



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL**  
**CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMÍAS**  
**DIGESTIVAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA**  
**GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE**  
**TEJERA” PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024**

Trabajo Especial de Grado presentado ante la Universidad de Carabobo  
para optar al título de Especialista en Cirugía General.

**AUTOR: DRA. GUERRERO MARIANGEL**

**VALENCIA, JUNIO DE 2025**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL**  
**CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMIAS  
DIGESTIVAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA  
GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE  
TEJERA” PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024**

**AUTOR: DRA. GUERRERO MARIANGEL**  
**TUTOR: DRA. ASCANIO YERARDITH**

**VALENCIA, JUNIO DE 2025**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMÍAS DIGESTIVAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024

Presentado para optar al grado de **Especialista en CIRUGÍA GENERAL**. por el (la) aspirante:

**GUERRERO Y., MARIANGEL G**  
C.I. V.- 21.179.296

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): **Yerardith Ascanio P.**, titular de la C.I V.-18252029, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/06/2025**

**Prof. Yerardith Ascanio**

(Pdte)

C.I. 18252029

Fecha 13/06/2025

**Prof. Maryeli Solorzano**  
C.I. 8470610  
Fecha 13/06/2025  
TEG: 10-25



**Prof. Javier Rodríguez**

C.I. 20037745

Fecha 13/06/25

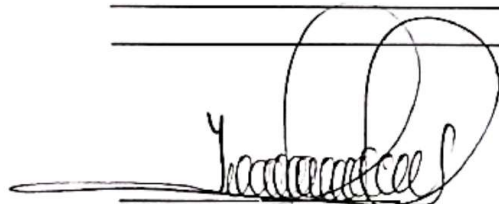
## ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado: **"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMÍAS DIGESTIVAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024"** Presentado por el (la) ciudadano (a): **GUERRERO Y., MARIANGEL G**, titular de la cédula de identidad N° **V.- 21.179.296**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: \_\_\_\_\_ y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: \_\_\_\_\_.

### RESOLUCIÓN

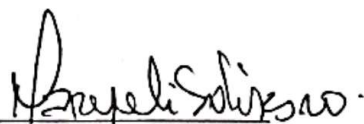
Aprobado: ☒ Fecha: 13-06-25. Reprobado: ☐ Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Presidente del Jurado**

Nombre: Gerardo Ascareo  
C.I. 18252029



**Miembro del Jurado**

Nombre: Dayeli Solís  
C.I. 8470610



**Miembro del Jurado**

Nombre: Javier Rodríguez  
C.I. 20037745

### Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

/Fjmr

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>06</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>29</b>



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL**  
**CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMIAS DIGESTIVAS EN PACIENTES  
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.  
ENRIQUE TEJERA” PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024**

**AUTOR: DRA. GUERRERO MARIANGEL**  
**TUTOR: DRA. ASCANIO YERARDITH**  
**FECHA: JUNIO/2025**

**RESUMEN**

Una ostomía es la derivación de una víscera hueca hacia la piel de forma quirúrgica, a través de un orificio llamado estoma, es parte del manejo de las enfermedades graves que afectan al tracto gastrointestinal, como neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal. **Objetivo:** Determinar la incidencia y factores asociados a las complicaciones de ostomías digestivas en pacientes del Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período julio 2022 a julio 2024. **Materiales y Métodos:** Investigación de tipo descriptiva, diseño no experimental, transversal y retrospectiva, población total de 306 pacientes ostomizados con 169 ostomizados que presentaron alguna complicación. Como técnica se utilizó la revisión documental, como instrumento una ficha de registro. **Resultados:** De la población total, 169 pacientes 55,2% presentaron al menos una complicación. 59,17% masculinos, 40,83% femeninos, con edad promedio de 62, 2 años. La causa principal de ostomia fue tumoral 51,35%, (colon-recto), y perforación de asa delgada 27,82%. La intervención quirúrgica más frecuente fue ileostomía + fistula mucosa 26,62%. Las complicaciones tempranas representaron 92,33%, dermatitis y absceso periestomal 28-27% y las tardías 7,69%, prolapso de ostomia en 3,55%; la mayoría en pacientes diabéticos y obesos reportándose mayor riesgo atribuible a complicaciones. Se evidenció reintervención quirúrgica total de 21,89%. **Conclusión:** Debido a la alta tasa de complicaciones de ostomias, la prevención debe realizarse desde el preoperatorio, el marcado o ubicación del estoma, la técnica quirúrgica, cuidado postoperatorio, la educación de la familia y el paciente, y el apoyo psicológico es vital para una evolución satisfactoria.

**Palabras Clave:** Ostomía, Complicaciones, Quirúrgico.





UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMIAS DIGESTIVAS EN PACIENTES  
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.  
ENRIQUE TEJERA” PERÍODO JULIO 2022 - JULIO 2024

AUTOR: DRA.GUERRERO MARIANGEL  
TUTOR: DRA. ASCANIO YERARDITH  
DATE: JUNIO/2025

### ABSTRACT

An ostomy is the surgical diversion of a hollow viscus towards the skin, through a hole called a stoma. It is part of the management of serious diseases that affect the gastrointestinal tract, such as neoplasms or inflammatory bowel disease. **Objective:** Determine the incidence and factors associated with complications of digestive ostomies in patients of the General Surgery Service of the Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” during the period July 2022 to July 2024. **Materials and Methods:** Descriptive research, non-experimental, cross-sectional and retrospective design, total population of 306 ostomized patients with 169 ostomized patients who presented some complication. Documentary review was used as a technique, with a record sheet as an instrument. **Results:** Of the total population, 169 patients 55.2% presented at least one complication. 59.17% male, 40.83% female, with average age of 62.2 years. The main cause of ostomy was tumor in 51.35% (colon-rectum), and thin loop perforation in 27.82%. The most frequent surgical intervention was terminal ileostomy + mucosal fistula 26,62%. Early complications represented 92.33%, dermatitis and peristomal abscess 28-27%, and late complications 7.69%, ostomy prolapse in 3.55%; the majority in diabetic and obese patients, reporting a higher risk attributable to complications. Total surgical re intervention of 21.89% was evident. **Conclusion:** Due to the high rate of complications of ostomies, prevention must be carried out from the preoperative period, the marking or location of the stoma, the surgical technique, postoperative care, education of the family and the patient, and psychological support is vital for a satisfactory evolution.

**Keywords:** Ostomy, Complications, Surgical

## INTRODUCCIÓN

En un mundo cada vez más longevo y con estilos de vida cada vez más sedentarios, las enfermedades crónicas se han convertido en un problema de salud pública. Entre estas enfermedades, las que afectan el sistema digestivo ocupan un lugar destacado, y las ostomías digestivas representan una de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en estos pacientes; estas intervenciones, aunque necesarias, conllevan a una serie de complicaciones que pueden tener un profundo impacto en la calidad de vida de los pacientes. El aumento de la esperanza de vida, la industrialización y los efectos de la urbanización proporcionan una mayor exposición a la población a innumerables enfermedades, como el cáncer, las enfermedades crónicas degenerativas, el trauma y aquellas enfermedades hereditarias que se exacerban por factores externos.

