

Perfil clínico-epidemiológico del paciente ostomizado en un Centro Hospitalario de alta complejidad

Neumann Ordoñez, Willy Jesús¹; Velásquez Arquíñigo, Karen Alejandrina²; Ortega Checa, David¹

¹. Médico Asistente del Servicio de Cirugía General. Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima Perú.

². Médico Residente del Servicio de Cirugía General. Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Correspondencia: davidortegach@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: La confección de un ostoma es un procedimiento quirúrgico que se realiza de forma habitual en las salas de operaciones de todos los hospitales a nivel nacional, independientemente de su nivel de atención, constituyendo una herramienta valiosa dentro de las técnicas de la cirugía colorrectal, tanto oncológica como de emergencia. Sus características variarán según el perfil de la población atendida en cada institución. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en el cual se tomó como población a los pacientes a quienes se les realizó una ostomía intestinal en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el período 2017 - 2018. Se completó una revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos, utilizándose una ficha donde se registraron sus datos demográficos y epidemiológicos, así como la información relacionada a la cirugía, incluyendo las indicaciones de la ostomía, su morfología y complicaciones. Se realizó finalmente un análisis estadístico descriptivo basado en la distribución por frecuencias de las variables con el programa SPSS versión 23 de IBM. **Resultados:** se accedió a la información de 73 ostomías confeccionadas durante el período de estudio. La edad promedio de la población fue $68,67 \pm 14$ años, siendo la mayoría de los pacientes de sexo femenino (63%). El motivo de ingreso principal fue el diagnóstico previo de cáncer (58%), principalmente de origen colorrectal, siendo

el riesgo de obstrucción intestinal concurrente y la fistulización hacia órganos vecinos, secundaria al proceso neoproliferativo o al tratamiento radiante, las principales indicaciones quirúrgicas (45,9% y 17,8% respectivamente). Se registró un período de estancia hospitalaria promedio de $28,31 \pm 7,4$ días. El tipo de ostomía en asa (80,8%) fue el mayormente elegido, principalmente a nivel del colon transversal (78,1%), ubicándose más frecuentemente hacia el cuadrante superior izquierdo del abdomen (30,1%). Se registraron 32 complicaciones en 24 casos (32,9%) siendo las más frecuentes aquellas relacionadas con la cirugía (íleo, infección de sitio quirúrgico, etc.), reportadas en 13 de ellos (54,2%), mientras que la complicación asociada directamente a la ostomía más frecuente fue el edema, observado en 5 pacientes (20,8%), seguida por el prolapso, descrita en 3 (12,5%). **Conclusiones:** los pacientes ostomizados en hospitales de alta complejidad como el nuestro, tienen características particulares que determinan en gran parte el desarrollo y desenlace de su estancia hospitalaria, como por ejemplo la presencia de edad avanzada, con múltiples comorbilidades asociadas y cuya principal indicación quirúrgica es la presencia de riesgo de obstrucción por cáncer colorrectal. Se requiere un manejo interdisciplinario amplio y protocolos de abordaje enfocados en el paciente, basados en un perfil clínico-epidemiológico previamente elaborado, que optimice la atención médica a brindar.

Palabras claves: perfil, ostomizado.

ABSTRACT

Objective: The creation of an ostomy is a surgical procedure that is performed regularly in the operating rooms of all hospitals nationwide, regardless of

their level of care, constituting a valuable tool among the techniques of colorectal surgery, both oncological and emergency. Its characteristics will vary according to the profile of the population served

in each institution. Methods: this is an observational, descriptive, retrospective study, in which the patients who underwent an intestinal ostomy at the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in the period 2017 - 2018 were taken as the population. A review of the medical records of the operated patients, using a file where their demographic and epidemiological data were recorded, as well as the information related to the surgery, including the indications for the ostomy, its morphology and complications. Finally, a descriptive statistical analysis was performed based on the frequency distribution of the variables with the IBM SPSS version 23 program.

