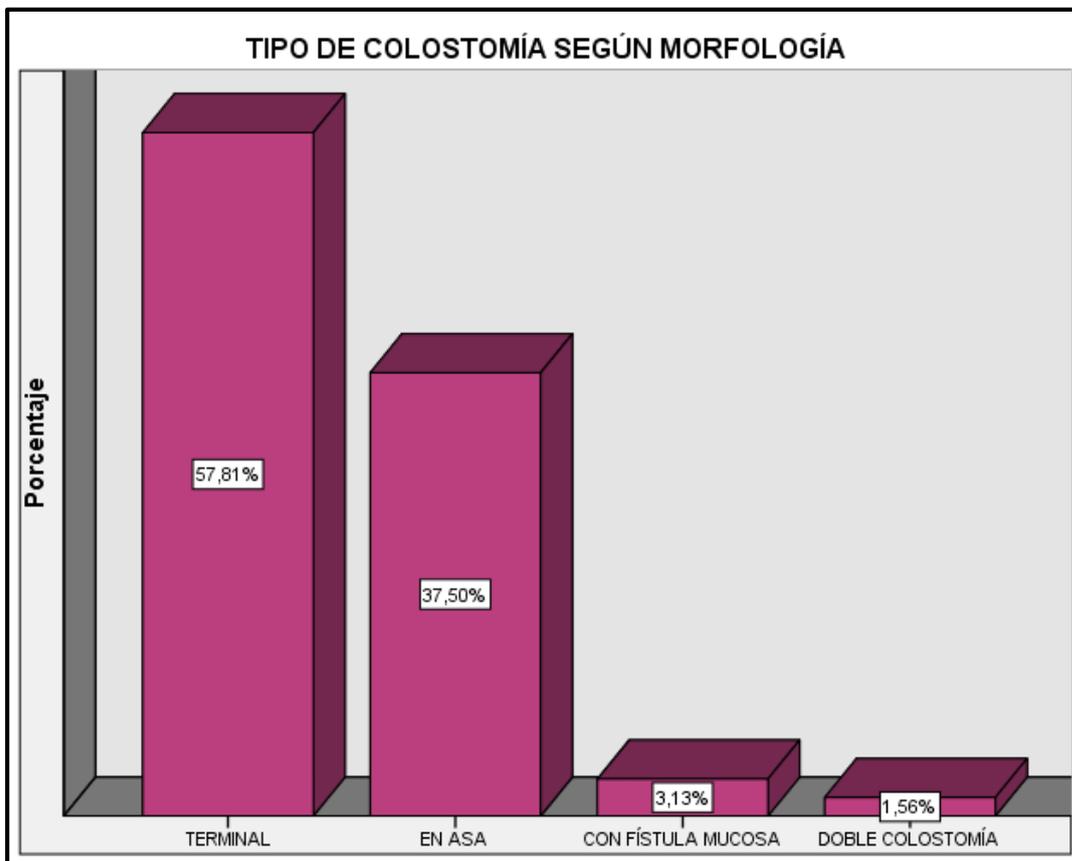
En el gráfico N°4 podemos identificar las principales indicaciones de colostomía, siendo la de mayor frecuencia, la obstrucción intestinal (48, 37.6%) dentro de esta en su mayoría por cáncer colorrectal irresecable (40, 31.3%); y seguido por la resección abdominoperineal (40, 31.3%). En menor frecuencia, fístulas colovaginales y enfermedad diverticular complicada (8, 6.3%), así como, peritonitis colónica complicada, fístulas colovesicales y colostomías de protección (6, 4.7%). Representando patologías menos frecuentes como otros tenemos colitis ulcerativa y hemorragia digestiva baja (6, 4.7%).

GRÁFICO N°5: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013-DICIEMBRE 2014 SEGÚN POSIBILIDAD DE REESTABLECIMIENTO DE CONTINUIDAD COLÓNICA.