La ostomía digestiva, es un procedimiento quirúrgico frecuente en cirugía de urgencia o de forma electiva, ésta es definida como la derivación de una víscera hueca hacia la piel de forma quirúrgica, a través de un orificio llamado estoma. Una ileostomía comprende exteriorización del íleon hacia la piel del abdomen. Una colostomía es la conexión del colon a la piel del abdomen. Las causas más frecuentes para su elaboración se relacionan con el cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular complicada, trauma abdominal, poliposis familiar, síndrome de Lynch, fístulas colo-vesical o recto-vaginal, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, obstrucciones intestinales, infecciones o incontinencia fecal.

Las complicaciones de las ostomías digestivas se han relacionado con múltiples factores de riesgos como la edad, la obesidad, la ubicación anatómica de la estoma, así como las relacionadas directamente con la técnica utilizada, las características de la estoma tales como la altura y la forma. El tabaco y la diabetes han sido también estudiados ya que dificultan la cicatrización y favorecen la isquemia de los tejidos.<sup>(1)</sup>



El portador de un estoma se ve afectado por cambios físicos, emocionales y socioculturales. Estos cambios alteran significativamente su imagen corporal, modificando las funciones psicológicas e influyendo en la actividad sexual, además de la autoestima. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud oriente al paciente y su familia de manera eficaz, implementar acciones y medidas de cuidado encaminadas a minimizar los factores negativos, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.<sup>(2)</sup>

Se estima que las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en los primeros cinco años de postoperatorio y dado el rango tan amplio de complicaciones es difícil precisar una incidencia exacta. En general, los estudios publicados estiman que un 20-70% de los pacientes portadores de una ostomía van a tener una o más complicaciones que están influenciadas por factores de riesgo individual. Este amplio rango se debe a la existencia de múltiples factores como son; la duración del seguimiento, la definición de complicación, el tipo de estoma, el tipo de cirugía o la patología de base.<sup>(1)</sup>

Una complicación frecuente, independientemente del tipo de estoma, es la destrucción de la piel, inflamación aguda y maceración alrededor del estoma que comúnmente se origina por ubicación o construcción inadecuada. Se ha descrito que en algunos pacientes generan trastornos en el equilibrio hidroelectrolítico sobre todo en ileostomías, por la constitución y características de su gasto.

La prevención de las complicaciones debe comenzar desde el período preoperatorio realizando un marcaje por personal entrenado. Así mismo, se ha observado cómo la educación preoperatoria reduce la estancia hospitalaria, es más eficaz que la postoperatoria y reduce el tiempo requerido para el manejo de la estoma. La técnica quirúrgica correcta es otro de los pilares fundamentales para evitar las complicaciones debiendo cumplir una serie de requisitos básicos. En el postoperatorio es prioritario el papel del personal de salud que permite vigilar la aparición de complicaciones, así como su tratamiento precoz.<sup>(1,2)</sup>

En el estudio realizado por Garrote D. 2017 titulado complicaciones de las colostomías y marcaje pre quirúrgico en España, describe las complicaciones y observa la importancia del marcaje pre quirúrgico y de personal calificado, concluyendo complicación en menos del 35% de los pacientes, siendo los más relevantes: abscesos periestomales y la hernia paraestomal, incidencia el cual pretende disminuir con el marcaje quirúrgico y seguimiento adecuado.<sup>(3)</sup>

Por otra parte, en el estudio de Ambe. P y col 2018 titulado ostomías intestinales, llevado a cabo en Alemania, más del 75% de todas las ostomías digestivas se confeccionan como parte del tratamiento del cáncer colorrectal. La incidencia de complicaciones es de 10 al 70%. La irritación de la piel, la erosión y la ulceración son las complicaciones tempranas más comunes, con una incidencia combinada del 25 al 34 %, mientras que el prolapso de la estoma es la complicación tardía más común, con una incidencia del 8 al 75%. La mayoría de las complicaciones tempranas se pueden tratar de forma conservadora, mientras que la mayoría de las complicaciones tardías requieren revisión quirúrgica. La ubicación y cuidado inadecuado de la estoma son las causas más comunes de complicaciones tempranas. Tanto los factores quirúrgicos como los relacionados con el paciente influyen en las complicaciones tardías.<sup>(4)</sup>

Del mismo modo el estudio de Ayik C y col. en 2020 titulado complicaciones de ostomías, factores de riesgo y cuidados de enfermería aplicados: un estudio descriptivo retrospectivo en Turquía; concluye que la edad media de los pacientes fue de 59,1 años y la mayoría de los pacientes eran hombres 52%, con colostomía terminal en un 44%. Se desarrolló una o más complicaciones tempranas en 56% de pacientes, y 36% en el período tardío. Las complicaciones tempranas más frecuentes fueron la dermatitis en 31% y la separación mucocutánea en 2%. Las variables asociadas con un mayor riesgo de separación mucocutánea incluyeron obstáculos para el cuidado de la ostomía, ostomía terminal y altura de la ostomía <10 mm.<sup>(5,6)</sup>

Además del estudio de Gómez. J y col en 2024, titulado estomas: complicaciones, manejo y prevención llevado a cabo en Colombia; describe como principales causas de complicaciones de ostomías aspectos clínicos y técnicos, como: cirugía de urgencias, enfermedad inflamatoria intestinal, edad, (IMC) mayor a 25 kg/m<sup>2</sup>, tabaquismo, diabetes tipo 2, ausencia de marcación abdominal preoperatoria, altura inadecuada en la maduración del estoma y falta de cuidados postoperatorios.<sup>(2)</sup>.

Así mismo Villalba J. y col en su artículo titulado colostomías: indicaciones y complicaciones en Paraguay, analizaron las complicaciones de las ostomías en 32 (39,5%) pacientes, los mismos fueron: hernia paracolostómica en 12 casos, prolapso en 2 casos, retracción en 4 casos, necrosis del cabo terminal en 3 casos y perforación del asa aferente en 1 caso, concomitante en 10 pacientes dermatitis, todos ellos fueron re-operados. La internación fue en promedio de 16 días. Ingresaron a unidad de cuidados intensivos adultos 9 pacientes y fallecieron 5 (6,1%) por shock séptico<sup>(7)</sup>.