Results: the information of 73 ostomies made during the study period was accessed. The average age of the population was 68.67 ± 14 years, with the majority of patients being female (63%). The main reason for admission was a previous diagnosis of cancer (58%), mainly of colorectal origin, being the risk of concurrent intestinal obstruction and fistulization to neighboring organs, secondary to the neoproliferative process or radiation treatment, the main surgical indications (45, 9% and 17.8% respectively). An average hospital

stay of 28.31 ± 7.4 days was recorded. Loop ostomy (80.8%) was the most frequent type, mainly at the level of the transverse colon (78.1%), being more frequently located towards the upper left quadrant of the abdomen (30.1%). Thirty two complications were recorded in 24 cases (32.9%), the most frequent being those related to surgery (ileus, surgical site infection, etc.), reported in 13 of them (54.2%). The complication most commonly associated with the ostomy was edema, observed in 5 patients (20.8%), followed by prolapse, described in 3 (12.5%). Conclusions: ostomy patients in highly complex hospitals like ours have particular characteristics that largely determine the course and outcome of their hospital stay, such as the presence of advanced age, with multiple associated comorbidities and whose main indication for surgery is the presence of risk of obstruction due to colorectal cancer. A broad interdisciplinary management and patient-focused approach protocols are required, based on a previously developed clinical-epidemiological profile, which optimizes the medical care to be provided.

Keywords: profile, ostomized

INTRODUCCIÓN

La creación de un ostomía intestinal es una cirugía frecuente, realizada como parte del tratamiento quirúrgico de pacientes con patologías abdominales, benignas y malignas, de régimen electivo o de emergencia, que incluyen cáncer, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras. Según su duración pueden ser temporales o permanentes y pueden realizarse como un procedimiento curativo o con intención paliativa. Las más comúnmente descritas son la ileostomía y la colostomía.

Las ostomías en asa se crean comúnmente en cirugía colorrectal para derivar el tránsito intestinal. Estas a su vez pueden proteger una anastomosis colorrectal de tal forma de reducir el riesgo de una fuga anastomótica clínicamente significativa, incluso fatal. Otras indicaciones para la formación de una ostomía en asa son la descompresión en el contexto de una obstrucción intestinal por enfermedad distal no resecable, en afecciones del piso pélvico o por enfermedad perineal severa. Dentro de la técnica quirúrgica se incluye el uso de una vara o baqueta de forma convencional, aunque hoy en día su uso es controversial. Las colostomías permanentes están indicadas cuando se realiza una resección

abdominoperineal, el cáncer distal es irreseccable o hay daño o compromiso del esfínter y éste no es reparable.

Las cirugías donde se crean ostomías tienen altas tasas de complicaciones postoperatorias en comparación con otros tipos de procedimientos quirúrgicos comunes. De igual forma, la presencia de esta nueva condición afecta no solo la dimensión biológica del sujeto, sino también su esfera psicosocial, generando una alta demanda de cuidado efectivo e integral; por lo tanto, los profesionales de la salud deben estar capacitados para asistir a los pacientes ostomizados, sobre todo a los adultos mayores.

La presencia de cualquier ostomía tiene un impacto considerable en el estilo de vida del paciente. La ostomía se convierte en una parte significativa de su quehacer diario y, por lo tanto, en una preocupación latente. Se ha descrito que los pacientes con una ileostomía en asa, pueden tener una menor tasa de comorbilidades y mejor calidad de vida que los pacientes con colostomías por múltiples causas, favoreciéndose su uso en algunos centros, sin embargo, la evidencia es controversial.

La incidencia de complicaciones ostomales varía dependiendo de la literatura consultada.