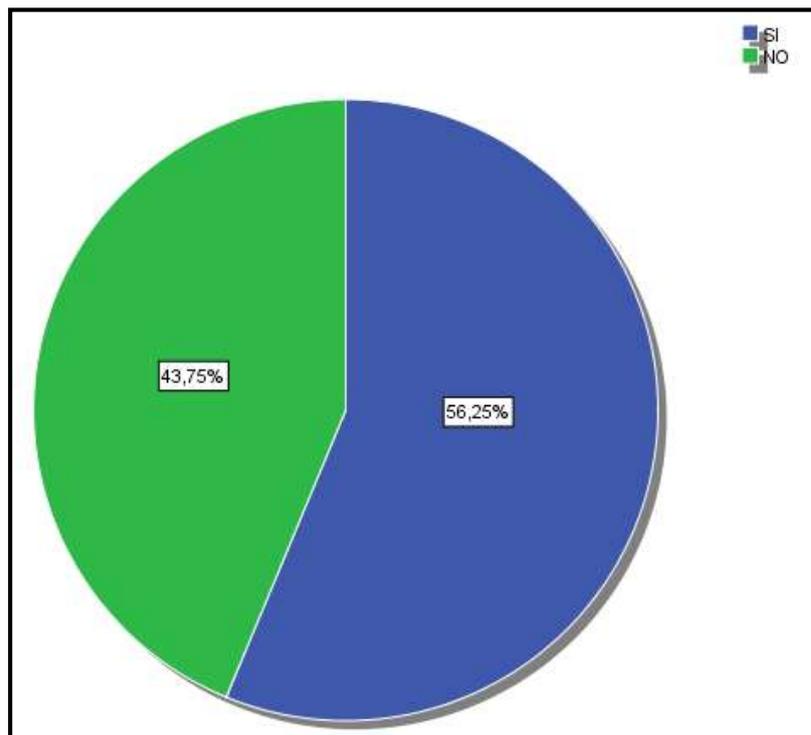
En el gráfico N°5, clasificamos las colostomías según su temporalidad, siendo la más frecuente, la colostomía definitiva con 64.1% (82 pacientes) y con menor frecuencia, la colostomía temporal con 35.9% (46 pacientes).

GRÁFICO N°6: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013-DICIEMBRE 2014 SEGÚN TIPO DE COLOSTOMÍA POR MORFOLOGÍA.



En el gráfico N°6, clasificamos las colostomías según su morfología, siendo la más frecuente, la colostomía terminal con 57.8% (74 pacientes); seguido por la colostomía en asa con 37.5% (48 pacientes); con menor frecuencia, la colostomía con fístula mucosa con 3.1% (4 pacientes) y la doble colostomía con 1.6% (2 pacientes).