Por otro lado, Morán Mancero M. y col en su trabajo titulado factores causales en las complicaciones de estomas intestinales en cirugía de emergencia. 2014 en Ecuador; describe que las complicaciones de colostomías se presentan en mayor frecuencia en el género masculino, en las ileostomías en igual frecuencia en ambos géneros; promedio de edad de 47 años. La incidencia de complicaciones de colostomías tempranas es 23% y tardías 20%; en las complicaciones de ileostomías tempranas es 33% y tardías 24%. La reintervención quirúrgica presenta mayor porcentaje en las ileostomías con 25% y en las colostomías apenas de un 18%.<sup>(8)</sup>

De la misma manera, Arenas J, en 2015 en su estudio titulado, el alto débito por la ostomía implicaciones clínicas, detección y manejo; en España identificó la ostomía de alto gasto como la segunda complicación más prevalente asociada a las estomas. El alto gasto está claramente asociado de manera significativa a los pacientes con ileostomía. Las de alto gasto tardío tiene una alta morbilidad asociada: Insuficiencia Renal en el 50% de los pacientes y alteraciones electrolíticas en el 100%.<sup>(13)</sup>

Asimismo, Reyes J. en su estudio titulado Análisis de las Complicaciones Postoperatorias de Pacientes Ostomizados del Departamento de Cirugía General del Hospital Militar “Dr Carlos Arvelo”, llevado a cabo en Caracas, Venezuela en 2018 concluyó que la incidencia de complicaciones fue de 45,28%, siendo principalmente reportada en las complicaciones tempranas el edema en el 45,28%, seguido de dermatitis periestomal 30,19%. Dentro de los factores de riesgo principales destacan los pacientes con cáncer y diabetes tipo 2, reportándose mayor riesgo atribuible a complicaciones.<sup>(9)</sup>

Por lo cual se estableció como Objetivo General de esta Investigación: Determinar la incidencia y factores asociados a las complicaciones de ostomías digestivas en pacientes del Servicio de Cirugía General de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período comprendido entre julio de 2022 y julio de 2024, con el fin de proponer estrategias de prevención y mejora en la atención a estos pacientes. Y como Objetivos Específicos: Describir el perfil demográfico y clínico de los pacientes con ostomías digestivas. Identificar el tipo de complicaciones más frecuentes. Evaluar la relación entre las complicaciones y la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio estuvo motivado debido a la alta tasa de complicaciones postoperatorias de ostomías digestivas en el servicio de cirugía general de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera, se tomó en consideración la importancia del perfil demográfico de los pacientes portadores de ostomía, dichos datos son relevantes ya que determinan la causa principal que lleva a los pacientes a una complicación y si esta puede ser detectada precozmente o incluso ser evitada, asimismo, para tener un panorama general de la clasificación de tipos de ostomías, técnica quirúrgica adecuada y tipo de complicaciones.

Dentro de la variedad de las complicaciones que se describen, éstas se pueden clasificar de acuerdo al tiempo en que aparecen, definiendo a las complicaciones tempranas (< de 30 días) dentro de las que se encuentran: **1.- Metabólicas:** deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos en caso de ostomías de alto gasto, entre

1500- 2000 ml en 24 horas, ocurre en el 16% de los pacientes causando de manera temprana pérdida de agua y sodio, compensado por el aumento de los niveles de aldosterona que al ser permanente conlleva a hipocalemia secundaria y tardíamente a hipomagnesemia, alteración de la absorción de ácido fólico y vitamina B12. El alto gasto y la deshidratación secundaria son las causas más frecuentes de reingreso posterior a la confección de la ostomía. **2.- Inflamatorias o infecciosas como dermatitis periestomal temprana:** incluye todas las alteraciones cutáneas, ya sean irritativas por contacto (lesión química), lesiones producidas por los dispositivos adhesivo (recambio de barreras), alergia o por lesión infecciosa; este tipo de complicación es más frecuente en las ileostomías por la salida del contenido alcalino alto en enzimas proteolíticas, que comprometen estructuralmente la epidermis, siendo el pioderma gangrenoso la manifestación más avanzada de esta complicación. **3.- Absceso periestomal:** es la aparición de eritema o edema con colección purulenta, fiebre o signos de respuesta inflamatoria sistémica, secundario a la sobreinfección de un hematoma o contaminación del lecho quirúrgico del tejido subcutáneo periestomal. Factores como la exteriorización de un intestino dilatado, con retención de materia fecal, o previamente drenado en la cavidad peritoneal, junto con la filtración del efluente en casos de desprendimiento mucocutáneo, favorecen la colonización bacteriana del trayecto en la pared abdominal. **4.- Isquemia o necrosis:** su incidencia va desde 2% y puede llegar hasta el 20% en postoperatorio inmediato. Se presenta con coloración negra o violácea de la estoma, como consecuencia de una alteración en la perfusión. Las tres principales causas que facilitan su aparición de forma aguda son la tensión del mesenterio, una extensa disección del meso periestomal y la ligadura de vaso principal en el mesenterio. También puede presentarse solo isquemia segmentaria caracterizada por membranas de aspecto gris con fibrina en la mucosa de la estoma. **5.- Retracción o invaginación:** se presenta en el 3-9 % de los casos y se define como un estoma que se encuentra 0,5 cm por debajo del nivel de la piel. Se relaciona con un asa intestinal a tensión, meso muy engrosado y corto, pániculo adiposo abundante, siendo la obesidad y la inmunosupresión factores de riesgo para su aparición. Las estomas isquémicas que se manejan de

forma expectante, pueden presentar retracción asociada durante su evolución. **6.- Obstrucción mecánica:** edema mucoso, se identifica por la presencia en las primeras horas del posoperatorio de edema en la mucosa de la estoma, debida a congestión vascular en el mesenterio. Su incidencia no se ha determinado con exactitud. Puede ocurrir por estrechez en la apertura de la fascia, el trayecto en la pared abdominal o la piel; lo que causa una compresión extrínseca sobre el mesenterio y, en consecuencia, el edema vasogénico en la mucosa. Hernia interna (espacio peritoneal lateral), el encarcelamiento del segmento intestinal, la torsión del asa con rotación del meso, oclusión proximal, y la estenosis en la pared abdominal por un orificio de apertura fascial pequeño. **7.- Falla en la maduración:** desprendimiento mucocutáneo del 3-10% puede ser producido por causas técnicas o clínicas propias del paciente. Las enfermedades que alteran la cicatrización, como la diabetes, inmunosupresión, uso de corticoides y desnutrición, se han identificado como factores de riesgo. Cuando se presenta, la filtración del contenido intestinal a través de las paredes de la estoma y la piel producen un mayor riesgo de infección local, formación de abscesos y condiciones adversas para la remodelación y la nueva maduración de la estoma. Se ha observado que la tensión de la estoma y de la sutura sobre la piel, durante el acto quirúrgico, favorecen el desgarro mucocutáneo.