Las complicaciones más comunes son las que comprometen la piel periestomal, la formación de eventraciones paraostomales, estenosis, retracción, sangrado y prolapso. Es importante señalar que para disminuir considerablemente el número de comorbilidades, independientemente del tipo de ostomía elegido, se deben garantizar todos los principios de la técnica quirúrgica, como por ejemplo, garantizar una adecuada vascularización y movilización del asa, lo suficiente para minimizar la tensión, su ubicación en la pared abdominal, la distancia en la que deben sobresalir respecto al nivel de la piel, entre otras, ya que las complicaciones tempranas están relacionadas generalmente con problemas en la técnica quirúrgica, principalmente con una selección subóptima del sitio de la ostomía. Las complicaciones tardías se describen generalmente en las ostomías permanentes, siendo las más comunes las hernias paraostomales, el prolapso del asa ostomizada y la estenosis. Asimismo, la deshidratación es una causa importante de morbilidad después de la creación de una ileostomía, afecta hasta a un 30% de los pacientes y es la indicación más frecuente de reingreso hospitalario después de la cirugía.

Es posible encontrar todas estas complicaciones en un servicio quirúrgico especializado, por lo que adquiere una importancia trascendental, registrar y conocer la morbimortalidad de este tipo de cirugías y su relación con las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresan, describiendo las indicaciones quirúrgicas, morfología, complicaciones y manejo de las ostomías confeccionadas en cada caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyó como población a los pacientes que fueron sometidos a la confección de una ostomía intestinal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo 2017-2018. La búsqueda arrojó 106 registros, los cuales se obtuvieron de los libros de Sala de Operaciones del Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano correspondientes a los años señalados. Se registraron un total de 106 casos, de los cuales se revisaron 73 reportes de ostomías, excluyéndose así 33 registros incompletos, pertenecientes a historias ubicadas en otros servicios fuera del departamento de historias médicas, o que se encontraron extraviadas para el momento de la revisión. Se realizó una revisión exhaustiva de los datos demográficos y epidemiológicos, así como la información relacionada

a la cirugía, incluyendo las indicaciones quirúrgicas de la ostomía, su morfología y complicaciones y se extrapolaron los datos a una ficha de recolección. Para el procesamiento de los datos se realizó una base de datos en Excel que posteriormente se exportó al programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 23 para finalmente ejecutar un análisis estadístico descriptivo basado en frecuencias utilizando dicha herramienta.

RESULTADOS

Los datos de 73 ostomías fueron recolectados y analizados en este estudio. La distribución por edad de los pacientes ostomizados muestra un predominio marcado de la población mayor de 60 años, representando el 76,7% del total de registros obtenidos. El promedio de edad fue $68,67 \pm 14$ años, siendo el grupo etario de 60 a 74 años el que englobó el mayor número de pacientes (39,7%). Se muestra un predominio marcado del sexo femenino, representando el 63% del total de casos estudiados. Se consideraron los ingresos tanto electivos (consultorio externo) como de emergencia a la institución. El cáncer y sus complicaciones fueron el motivo de admisión principal, representando el 79,5%. De ellos, el cáncer colorrectal reunió el 93,1% de los casos, siendo el recto, la localización anatómica más frecuentemente comprometida en un 53,4%, seguido por el colon en cualquiera de sus segmentos en un 12,3%. De los 15 casos ingresados por causas no oncológicas (20,5%), destacan la presencia de una fístula rectovaginal posterior a radioterapia, generalmente por cáncer de origen ginecológico previo ($n=4$) y hemorragia digestiva baja secundaria a proctitis actínica ($n=3$), ambas complicaciones del tratamiento radiante. También se pudo evidenciar la incidencia de otras patologías como causa de ingreso hospitalario distinto al cáncer, tales como complicaciones de ostomías previas, específicamente por eventración paraostomal y prolapso marcado ($n=2$), obstrucción intestinal ($n=2$), fístulas colónicas secundarias a inflamación local en casos con enfermedad de Crohn y diverticulitis aguda ($n=2$), perforación de víscera hueca ($n=1$) y dehiscencia de anastomosis intestinal ($n=1$). Los casos registrados tuvieron un periodo de estancia hospitalaria de $28,31 \pm 7,4$ días en promedio. Se dividió el tiempo de hospitalización en dos momentos fundamentales: antes y después del procedimiento quirúrgico. Se observó que el promedio de tiempo desde el ingreso hasta la confección de la ostomía fue de $18,57 \pm 12,8$ días, mientras que el correspondiente al postoperatorio hasta el momento del egreso fue $11,01 \pm 7,4$ días.