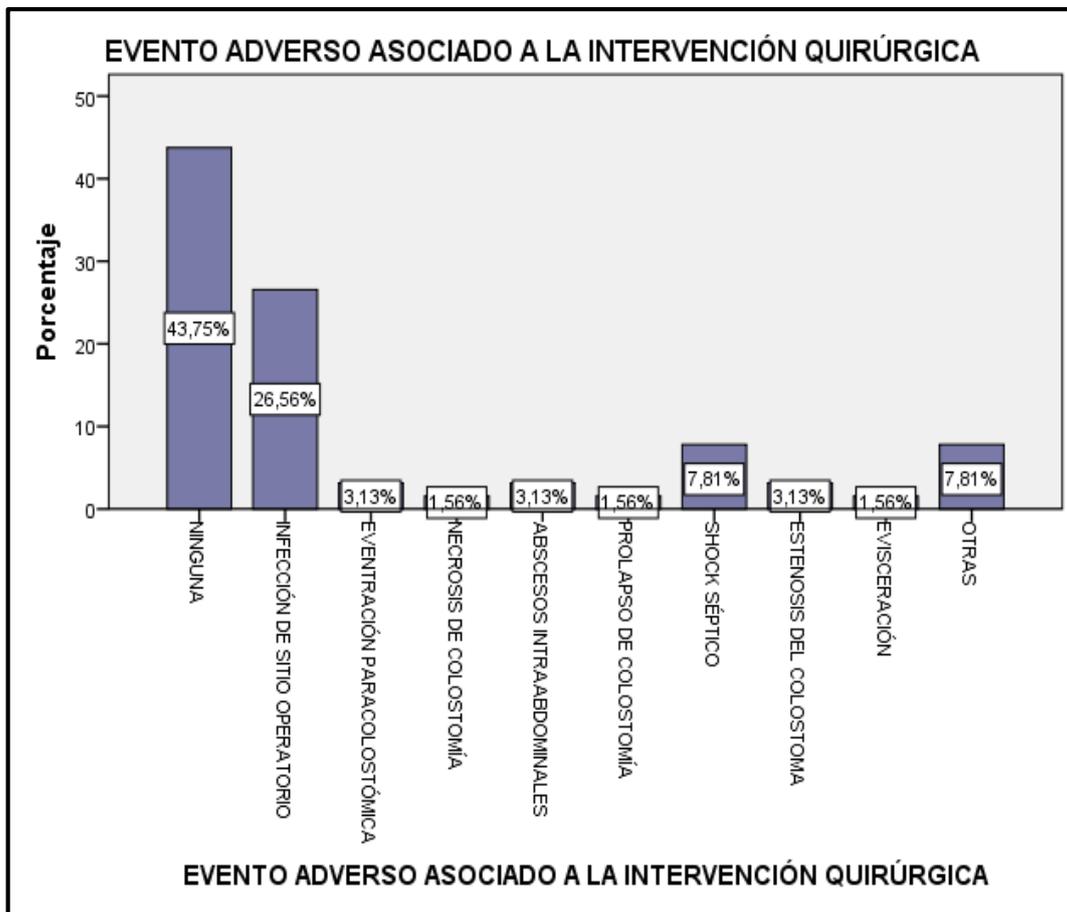
GRÁFICO N° 7: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE ENERO 2013-DICIEMBRE 2014 CON PRESENCIA O ASUSENCIA DE COMPLICACIONES.



En el gráfico N°7, observamos la presencia o ausencia de complicaciones postoperatorias, siendo la presencia de complicaciones predominante con 56.3% (72 pacientes) y la ausencia de complicaciones, menos frecuente con 43.8% (56 pacientes).

GRÁFICO N° 8: PORCENTAJE DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS POR EL SERVICIO DE COLON Y RECTO

DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI DURANTE
ENERO 2013-DICIEMBRE 2014 SEGÚN EVENTO ADVERSO
ASOCIADO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.



En el gráfico N°8 podemos identificar los eventos adversos asociados a la intervención quirúrgica de una colostomía, siendo la de mayor frecuencia, la infección de sitio operatorio con 26.6% (34 pacientes), seguido de shock séptico y otras (obstrucción intestinal, hemoperitoneo, fístula colocutánea) con un 7.8% (10 pacientes). En menor frecuencia, estenosis del colostoma, abscesos intraabdominales y eventración paracolostómica con 3.1% (4 pacientes), así como, necrosis de colostomía, prolapso de colostomía y evisceración con 1.6% (2 pacientes).

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se demostró que durante los años 2013-2014 se realizaron 128 colostomías en el Servicio de Colon y Recto del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, donde predomina el sexo femenino con 80 pacientes (62.5%) frente al sexo masculino con 48 pacientes (37.5%). Cruz y Sanjinez identifican un predominio del sexo masculino (54% y 79.3%, respectivamente) a diferencia de nuestro estudio donde predomina el sexo femenino, siendo este un hallazgo concordante con el aumento de patología ginecológica y su compromiso colónico en los últimos años (3,18).

Además encontramos que el mayor número de indicaciones de colostomía se realizaron a pacientes con edades entre 61 a 75 años (37,5%), seguidos del grupo de pacientes mayores de 75 años (38, 29.7%). En menor incidencia, el grupo de pacientes entre 46-60 años (28, 21.9%) y entre 30-45 años (14, 10.9%). Al respecto hay estudios controversiales. Robles afirma que el grupo de edad con mayor atención fue de 21 a 30 años, mientras que Bada refiere que la edad promedio de los pacientes fue de 46 años (17). Cruz, en su estudio obtuvo como principal grupo de edad a pacientes colostomizados entre 19 a 62 años en el 54%, siendo que nuestro estudio muestra un predominio en el grupo etario mayor de 60 años, que en todo caso concuerda con este último estudio (18). Estos estudios mencionan también que a medida que aumenta la edad, aumenta la incidencia de colostomías debido a la importancia de la enfermedad de base que es más frecuente en la población adulta, lo que explicaría nuestro segundo grupo etario predominante, siendo estos, los mayores de 75 años (3).