Por otra parte, dentro de las complicaciones tardías (> a 30 días) se describen: **1.- Hernia periostomal:** ocurre por la salida de un segmento de intestino a través del trayecto de la estoma en la pared abdominal. Es la complicación tardía más frecuentemente informada, en un 9,6% de los pacientes durante los primeros cinco años, pero su incidencia puede ser tan alta como del 53% en cirugía abierta o laparoscópica sin el uso de malla profiláctica. En pacientes asintomáticos, se ha detectado mediante estudios imagenológicos, hasta en un 80% de ellos, es frecuente en colostomías y estomas terminales. Han sido identificados como factores de riesgo condiciones clínicas como la infección del sitio operatorio, tabaquismo, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades del colágeno, ascitis, y aspectos técnicos como la localización de la estoma lateral al músculo recto

y la denervación del nervio epigástrico. El diagnóstico clínico se debe realizar mediante el examen físico con el paciente de pie, con y sin maniobras de Valsalva, y repetir mediante palpación en decúbito. En pacientes obesos, la tomografía computarizada de abdomen permite confirmar el diagnóstico. **2.-Prolapso:** se ha informado una incidencia de un 2 a 25%, o hasta del 42% en pacientes con colostomías en asa, en algunos casos asociado a hernia peristomal. Se produce por una intususcepción y deslizamiento de todas las paredes del intestino a través del orificio de la estoma, con compromiso mayor de la boca distal de las colostomías en asa y en colon transverso. Los factores de riesgo que favorecen su aparición son la obesidad y un orificio amplio en la pared abdominal. Puede presentar isquemia o estrangulación por el exceso de edema en caso de encarcelamiento. Se clasifica en prolapso fijo o permanente y deslizante o intermitente, siendo este último el que tiene un mayor riesgo de encarcelamiento. **3.-Estenosis:** puede ocurrir en alrededor del 2-15% de los pacientes en cualquier momento del posoperatorio y en la mayoría de los pacientes con enfermedad de Crohn. No se recomienda la palpación digital de la estoma por el alto riesgo de trauma mucoso o sangrado. Su localización más frecuente es en la unión mucocutánea, dada por eventos previos de isquemia o necrosis. **4.- Varices:** Las varices pueden ocurrir en la estoma hasta en el 5% de los pacientes, con un riesgo de mortalidad del 4 %. Han sido descritas en pacientes con hipertensión portal y colangitis esclerosante. El 70% de los casos se ha documentado en pacientes con ileostomía. El tratamiento inicial debe ser conservador mediante compresión, siendo la ligadura quirúrgica o la reconstrucción de la estoma el tratamiento definitivo. Siempre se debe tratar la enfermedad de base, como la hipertensión portal, y en los casos indicados, considerar el manejo con derivación intrahepática porto sistémica transyugular (TIPS), lo que disminuye las tasas de re sangrado y de mortalidad.<sup>(2)</sup>

Ahora bien, el marcaje del estoma es la técnica empleada para ubicar la posible localización del estoma con anterioridad a la intervención quirúrgica. El estoma deberá quedar ubicado en el músculo recto del abdomen, debe evitar cualquier



pliegue profundo de grasa, cicatrices y eminencias óseas en la pared abdominal, el lugar se elige siempre evaluando al paciente en las posiciones de pie, sentado y supina. La posición más deseable para una colostomía del sigmoidees o colon descendente es el cuadrante inferior izquierdo, para ileostomías o colostomías derechas el cuadrante inferior derecho, en cualquiera de los casos se debe trazar un triángulo con los vértices en el ombligo, la cresta iliaca y el punto medio del pubis, y trazar también sus bisectrices. Si hay obesidad se puede usar el cuadrante superior izquierdo de modo que sea visible para el paciente y no quede atrapada en la superficie inferior del panículo adiposo, una vez que se ha marcado el punto ideal para la ubicación del estoma, se debe realizar una prueba dinámica con un dispositivo de ostomía aplicado y simular actividades de la vida diaria para comprobar que el paciente podrá realizarlas sin dificultad.

En cuanto a la clasificación hay varios tipos de colostomía, con técnicas quirúrgicas diferentes como: **1.- Colostomía terminal:** Suele situarse en la fosa ilíaca izquierda, exteriorizando la sigma o el colon. **2.- Descendente:** Puede ser temporal o definitiva, según el tipo de patología por el que se indicó. **3.- Colostomía en asa:** Es la exteriorización del colon por una incisión en el borde antimesentérico, manteniendo la continuidad del colon en el interior de la cavidad abdominal. Se realiza habitualmente en el colon izquierdo para neoplasias colorrectales irresecables o para desfuncionalizar un tramo distal. El colon transversal es también un sitio de elección para este tipo de colostomías. **4.- Colostomía doble:** Con esta técnica quedan exteriorizados por separado los dos cabos colónicos (proximal y distal). Ambos se fijan a la pared juntos o dejando un pequeño puente cutáneo entre ellos. El colon distal queda, así como una fístula mucosa. Con las resecciones tumorales en un solo tiempo, hoy en día las indicaciones las colostomías dobles son escasas. **5.- Cecostomía:** La exteriorización del ciego no se puede considerar una verdadera colostomía debido a que sólo desvía parcialmente el contenido intestinal. Se considera, por tanto, una fistulización lateral del ciego. Puede realizarse exteriorizando directamente el ciego, uniéndolo a la pared en fosa ilíaca derecha o

fijando al ciego una sonda de Petzer o de Foley de grueso calibre mediante una bolsa de tabaco y extrayendo ésta a través de la pared abdominal. En la actualidad apenas hay indicaciones para la cecostomía. Su objeto es la descompresión del ciego si éste está muy distendido, con sufrimiento parietal, cuando no existe causa orgánica de obstrucción distal (ejemplo: síndrome de Ogilvie).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, de diseño no experimental, utilizando frecuencias relativas, la investigación se desarrolló en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera durante todo el período julio 2022 - julio 2024. La revisión literaria permitió recolectar información de diversas investigaciones, basadas en la variable en estudio. Dichos estudios sirvieron de sustento teórico para la presente investigación en función del objetivo general, teniendo en cuenta las implicaciones éticas por medio de una revisión bibliográfica rol y manejo de los pacientes.

Los datos de la investigación fueron obtenidos previo a la autorización del Departamento de Cirugía, y del Comité de Bioética, mediante la revisión de historias clínicas y recopilados en una ficha de registro.

La información obtenida fue sistematizada en una tabla maestra en Microsoft®Excel 2010, las cuales fueron analizadas con técnicas estadísticas descriptiva invariada a partir de tablas de contingencias. Se utilizó las variables cuantitativas como la edad se describe a partir de media, error estándar, desviación típica, valor mínimo máximo, para todo se utilizó el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre).

La población total estudiada fue de 306 pacientes ostomizados, la muestra fue de 169 pacientes ostomizados con algún tipo de complicación, en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. La muestra que se tomó para el estudio fue de tipo no probabilística, donde fueron incluidos todos los pacientes ostomizados con complicaciones, en el periodo comprendido entre julio de 2022-julio de 2024; a partir de los 16 a 69 años de edad cuyo único criterio de exclusión fue haber sido ostomizado en centro externo.