Se registraron las principales comorbilidades en la población estudiada y se agruparon por categorías. Se observó un rango entre 0 hasta 9 comorbilidades en un mismo individuo, con un promedio de hasta 3 patologías por paciente, siendo las más frecuentes, aquellas de origen hematológico, principalmente la anemia, encontrada en un 16% del total de registros. La presencia de cirugías abdominales o pélvicas previas también se considera como un antecedente importante, encontrándose en un 15,6%, así como las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, etc.), siempre presentes, ésta vez en un 13,6%.

El contexto del paciente ostomizado mayormente fue el electivo, en un 87,7% de los casos, siendo la conducta escogida la confección de la ostomía como único procedimiento en 55 casos (75,3%). En 15 de ellos se requirió la liberación de adherencias. Cirugías más complejas, que incluyen la ostomización como herramienta importante dentro de la estrategia quirúrgica, como ocurre en las resecciones abdominoperineales y las resecciones anteriores ultrabajas, se realizaron en 17 casos (23,3%) registrándose un mayor tiempo quirúrgico.

Se evaluaron múltiples características de las ostomías confeccionadas. La primera de ellas fue su duración estimada, clasificándose en temporales y permanentes. Las ostomías temporales se eligieron en 52 individuos (71,2%), mientras que las permanentes en 21 (28,8%). Las colostomías en asa fueron las más realizadas en un 80,8%, siendo el colon transverso su ubicación anatómica predilecta (78,1%) seguida por el íleon terminal. Respecto al sitio de exteriorización a nivel de la pared abdominal, se seleccionó el cuadrante superior izquierdo en un 30,1%, sin embargo, el cuadrante inferior izquierdo (24,7%) y el cuadrante inferior derecho (21,9%) gozaron de preferencia similar por parte de los cirujanos tratantes. Las principales indicaciones para la ostomización fueron las siguientes: riesgo de obstrucción por la progresión de la lesión tumoral (45,9%), fistulización del recto hacia órganos contiguos (17,8%), hemorragia (11%), obstrucción intestinal completa (7,1%), protección de anastomosis intestinales de alto riesgo como la coloanal (5,9%) y como complemento de procedimientos de resección intestinal por cáncer (5,9%). Se observó una única indicación para la ostomización en un 83,6%, mientras que en el 16,4% restante se encontró más de una razón para ostomizar.

A pesar de que la mayoría de las ostomías no presentaron ninguna complicación (58,4%), éstas

se registraron en 24 casos. Se observó más de una complicación en 6 pacientes, para un total de 32 complicaciones reportadas. Se pudo identificar que aquellas ostomías que presentaron alguna complicación, mostraron una distribución bimodal, siendo las relacionadas con la cirugía (retención de orina, íleo, infección de sitio quirúrgico, etc.) igual de frecuentes que las propias de la ostomía como grupo (20,8% cada uno). De estas últimas, se observaron 5 ostomías edematizadas, 3 prolapsos, 2 infecciones del sitio de la ostomía y 2 retracciones como las más importantes. La mayoría de ellas aparecieron entre los 2 a 7 días después de la cirugía (53,1%). Un solo paciente requirió traslado al área de cuidados intensivos debido a una sepsis de punto de partida abdominal secundario a una obstrucción y necrosis intestinal por una hernia interna. Todos los demás pacientes evolucionaron satisfactoriamente y fueron egresados. No se registró ningún fallecimiento.