La mayoría de pacientes presentaba al menos una comorbilidad asociada (42, 30.9%), siendo la cirugía abdominopélvica previa, la más frecuente; seguida por la hipertensión arterial (40, 20.4%). En menor incidencia, la clasificación ASA III/IV (30, 22.1%), diabetes

mellitus tipo 2 (10, 7.4%), enfermedad renal crónica (8, 5.9%) y tuberculosis (6, 4.4%). Como se sabe la presencia de enfermedades concomitantes en un paciente quirúrgico puede agravar el pronóstico de estos pacientes, incrementando el riesgo de complicaciones post operatorias. Teniendo mayor impacto aún, la cirugía abdominopélvica previa, puesto que esta es una causa frecuente de obstrucción intestinal, y esta última nuestra principal indicación de colostomía como lo describiremos más adelante (8,16).

La colostomía es un procedimiento que es necesario en ocasiones para derivar el colon por patologías inflamatorias, heridas por traumas o tumores que solventara de forma inmediata el problema. En este estudio, se halla que la obstrucción intestinal fue el diagnóstico más frecuente que justificó la confección de una colostomía de 48 pacientes (37.6 %). dentro de esta en su mayoría a causa de cáncer colorrectal irresecable (40, 31.3%); y seguido por la resección abdominoperineal (40, 31.3%). En menor frecuencia, fístulas colovaginales y enfermedad diverticular complicada (8, 6.3%), así como, peritonitis colónica complicada, fístulas colovesicales y colostomías de protección (6, 4.7%). Representando patologías menos frecuentes como otros tenemos colitis ulcerativa y hemorragia digestiva baja (6, 4.7%). Cruz destaca diagnósticos de cáncer de colon, recto y útero (35%), así como las enfermedades inflamatorias del intestino (11%) como las indicaciones más frecuentes, siendo el cáncer de colorrectal concordante con lo encontrado en este estudio, siendo en este caso de carácter irresecable y teniendo muchas veces como única solución, la confección de una colostomía (18).

Con respecto al tipo de colostomías según temporalidad se encuentra que la mayoría de pacientes obtuvieron colostomía de manera definitiva con 64.1% (82 pacientes) y con menor frecuencia, la colostomía temporal con 35.9% (46 pacientes). Siendo las principales indicaciones de colostomía, el cáncer colorrectal irresecable y la resección abdominoperineal (62%), es fácil deducir que la mayoría de

colostomías serán de carácter definitivo. Y a pesar de que, una colostomía en muchas ocasiones salva la vida del paciente en un compromiso agudo, su presencia de forma permanente también causa repercusiones sociales como rechazo, retardo en la reinserción laboral y una afección psicológica considerable, que podría agravar el pronóstico de estos pacientes, incrementando el riesgo de complicaciones y mayor tiempo de recuperación (21,22).

Así como, el tipo de colostomía más frecuente según morfología en los pacientes fue la colostomía terminal con 57.8% (74 pacientes); seguido por la colostomía en asa con 37.5% (48 pacientes); con menor frecuencia, la colostomía con fístula mucosa con 3.1% (4 pacientes) y la doble colostomía con 1.6% (2 pacientes). No se ha encontrado antecedentes con las mismas características en otros estudios. Sanjinez refiere en su estudio que la técnica más utilizada fue la de Hartman que se realizó al 72,4% de los pacientes, aunque, la colostomía de Hartman es un tipo de colostomía terminal, nuestros hallazgos también incluyen otro tipo de técnicas (3).