## RESULTADOS

De la población total estudiada 306 pacientes ostomizados, se calcula la tasa o densidad y se expresa como el número de casos de pacientes con complicaciones de ostomías digestivas, donde se estudiaron 169 pacientes ostomizados con alguna complicación, los cuales representan el (55,22%) del total de los pacientes ostomizados.

**Tabla N°. 1. Características de evaluación de la muestra, distribución por género.**

GÉNERO	PACIENTES	%
Masculinos	100	59,17
Femeninos	69	40,83
<b>Total</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

La muestra estuvo constituida por 169 pacientes, distribuidos por género, en masculinos 100 pacientes que representan el (59,17%) y en femeninos el (40,83%) con 69 pacientes.

**Tabla N° 2: Distribución por grupo etario y género de pacientes con ostomías digestiva.**

Sexo	FEMENINO		MASCULINO		Total	
EDAD	F	%	M	%	CASOS	%
16-25	3	1,78	3	1,78	6	3,55
26-30	3	1,78	11	6,51	14	8,28
31-35	3	1,78	3	1,78	6	3,55
36-40	8	4,73	4	2,37	12	7,1
41-45	8	4,73	2	1,18	10	5,92
46-50	15	8,88	11	6,51	25	14,79
51-55	10	5,92	18	10,65	29	17,16
56-69	19	11,24	48	28,4	67	39,64
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>40,84</b>	<b>100</b>	<b>59,18</b>	<b>169</b>	<b>100%</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

Como se puede precisar, el rango de edad más frecuente fue 56 a 69 años con 48 pacientes masculinos (28,4%), y 19 pacientes femeninas (11,24%) del total de la muestra. La edad promedio fue de 62,2 años.

**Tabla N° 3: Factores asociados.**

<b>FACTORES ASOCIADOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Antecedentes de Cáncer	4	<b>2.37</b>	6	<b>3.55</b>	10	<b>5.92</b>
Cirrosis Hepática	0	<b>0</b>	1	<b>0.59</b>	1	<b>0.59</b>
COVID	0	<b>0</b>	1	<b>0.59</b>	1	<b>0.59</b>
Diabetes Tipo 2	11	<b>6.51</b>	17	<b>10.06</b>	28	<b>16.57</b>
Enfermedad Renal Crónica. (ERC)	2	<b>1.18</b>	3	<b>1.78</b>	5	<b>2.96</b>
Hipertensión Arterial	8	<b>4.73</b>	9	<b>5.33</b>	17	<b>10.06</b>
Niega Enfermedad	34	<b>20.12</b>	40	<b>23.67</b>	74	<b>43.79</b>
Obesidad	10	<b>5.92</b>	14	<b>8.28</b>	24	<b>14.2</b>
Privado de Libertad	0	<b>0</b>	7	<b>4.14</b>	7	<b>4.14</b>
Toxicomanía	0	<b>0</b>	2	<b>1.18</b>	2	<b>1.18</b>
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>40.83</b>	<b>100</b>	<b>59.17</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

Se puede observar que entre los factores asociados destaca la diabetes tipo 2 en 28 pacientes en total (16,57%). Así mismo encontramos la Obesidad en 24 pacientes (14.2%).

**Tabla N° 4 Causa de Ostomías digestivas por perforaciones**

<b>OSTOMIAS POR PERFORACIONES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Perforación de Viscera Hueca (asa delgada)	11	<b>6.51</b>	21	<b>12.43</b>	32	<b>18.94</b>
Perforación de Viscera Hueca (colón Ascendente)	2	<b>1.18</b>	1	<b>0.59</b>	3	<b>1.77</b>
Perforación de Viscera Hueca (ángulo Esplénico del Colon)	0	<b>0</b>	1	<b>0.59</b>	1	<b>0.59</b>
Perforación de Viscera Hueca (colón Descendente)	3	<b>1.78</b>	4	<b>2.37</b>	7	<b>4.15</b>
Perforación de Viscera Hueca (Unión Recto sigmoidea)	2	<b>1.18</b>	2	<b>1.18</b>	4	<b>2.36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>10.65</b>	<b>29</b>	<b>17.16</b>	<b>47</b>	<b>27.81</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En la tabla se pueden apreciar las ostomías por perforación donde predominan las perforaciones de asa delgada con 32 pacientes en total (18.94%), seguida por las perforaciones de colon descendente con 7 pacientes en total (4.15%).

**Tabla N° 4.1 Causa de Ostomías digestivas por Tumor**

<b>OSTOMIAS POR TU</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
TU de ASA Delgada Perforada	2	1.18	1	0.59	3	1.77
TU de Íleon Terminal	1	0.59	1	0.59	2	1.18
TU de Válvula Ileocecal	2	1.18	1	0.59	3	1.77
TU de Ciego	4	2.37	4	2.37	8	4.74
TU de Colon Ascendente	0	0	1	0.59	1	0.59
TU de Angulo Hepático de Colon	0	0	2	1.18	2	1.18
TU de Colon Transverso	2	1.18	4	2.37	6	3.55
TU de Angulo Esplénico	1	0.59	2	1.18	3	1.77
TU de Colon Descendente	2	1.18	2	1.18	4	2.36
TU de Colon Sigmoides	7	4.14	8	4.74	15	8.88
TU de Unión Rectosigmoidea	4	2.37	4	2.37	8	4.64
TU de Recto Alto	7	4.14	4	2.37	11	6.51
TU de Recto Bajo	4	2.37	11	6.51	15	8.88
TU de Canal Anal	1	0.59	1	0.59	2	1.18
TU de Raíz del Mesenterio	0	0	2	1.18	2	1.18
TU Gástrico que Infiltra Colon Transverso	1	0.59	0	0	1	0.59
TU Carcinoma de Apéndice	0	0	1	0.59	1	0.59
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>22.47</b>	<b>49</b>	<b>28.98</b>	<b>87</b>	<b>51.35</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En la tabla se pueden apreciar las ostomías por tumor, donde predomina TU de Recto Bajo con 15 pacientes en total (8.88%) más común en pacientes masculinos (6.51%), al igual que TU de colon sigmoides (8,88%).