DISCUSIÓN

La confección de ostomías intestinales es un procedimiento quirúrgico sencillo, altamente efectivo y ampliamente utilizado por los cirujanos en centros hospitalarios de distinto nivel de complejidad alrededor del mundo. Escogida como estrategia principal para el tratamiento quirúrgico de ciertas condiciones abdominales, tanto en el contexto de la cirugía de emergencias como en la electiva, tiene lineamientos fundamentales que buscan garantizar el éxito postoperatorio, sin embargo, también tiene particularidades aplicables a las circunstancias individuales de cada paciente atendido. Por esta razón, se vuelve necesaria la elaboración de protocolos en los servicios quirúrgicos basados en las características de cada tipo de paciente que solicita atención médica en nuestros hospitales. Esto puede lograrse mediante el reconocimiento de perfiles obtenidos a partir del estudio de la realidad local, permitiendo integrar las directrices y recomendaciones generales del procedimiento quirúrgico en cuestión con los aspectos clínico-epidemiológicos más frecuentemente encontrados de cada grupo de pacientes que acude a la consulta externa o sala de emergencia. Este enfoque basado en perfiles, permite un manejo más expedito y específico de las complicaciones derivadas del acto quirúrgico, al igual que la elaboración de estrategias más efectivas de seguimiento postoperatorio y de mejoramiento de calidad de la atención del paciente. Este trabajo constituye un esfuerzo para conocer el perfil del paciente ostomizado de nuestro hospital, basado en la realidad de los registros clínicos locales. En el período estudiado, se obtuvieron 106 registros

de pacientes ostomizados en el servicio de colon y recto del HNERM, de los cuales se accedió a la información de 73 de ellos. Esto representa un 31,1% de datos perdidos por múltiples causas (historias incompletas, fichas perdidas, ubicación de la historia fuera del departamento de historias clínicas), lo cual alarma sobre la necesidad de optimizar la estrategia de recolección de datos en futuras investigaciones basados en esta limitante, ya sugerida por Montañez-Valverde y col. en su reporte realizado en 2015 con información recopilada en nuestro centro.

Del análisis demográfico de la población evaluada, se encontró un predominio del sexo femenino en un porcentaje muy parecido al mostrado por García y col y Lobato y col en sus revisiones. Respecto al grupo etario, del total de la población estudiada, el 78,1% se encuentra por encima de los 60 años de edad, lo cual puede observarse también en estudios similares de distintas latitudes. Esto puede tener relación con el incremento progresivo de los estratos más longevos en los últimos años en Perú y el resto del mundo, así como también con la alta incidencia de patologías tumorales en los pacientes mayores de 60 años, sobre todo de origen colorrectal, considerándose así al paciente geriátrico como un individuo de alto riesgo para convertirse en candidato para la realización de una ostomía durante la evolución de su enfermedad. Controversialmente, es posible encontrar reportes en la literatura con una mayor proporción de pacientes ostomizados de sexo masculino, inclusive de menor edad, sin embargo, en estos últimos, los motivos de ingreso a sala de operaciones más frecuentes fueron aquellos de origen no oncológico en el contexto de la cirugía de emergencia, mientras que el más frecuentemente descrito en nuestro estudio fue el cáncer, principalmente de origen colorrectal y sus complicaciones, tal como describen otros autores. Uno de los factores que puede influir en esta diferencia es el nivel de atención de las instituciones de salud en las que se realizaron los estudios citados anteriormente, lo cual nos sugiere que será posible encontrar con mayor frecuencia, casos oncológicos más complejos, referidos de hospitales más pequeños, para recibir un manejo especializado en hospitales de mayor complejidad como el nuestro, mientras que los casos quirúrgicos de emergencia, cuya indicación de ostomización por ejemplo sea trauma colorrectal o perforación colónica, pueden ser recibidos más frecuentemente en hospitales periféricos de menor complejidad. Esta premisa también se sustenta por la alta tasa de ostomías electivas realizadas (87,7%), similar a la mostrada por Catalayud y col en su serie y la alta estancia hospitalaria previa al tratamiento quirúrgico (18,57