Las colostomías son susceptibles de sufrir múltiples complicaciones, algunas de importancia y otras muy comunes, sin mayor peligro (9,11). La presencia de complicaciones en este estudio es predominante con 56.3% (72 pacientes) y la ausencia de complicaciones, menos frecuente con 43.8% (56 pacientes).

De manera global, se puede considerar que al menos la mitad de los pacientes portadores de ostoma intestinal van a tener complicaciones, aunque hay estudios que describen hasta un 70-80% de los pacientes afectados con una o más complicaciones, y que incluso hasta un 96% durante las tres semanas siguientes a la cirugía. Este amplio rango indica la dificultad que existe para precisar cuál es la incidencia global real de las complicaciones. La tasa varía según los autores y los diferentes tipos de complicaciones, debido principalmente a la existencia de diversos factores, como la diferente duración del

seguimiento en los estudios, la distinta definición de las complicaciones, el tipo de estoma, el tipo de cirugía realizada (urgente o diferida) y la patología de base (10). Este estudio logra identificar los eventos adversos asociados a la intervención quirúrgica de una colostomía en nuestro medio, siendo la de mayor frecuencia, la infección de sitio operatorio con 26.6% (34 pacientes), seguido de shock séptico y otras (obstrucción intestinal, hemoperitoneo, fístula colocutánea) con un 7.8% (10 pacientes). En menor frecuencia, estenosis del colostoma, abscesos intraabdominales y eventración paracolostómica con 3.1% (4 pacientes), así como, necrosis de colostomía, prolapso de colostomía y evisceración con 1.6% (2 pacientes).

La principal limitación de este estudio fue la poca y casi nula presencia de estudios nacionales de esta índole, siendo la mayoría de estos enfocados en otros aspectos asociados a las colostomías, más no en una descripción epidemiológica de estos.

A nivel internacional, si contamos con estudios parecidos al presente, siendo estos en su mayoría de países occidentales de primer mundo, por lo que, la población estudiada no necesariamente es similar a la nuestra.

Este estudio en gran medida aporta una vista preliminar y punto de referencia para mayores estudios a cerca de colostomías a nivel nacional, ya que este país no se cuenta con datos fidedignos acerca de esta población, a pesar de su gran repercusión a nivel sanitario, social y económico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Las colostomías fueron más frecuentes en pacientes de sexo femenino, siendo el grupo etario más afectado, entre 61- 75 años, y su principal indicación, la obstrucción intestinal por cáncer colorrectal irresecable.
2. La comorbilidad presente con mayor frecuencia en estos pacientes fue la cirugía abdominopélvica previa, seguida la clasificación ASA III/IV.
3. Las colostomías en su mayoría; según su temporalidad, fueron permanentes; y según su morfología, terminales.
4. La complicación post operatoria que se presentó en estos pacientes fue la infección de sitio operatorio, seguida del shock séptico y otras como estenosis del colostoma, abscesos intraabdominales y eventración paracolostómica.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la vigilancia de patología colónica y ginecológica en pacientes de sexo femenino y edad avanzada, siendo que esta población puede ser potencialmente un portador de colostomía en un futuro.
2. Promover estilos de salud saludables, siendo que en los últimos años, se ha ido aumentando la incidencia de cáncer colorrectal, siendo esta una de las principales indicaciones de colostomía.
3. Educar a la población con antecedentes de cirugía abdominopélvica previa y de patología colorrectal, a seguir un correcto control en sus respectivos centros de salud.
4. Brindar grupos de apoyo en pacientes colostomizados, siendo que observamos que la mayoría de estos son portadores de colostomías definitivas, lo que crea un gran impacto a nivel de todos los ámbitos de vida del mismo.
5. Implementar diferentes lineamientos de prevención de infecciones como lavado de manos y uso de antibióticos preoperatorios, ya que como vemos, la principal complicación postoperatoria en un paciente colostomizado es la infección de sitio operatorio.
6. Asimismo, se recomienda ampliar las investigaciones en este campo, ya que son pocos o casi nulos, los estudios en nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Hierro J, Abed G; Colostomías. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; III-309, pág. 1-12.
- (2) Villajuan R; Calidad de vida del paciente ostomizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. 2006.
- (3) Sanjinez Ticona; Frecuencia, Indicaciones Y Complicaciones De Las Colostomías. Perú. 2013.
- (4) Espinoza M. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado en pacientes colostomizados del HNERM. Perú. 2002.
- (5) Seo SI, Yu CS, Kim GS, Lee JL, Yoon YS, Kim CW, et al. Characteristics and risk factors associated with permanent stomas after sphincter-saving resection for rectal cancer. *World J Surg* 2013;37: 2490-6.
- (6) Pavlidis, T. E., Marakis, G., Ballas, K., Rafailidis, S., Psarras, K., Pissas, D., Papanicolaou, K. and Sakantamis, A. (2006), Safety of bowel resection for colorectal surgical emergency in the elderly. *Colorectal Disease*, 8: 657–662.
- (7) Hermans, P. M. van Schaik, H. A. Prins, M. F. Ernst, P. J. L. Dautzenberg, and K. Bosscha, “Outcome of Colonic Surgery in Elderly Patients with Colon Cancer,” *Journal of Oncology*, vol. 2010, Article ID 865908, 5 pages, 2010.
- (8) KESISOGLU, I., PLIAKOS, I., SAPALIDIS, K., DELIGIANNIDIS, N. and PAPA VRAMIDIS, S. (2010), Emergency treatment of complicated colorectal cancer in the elderly. Should the surgical procedure be influenced by the factor ‘age’?. *European Journal of Cancer Care*, 19: 820–826.
- (9) Lara Maria Pasetto, et al. Preoperative assessment of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology / Hematology* . Italy. Volume 64 , Issue 1 , 10 – 18.
- (10) Mäkelä JT¹, Kiviniemi H.. Clinicopathological features of colorectal cancer in patients over 70 years of age. *Scand J Gastroenterol*. 2011 Oct;46(10):1243-50.
- (11) Basili, G., Lorenzetti, L., Biondi, G., Preziuso, E., Angrisano, C., Carnesecchi, P., Roberto, E. and Goletti, O.