**Tabla N° 4.2 Causa de Ostomías por otras causas**

<b>OTRAS CAUSAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Carcinomatosis Peritoneal	2	1.18	1	0.59	3	1.77
Abdomen Bloqueado	1	0.59	1	0.59	2	1.18
Divertículo de Meckel Perforado	0	0	1	0.59	1	0.59
Enfermedad Diverticular Hinchey IV	2	1.18	4	2.37	6	3.55
Fistula Coloatmosferica Compleja	0	0	1	0.59	1	0.59
Fistula Rectovaginal	1	0.59	0	0	1	0.59
Fuga de Anastomosis/ CIA	3	1.78	5	2.96	8	4.74
Hernia Inguinoescrotal Estrangulada	0	0	2	1.18	2	1.18
Hernia Umbilical Estrangulada	0	0	1	0.59	1	0.59
Infarto Intestinal	1	0.59	1	0.59	2	1.18
Peritonitis P/P Apendicular	0	0	2	1.18	2	1.18
Plastrón de Íleon Terminal Adherido a Sigmoides	1	0.59	0	0	1	0.59
TB Miliar+ Adherencias Firmes ASA-Colon	0	0	1	0.59	1	0.59
Traumatismo Abdominal Cerrado	1	0.59	0	0	1	0.59
Traumatismo Toracoabdominal Penetrante HPAF	1	0.59	1	0.59	2	1.18
Vólvulo de Sigmoides con Cambios de Coloración	0	0	1	0.59	1	0.59
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>7.68</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>35</b>	<b>20.68</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En la tabla se evaluó el origen de ostomías por otras causas, donde predomina fuga de anastomosis y CIA, con 8 pacientes (4.74%), seguida de enfermedad diverticular hinchey IV en 6 pacientes (3.55%), y las demás causas 1,2 pacientes; para un total 20.68% de ostomias digestivas por otras causas.

**Tabla N° 4.3 Total de las Causas de ostomias digestivas**

CAUSAS	F	%	M	%	CASOS	%
Perforación	18	10.65	29	17.16	47	27.81
TU	38	22.49	49	28.99	87	51.48
Otras Causas	13	7.68	22	13.02	35	20.68
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>40.82</b>	<b>100</b>	<b>59.17</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

La tabla muestra el total de las causas de ostomías digestivas predominando los tumores en 87 pacientes (51,48%), seguido por las perforaciones en 47 pacientes (27,81%). Asimismo, se evidencian otras causas en 35 pacientes (20.68%).

**Tabla N° 5: Intervención Quirúrgica realizada**

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	F	%	M	%	CASOS	%
Ileostomía en Asa	9	5.33	8	4.73	17	10.06
Ileostomía Terminal	7	4.14	22	13.02	29	17.16
Ileostomía + Fistula Mucosa	19	11.24	26	15.38	45	26.62
Colostomía en Asa del Ascendente	1	0.59	0	0.59	1	0.59
Colostomía en Asa del Transverso	1	0.59	1	0.59	2	1.18
Colostomía en Asa del Descendente	1	0.59	7	4.14	8	4.73
Colostomía en Asa del Sigmoides	7	4.14	8	4.73	15	8.88
Colostomía Terminal del Ascendente	0	0	1	0.59	1	0.59
Colostomía Terminal del Transverso	3	1.77	1	0.59	4	2.37
Colostomía Terminal del Descendente	5	2.96	3	1.77	8	4.73
Colostomía Terminal del Sigmoides	7	4.14	11	6.51	18	10.65
Colostomía del Ascendente+ Fístula mucosa	1	0.59	0	0.59	1	0.59
Colostomía del trasverso + Fistula Mucosa	1	0.59	1	0.59	2	1.18
Procedimiento de Hartmann	7	4.14	11	6.51	18	10.65
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>40.81</b>	<b>100</b>	<b>60.33</b>	<b>169</b>	<b>100</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En la tabla se pueden apreciar que las intervenciones quirúrgicas más comunes fueron Ileostomía + fistula mucosa en 45 pacientes (26.62%) con mayor porcentaje en



masculinos (15.38%), ileostomía terminal en 29 pacientes (17,16%), seguido de procedimiento de Hartmann en 18 pacientes (10,65%) y colostomía terminal del sigmoides en igual porcentaje.

**Tabla N° 6 Complicaciones de Ostomías digestivas tempranas.**

<b>COMPLICACIONES TEMPRANAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Edema	9	<b>5.33</b>	10	<b>5.92</b>	19	<b>11.24</b>
Dermatitis Periestomal	21	<b>12.43</b>	28	<b>16.57</b>	49	<b>28.99</b>
Necrosis de Ostomía	6	<b>3.55</b>	10	<b>5.92</b>	16	<b>9.41</b>
Absceso Periestomal	16	<b>9.47</b>	30	<b>17.75</b>	46	<b>27.22</b>
Invaginación de Ostomía	11	<b>6.51</b>	15	<b>8.88</b>	26	<b>15.38</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>37.29</b>	<b>93</b>	<b>55.04</b>	<b>156</b>	<b>92.33</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

**Tabla N 6.1 Complicaciones de Ostomías digestivas tardías.**

<b>COMPLICACIONES TARDÍAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>%</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Estenosis	3	<b>1.78</b>	2	<b>1.18</b>	5	<b>2.96</b>
Prolapso	2	<b>1.18</b>	4	<b>2.37</b>	6	<b>3.55</b>
Hernia Periestomal	1	<b>0.59</b>	1	<b>0.59</b>	2	<b>1.18</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3.55</b>	<b>7</b>	<b>4.14</b>	<b>13</b>	<b>7.69</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En las siguientes tablas se consideran las complicaciones tempranas y tardías de las ostomías digestivas, observando en 156 pacientes (92,33%) con complicaciones tempranas, donde predominan dermatitis periestomal en 49 pacientes (28,99%) y absceso periestomal en 46 pacientes (27,22%). Además, dentro de las complicaciones tardías que estuvieron presentes en 13 pacientes, se evidencian 6 pacientes (3,55%) con prolapso de ostomía, seguido de estenosis en (2,96%) con 5 pacientes.

**Tabla N° 7 Re confección quirúrgica**

<b>RECONFECCION DE OSTOMIA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
Masculino	21	<b>12.43</b>
Femenino	16	<b>9.47</b>
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>21.89</b>

Fuente: Archivo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera

En la tabla se evidenció que 37 pacientes (21,89%) de 159 (100%) fueron sometidos a confección quirúrgica; predominando pacientes masculinos con (12,24%).

## DISCUSIÓN

Del total de la población de 306 pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, la muestra estuvo constituida por 169 pacientes con ostomías digestivas complicadas, lo que representa el (55,22%) de la población total; en concordancia con el trabajo de Ambe, C. <sup>(4)</sup> en el que reporta incidencia de complicaciones que oscila entre (10-70%) de pacientes ostomizados y más específicamente en relación al estudio realizado por Ayik, C. <sup>(5)</sup> en el que los pacientes presentaron alguna complicación en (56,5%); a diferencia de los resultados obtenidos por Ruiz de la Hermosa, A. <sup>(1)</sup> que estiman tasas de complicación general en aprox. (77,01%). Y Pearl, RK. <sup>(12)</sup> donde hubo una tasa de complicaciones del (25,9%).