± 12,8 días), esta última motivada a la necesidad de estudios complementarios preoperatorios que generalmente se realizan en instituciones con mayores recursos diagnósticos. Esto se refleja en el alto promedio de días de hospitalización totales, el cual fue muy superior al mostrado por otras series, planteándose necesario auditar cómo ha sido la planificación preoperatoria de estos casos en cada uno de los servicios tratantes antes de su llegada a nuestro servicio, e inclusive dentro del servicio mismo, objetivo que escapa de esta investigación.

La mayoría de los pacientes del estudio presentaron 3 o más comorbilidades asociadas, siendo las más frecuentes la presencia de anemia, característica de las enfermedades neoplásicas, incluyendo el cáncer colorrectal; las patologías cardiovasculares, dentro de las que destaca la hipertensión arterial y el antecedente de cirugías abdominales y/o pélvicas previas. Se ha descrito la alta frecuencia de estas dos últimas en otras investigaciones locales. El conocimiento del patrón de comorbilidades de los pacientes atendidos permite hacer un bosquejo de la fragilidad con la cual llegan al acto quirúrgico (incluyendo el acto anestésico), planteando la necesidad de realizar procedimientos breves, delicados, previamente planificados en detalle y con un adecuado seguimiento postoperatorio desde el punto de vista médico. En este orden de ideas, se observó que la mayoría de las ostomías confeccionadas fueron realizadas como procedimiento único en la sala de operaciones (55 de 73, 75,3%). En 15 casos se requirió la liberación de adherencias, sin embargo ésta no se consideró como un procedimiento quirúrgico distinto o adicional. Las ostomías realizadas como complemento de resecciones viscerales y tumorales se observaron en menor proporción (17 casos, 23,2%). Esto denota que un alto porcentaje de ostomías fueron planificadas con indicaciones claras y específicas, siendo las más frecuentes, en primer lugar, el manejo de la obstrucción generada por el crecimiento intraluminal de los tumores colorrectales al momento de ser detectados (45,9%), tanto como una medida preventiva, como lo demostramos en este trabajo, o como tratamiento descompresivo inicial. La ostomía, en ambos casos, forma parte de la estrategia clásicamente descrita del tratamiento del cáncer en dos o tres tiempos. En segundo lugar se encuentra la desfuncionalización de segmentos intestinales comprometidos por secuelas del tratamiento oncológico (radioterapia), por ejemplo, en aquellos pacientes con hallazgos clínicos o histopatológicos de proctitis actínica con hemorragia digestiva baja severa o fistulización a otros órganos (28,8%).

En las situaciones anteriores, la ostomía actúa como coadyuvante en el tratamiento definitivo del cáncer. En el primer caso, permite descomprimir de forma profiláctica el tracto digestivo y así evitar la incidencia de una condición de emergencia que empeora la sobrevida del paciente durante el tratamiento citorreductor, por lo que se considera como una estrategia previa a la neoadyuvancia, garantizando la adherencia al tratamiento y una mayor efectividad del mismo, facilitando la resección definitiva del tumor en un segundo tiempo quirúrgico al alcanzar niveles de reducción tumoral satisfactorios. En el segundo caso, al derivar el contenido fecal hacia el exterior, se crea un ambiente celular propicio para una adecuada hemostasia y cicatrización del tejido irradiado, las cuales se encuentran comprometidas a consecuencia del tratamiento oncológico seleccionado. El tipo de ostomía seleccionado mayormente para lograr estos objetivos en nuestro estudio fue la colostomía en asa del colon transversal, exteriorizada en el cuadrante superior izquierdo del abdomen por considerarse la técnica de derivación temporal del flujo fecal que implica menor trauma quirúrgico y menor tasa de complicaciones, sin embargo, la literatura ofrece información controversial al respecto. Algunos reportes favorecen a la ileostomía como método ideal de derivación, mientras que otros indican que las colostomías en asa del colon transversal tienen una alta incidencia de complicaciones, algunos incluso llegando a favorecer a las de tipo terminal.