- (2008), Colorectal cancer in the elderly. Is there a role for safe and curative surgery?. ANZ Journal of Surgery, 78: 466–470.
- (12) Endreseth, B. H., Romundstad, P., Myrvold, H. E., Bjerkeset, T., Wibe, A. and The Norwegian Rectal Cancer Group (2006), Rectal cancer treatment of the elderly. Colorectal Disease, 8: 471–479.
- (13) Formijne Jonkers H A, Draaisma W A, Roskott A M, van Overbeeke A J, Broeders I A, Consten E C. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. Int J Colorectal Dis. 2012;27(8):1095–1099.
- (14) Zachary A. Gregg, Haisar E. Dao, Steven Schechter, Nishit Shah, Paracolostomy Hernia Repair: Who and When?, Journal of the American College of Surgeons, 2014, 218, 6, 1105
- (15) Bärbel Jung, Lars Pålman, Robert Johansson and Erik Nilsson. Rectal cancer treatment and outcome in the elderly: an audit based on the Swedish rectal cancer registry 1995–2004. BMC Cancer 2009, 9:68.
- (16) Américo Morales, cols. Auditoría En Colostomías, Ileostomías Y Otras Enterostomías En El Hospital Nacional Del Sur Este- Essalud Cusco (1992-1998). Rev. Situa 1999; 7(14): 24-1.
- (17) Bada Y, García O Minerva, Zárate D, Velasco L, Hoyos T, Takahashi M. Morbimortalidad asociada al cierre de ileostomía y colostomía en asa. Rev Invest Clin 2006; 58(6): 555-560.
- (18) Cruz, C, col; Epidemiología de ostomías de eliminación en difentes unidades de salud del distrito federal. 2009.
- (19) Konian C. Problemas proctológicos de urgencia. Arch. A. P. Hosp. Barrosluco, 132: 2008. Ello W. Emergencias en Proctología. Rev. Brasil. Gastroent. 197, 2007.
- (20) Velasco, Jiménez; Complicaciones de los ostomas. Actualización de las bases de coloproctología. España. 2013.