Distribuidos por género, el sexo masculino 100 pacientes (59,17%) y femenino 69 pacientes (40,83%), con rango de edad mayor entre 56 a 69 años, con un promedio de 62,2 años, datos que corresponden con los aportados por Ruiz de la Hermosa, A. <sup>(1)</sup> en el que el 61% de los casos fueron hombres. De igual forma el estudio de Andrade, P. <sup>(3)</sup> concluyó que mayoría de los participantes tenía entre 54 y 69 años (58,9%); a diferencia de Morán Mancero, M. <sup>(8)</sup> que obtuvo un promedio de edad de 47 años de edad.

Los factores asociados al desarrollo de complicaciones de ostomias más relevantes en este estudio fueron la diabetes tipo 2 (16,57%), y la obesidad (14,2%), la cual está en estrecha relación con lo publicado por Morán Mancero, M. <sup>(8)</sup> con un mayor porcentaje en la diabetes tipo 2 con 31%, la obesidad con 22%. Asimismo, se relaciona con los resultados de Ruiz de la Hermosa, A. <sup>(1)</sup>, Ayik, C. <sup>(5)</sup>, Gómez, J. <sup>(2)</sup> donde destaca la obesidad y el IMC (índice de masa corporal) como factor asociado más común. A diferencia de estudio de Villalba, J. <sup>(7)</sup> donde los factores predisponentes fueron la neoplasia y la desnutrición.

Dentro de las causas de ostomías más frecuente el 51.35% está representado por tumores, con igual porcentaje, los tumores de recto bajo y tumores de colon sigmoides (8,88%); con menos frecuencia tumores de recto alto (6,51%), datos que coinciden con los aportados por Ambe, P.<sup>(4)</sup> y Ayik, C.<sup>(5)</sup> en sus estudios donde el 50 - 75% de todas las ostomias se confeccionan como parte del tratamiento del cáncer colorrectal. Como segunda causa de ostomias más común en este estudio destacan las perforaciones de víscera hueca (27,81%), específicamente la de asa delgada (18,24%), al igual que lo describe el estudio de Ruiz de la Hermosa, A.<sup>(1)</sup> destacando como segunda causa las perforaciones (12,6%) aunque en menor porcentaje. A diferencia del estudio de Villalba, J.<sup>(7)</sup> donde la indicación quirúrgica en (37%) de los casos fue por peritonitis fecal de distintas etiologías, que incluye: dehiscencias anastomóticas, perforación por cuerpo extraño, bridas que ocasionaron perforación, así como hernias internas. Además de la investigación realizada por Reyes, H.<sup>(9)</sup> donde la indicación más frecuente se atribuyó a abdomen agudo obstructivo no tumoral.

En éste estudio se evidenció que las intervenciones quirúrgicas más realizadas fueron las ileostomías + fistulas mucosas (26,62%), ileostomías terminales (17,16%) seguida de procedimiento de Hartmann y colostomía terminal del sigmoides en igual porcentaje (10,65%). Similar al estudio de Cottam, J.<sup>(10)</sup> con mayor porcentaje de confección de ileostomías, no siendo así en el estudio de Ayik, C.<sup>(5)</sup> donde la ileostomía terminal representó escasa frecuencia. A diferencia de los estudios de Andrade, P.<sup>(3)</sup> y Sanjinez, M.<sup>(13)</sup> donde el tipo de ostomia más frecuente fue la de Hartman (72,4%), conjuntamente de Villalba, J.<sup>(7)</sup> y Bermúdez J.<sup>(15)</sup> con colostomías terminales entre un (75% y 85,1%).

Las complicaciones más relevantes comprendieron las tempranas en (92,33%), destacando dermatitis periestomal (28,9%), absceso periestomal (27,2%) e invaginación de ostomía (15,38%). Las complicaciones tardías representaron el (7,69%) con mayor frecuencia en prolapso (3,5%) en concordancia con el estudio de Ruiz de la Hermosa, A.<sup>(1)</sup> donde obtuvo 77% de complicaciones tempranas, además de Andrade, P.<sup>(3)</sup> y Ayik, C.<sup>(5)</sup> que reportan dermatitis entre (19 y 36%). A diferencia de la investigación de Sanjinez, M.

<sup>(13)</sup> en el cual las complicaciones post operatorias tempranas más frecuente fueron necrosis (10,8%) y absceso intra abdominal (6,9%). Se evidencia similitud con el estudio de Ambe, P.<sup>(4)</sup> y Reyes, H.<sup>(9)</sup> donde reporta que el prolapso de la estoma es la complicación tardía más común, con una incidencia de (8- 7%) respectivamente, no siendo concordante con Ruiz de la Hermosa. A.<sup>(1)</sup> donde la complicación tardía más frecuente fue la hernia periestomal en (6,89%).

Finalmente, de los 169 pacientes con ostomias complicadas, el (21,89%) ameritó reconfección quirúrgica, con mayor incidencia en el género masculino (12,4%), en correlación con Morán Mancero, M.<sup>(8)</sup> en su estudio, donde hubo una tasa de reintervención quirúrgica de (18%). A pesar de esto sigue siendo alta en comparación al resto de los estudios citados en esta investigación.

## CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

De esta investigación se comprueba que las complicaciones de las ostomias digestivas son más frecuentes en hombres en rango de edad de 56 a 69 años y concuerda con la literatura y estudios realizados por otros autores. La tasa de complicaciones en general es de 55,22%. Estas complicaciones dependen de factores como el estado del paciente previo intervención quirúrgica, enfermedades asociadas, diabetes, obesidad, y no menos importante la técnica quirúrgica empleada. La incidencia de las complicaciones tempranas prevalece más que las tardías, lo que concuerdan con los estudios analizados, las tempranas como la dermatitis periestomal, absceso periestomal, invaginación o desprendimiento mucocutáneo, en comparación a las tardías, con menos frecuencia donde destaca el prolapso, la estenosis y la hernia.

La realización de una estoma intestinal es parte importante de muchas intervenciones quirúrgicas realizadas en la emergencia, tienen como objetivo la corrección de una patología o resolver una urgencia; pero sin una buena preparación preoperatoria, sin buena técnica quirúrgica, sin experiencia y ni buen cuidado postoperatorio, esta técnica sencilla puede conllevar a complicaciones y mal funcionamiento. Estas complicaciones tienen un alto porcentaje reintervenciones quirúrgicas y de morbilidad. Además, presentan secuelas funcionales a mediano y largo plazo que afectan la calidad de vida e integridad psico-social del paciente. Si bien este estudio proporciona una valiosa visión sobre la situación local, es necesario reconocer sus limitaciones, como el diseño retrospectivo y el tamaño de la muestra, para que futuras investigaciones prospectivas y multicéntricas puedan confirmar los resultados a obtener; del mismo modo se debe explorar con mayor profundidad los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a las complicaciones. Además, será interesante evaluar el impacto de intervenciones específicas, como la educación del paciente y la optimización de los cuidados de enfermería, en la prevención y manejo de estas complicaciones.