Frecuentemente las ostomías son consideradas como métodos de derivación permanentes debido a la poca probabilidad de restitución de tránsito intestinal a futuro del paciente tratado con dicho procedimiento. En nuestro estudio esto ocurrió en 5 casos, en los cuales se realizó una ostomía en asa con intención paliativa. Las principales razones fueron la edad y estado general del paciente y la presencia de cáncer localmente avanzado, con criterios de irreseccabilidad, elementos que incluso contraindican la administración de neoadyuvancia en los casos de cáncer colorrectal, sin embargo es necesario establecer pautas óptimas de seguimiento del paciente para determinar objetivamente la temporalidad real de la ostomía que se decida confeccionar, sobre todo en los casos de pacientes con edades comprendidas entre 40 y 60 años, que reciben neoadyuvancia por cáncer de recto y ano y en aquellos con enfermedades de origen no oncológico como la diverticulitis aguda.

Independientemente de la ostomía confeccionada el porcentaje de complicaciones generales es muy variable, oscilando en un rango entre 20 y 70%. En nuestro estudio, la tasa global de complicaciones fue

de 35,6% (26 de 73 reportes), similar a la de Londono-Schimmer y col (34,2%), menor a la reportada por autores locales, la cual se encuentra alrededor del 50%. Se registraron en total 32 complicaciones, de las cuales, las más frecuentes fueron las relacionadas con la cirugía en un 21,9% (íleo, retención de orina, infección de herida quirúrgica abdominal o perineal, mas no del sitio de la ostomía), similar a lo reportado por García y Lobato y Bosshardt, mientras que las propias de la ostomía, representaron un total de 21,4%. De estas últimas, el edema fue la complicación más frecuente, similar a lo presentado por Franklyn y col evidenciándose en 5 casos. En ellos se indicó un manejo expectante. Siguen en menor frecuencia el prolapso y la infección del sitio de la ostomía. Esto difiere de otras series, donde la frecuencia de dichas complicaciones varía. Villalba describe un predominio de las eventraciones paraostomales mientras que en la serie de Duchesne y col, las complicaciones más frecuentes fueron el prolapso y la necrosis. En otros estudios, las principales complicaciones fueron las relacionadas con la piel y la eventración paraostomal. Sólo se reoperaron dos casos, uno con diagnóstico de eventración paraostomal a quien se le practicó una eventroplastia con malla y otro con un prolapso sintomático a quien se le reconfeccionó la colostomía. Estas diferencias tan marcadas en la frecuencia de las complicaciones pueden tener múltiples razones, entre ellas, la proporción variable de cirugías de emergencia y electiva, la efectividad del seguimiento postoperatorio, la subjetividad al momento de la evaluación de la complicación y las comorbilidades asociadas del paciente, sin embargo, dicho análisis se encuentra más allá de los alcances de este estudio.

CONCLUSIÓN

Este estudio ofrece un perfil inicial de los pacientes ostomizados que acuden a hospitales de alta complejidad como el nuestro, permitiendo afirmarse que existen características particulares que determinan en gran parte el desarrollo y desenlace de su estancia hospitalaria, como por ejemplo la presencia de edad avanzada, múltiples comorbilidades asociadas y la alta incidencia de riesgo de obstrucción por cáncer colorrectal. Se requiere un manejo interdisciplinario amplio y protocolos de abordaje enfocados en el paciente, basados en un perfil clínico-epidemiológico previamente elaborado como este, que optimice la atención médica a brindar, así como también sistemas efectivos de recolección de datos y seguimiento de los pacientes, para la detección oportuna de complicaciones inadvertidas y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente ostomizado. Más investigaciones son necesarias.