- (21) De La Llera Dominguez, Gerardo. Colostomías: clasificación, indicaciones, detalles de técnica. *Rev Cubana Cir* 2007,46(4) 14-19.
- (22) Bouillot J, Aouad K: Tratamiento Quirúrgico de las Complicaciones de Colostomias. En Encic. Méd. Chir.(Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris). Técnicas quirúrgicas-Aparato digestivo. E-40-545, 2002.
- (23) Gallot D, Lasser P, Lechaux JP :Colostomias. En Encic. Méd. Chir.(Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris "Técnicas quirúrgicas-Aparato digestivo" E40-540,2002, 12p.

ANEXOS

7.1 ANEXO 01: Operacionalización de variables.

Variables	Tipo de variable	Escala de medición	Dimensión	Indicador
Edad	Cuantitativa	Intervalo	Edad del paciente	Nº años cumplidos
Grupo etario	Cualitativa	Nominal	Edad de pacientes agrupados por etapa de vida.	30-45 años. 46-60 años. 61-75 años. Mayores de 75 años.
Sexo	Cualitativa	Nominal	Sexo del paciente	Masculino Femenino
Comorbilidad	Cualitativa	Nominal	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Asma Tuberculosis Insuficiencia renal ASA III/IV
Indicación de colostomía	Cualitativa	Nominal	Patología que condiciona la confección de la colostomía	Obstrucción intestinal Enfermedad Diverticular complicada Peritonitis Complicada de patología colonica Fístulas colo-vesicales-vaginales Ostomía de protección Resección abdomino perineal Otros
Tipo de colostomía	Cualitativa	Nominal	Tipo de colostomía	Temporal Definitiva
Tipo de intervención quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Tipo de colostomía	Colostomía Hartman Colostomía en asa Colostomía con fístula mucosa Doble colostomía
Complicaciones	Cualitativa	Nominal	Presencia de complicación de la colostomía	Infección de herida operatoria Prolapso de colostomía Eventración paracolostomica Necrosis de colostomía Abscesos intra abdominales Shock séptico Evisceración Estenosis del colostoma Otras

7.2. ANEXO 02: Ficha de recolección de datos.

FICHA N°							
NOMBRE DEL PACIENTE:							
EDAD:		SEXO:	M	F			
PREQUIRÚRGICOS							
COMORBILIDADES	DM2	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	RQ ASA III/ IV	<input type="checkbox"/>	
	TBC	<input type="checkbox"/>	ERC	<input type="checkbox"/>			
INDICACIÓN DE COLOSTOMÍA							
<input type="checkbox"/>	Obstrucción intestinal	<input type="checkbox"/>	Vólvulo de sigmoides				
		<input type="checkbox"/>	Ca colorrectal irresecable				
		<input type="checkbox"/>	Fecaloma				
		<input type="checkbox"/>	Bridas y adherencias				
<input type="checkbox"/>	Enfermedad diverticular complicada						
<input type="checkbox"/>	Peritonitis complicada de patología colonica						
<input type="checkbox"/>	Fístulas colovesicales						
<input type="checkbox"/>	Fístulas colovaginales						
<input type="checkbox"/>	Ostomía de protección			<input type="checkbox"/>	OTROS:		
TIPO DE COLOSTOMÍA							
<input type="checkbox"/>	Colostomía terminal						
<input type="checkbox"/>	Colostomía en asa						
<input type="checkbox"/>	Colostomía + Fístula mucosa						
POSTQUIRÚRGICOS							
COMPLICACIONES							
<input type="checkbox"/>	Infección de sitio operatorio						
<input type="checkbox"/>	Eventración paracolostomica						
<input type="checkbox"/>	Necrosis de colostomía						
<input type="checkbox"/>	Abscesos intraabdominales						
<input type="checkbox"/>	Prolapso de colostomía						
<input type="checkbox"/>	Shock séptico						
<input type="checkbox"/>	Estenosis del colostoma						
<input type="checkbox"/>	Evisceración						
<input type="checkbox"/>	OTRAS:						