Como recomendaciones debemos debe tomar en cuenta la definición y la importancia de una buena preparación preoperatoria para disminuir la incidencia de complicaciones tanto inmediatas como tardías. La prevención de las complicaciones debe realizarse desde el preoperatorio, mediante la identificación de los potenciales problemas técnicos o clínicos del paciente. Realizar un buen marcaje preoperatorio con los puntos críticos. Durante las primeras 72 horas del postoperatorio, la ostomía se debe vigilar de manera estrecha por parte del cirujano y la terapeuta enterostomal.

Así mismo tener siempre presente los principios básicos para la realización correcta de una estoma intestinal, ya que muchas de las complicaciones se relacionan con defecto de la técnica y así evitar la necesidad de revisiones quirúrgicas que tendrán un impacto en la calidad de vida del paciente. Se debe garantizar una estoma libre de tensión, con buena irrigación, que además pueda exteriorizarse lo suficiente para evitar el contacto directo del gasto con la piel. Evaluar la posibilidad de colocación de malla de polipropileno en la primera operación para evitar eventración sobre todo en ostomias permanentes. La bolsa se debe adaptar perfectamente al diámetro de la estoma, sin dejar piel expuesta al contenido intestinal, a fin de evitar complicaciones cutáneas por contacto del contenido con la piel.

De la misma manera se debe planear y ejecutar la elaboración de protocolos sobre el manejo adecuado del cuidado de las estomas intestinales. La educación del paciente al egreso, la información nutricional y el aspecto psicológico que incluya paciente y familiares, son indispensables para lograr una evolución adecuada ya que un ostomia representa un gran impacto en la calidad de vida. Para finalizar con las recomendaciones es importante fomentar más estudios de investigación sobre este tema para que se fortalezcan los conocimientos y genere datos estadísticos actualizados sobre este problema de salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ruiz de la Hermosa. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de las estomas digestivas. Madrid, España. Sociedad de gastroenterología de Perú 2019. 39(3):215-21 p.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci_abstract)
- 2.- Gómez, J. Estomas: complicaciones, manejo y prevención. Una revisión actual. Bogotá, D.C., Colombia: Servicio de Cirugía General, Clínica de Marly, Fundación Abood Shaio 2024. 39:122-131  
<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2348/2010>
- 3.- Andrade P. Adaptación postoperatorias de pacientes ostomizados con o sin complicaciones: estudio comparativo. Brazil. Universidad federal del estado de Rio de Janeiro. Rev enferm UERJ. 2021. 29; e58679 1-7 p.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1353505>
- 4.- Ambe C. Ostomia intestinal. Dtsch Arztebl Int 2018 Mar 16;115(11):182-187.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29607805/>
- 5.- Cahide Ayik. Complicaciones de Ostomias, factores de riesgo, un estudio retrospectivo descriptivo. Turquía. Wound Management & Prevention 2020;66(9):20–30  
<https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/wmp/article/ostomy-complications-risk-factors-and-applied-nursing-care-retrospective-descriptive-study>
- 6.- Feitosa, Y. Necesidades reales del paciente: percepción de personas con ostomías intestinales sobre factores asociados con complicaciones. Portugal: Escuela superior de enfermería de Coimbra; 2019. vol. IV, núm. 22.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388261155007>
- 7.- Villalba Joaquin, Cuenca Osmar, Ferreira Rosa y colaboradores. Colostomías: indicaciones y complicaciones. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol XXXIX - N° 1, 2006

- 8.- Morán, M. Factores Causales En Las Complicaciones De Estomas Intestinales En Cirugía De Emergencia. Vol. 1. Guayaquil, Ecuador. 2014. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3883>
- 9.- Reyes H., J. “Análisis de las Complicaciones Postoperatorias de Pacientes Ostomizados del Departamento de Cirugía General del Hospital Militar “Dr Carlos Arvelo”. Facultad de Medicina. Caracas. 2018. <http://saber.ucv.ve/handle/10872/20958>
- 10- Cottam J, Richards K, Hasted A y colaboradores. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Dis* 2007; 9:834-838. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1463-1318.2007.01213.x>
11. Abcarian H, Pearl RK. Stomas. *Surg Clin North Am* 1988; 68:1295-1305. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2973664/>
- 12- Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP y colaboradores. Early local complications from intestinal stomas. *Arch Surg* 1985; 120:1145-1147. <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/591307>
- 13 Sanjinez, M. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de las colostomías realizadas en pacientes mayores de 14 años del servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006 – 2011. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann–Tacna. [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB\\_4727fd5f3ad8dccf5a9287cfd415e4d7/Description#tabnav](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNJB_4727fd5f3ad8dccf5a9287cfd415e4d7/Description#tabnav)
14. Silva NM, Santos MA, Rosado SR, y colaboradores. Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017 <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jTTPKyzjQKFtPgWHPHvJBvm/?lang=en>
15. Bermúdez J. Complicaciones De La Colostomía En Pacientes Ingresados En El Departamento De Cirugía Del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello De León. Vol. 1. León, Nicaragua. Año 2015. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/3943>

16. Arenas, J. El alto débito por la ostomía implicaciones clínicas, detección y manejo. Vol.1. Universidad de Granada (España) en 2015. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40529/2488621x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. Arias FG. El Proyecto De Investigación, Guía Para Su Elaboración. 3ra edición. Caracas: Editorial Episteme; 1999. 19.
- 18.- Tamayo, TM. El Proceso de la Investigación Científica. 1ra edición. México: Editorial Limusa; 1997. 20.
- 19.- Hurtado J. ¿Cómo Formular Objetivos de Investigación? 2da edición. Caracas: Ediciones Quirón; 2000.
- 20.- Calatayud J, Mas Vila T, Bernal J. Complicaciones de las Colostomías. Vol.4 Revista Española de Coloproctología. España. 1997, pág. 10-15.
- 21.- Daly J, Decosse J. Complicaciones en la Cirugía de Colon y Recto. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1983; 6:1221-1225.
- 22.- Bejarano M, González A, García PH. Evaluación de factores asociados con el desarrollo de complicaciones en el cierre de ostomías. rev. colomb. cir. [Internet]. 2004 Dec [cited 2018 June 26] ; 19( 4 ): 231-237. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S201175822004000400005&ln=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S201175822004000400005&ln=en).

## ANEXO A

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE OSTOMIAS DIGESTIVAS EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” PERÍODO JULIO 2022 - JULIO  
2024**

<b>Número de Historia:</b>			
<b>Paciente:</b>			
<b>Edad:</b>	<b>C.I:</b>	M	F
<b>Tiempo:</b>	Menos de 30 días	Más de 30 días	
<b>Tipo de Cirugía:</b>	Urgencia	Electiva	
<b>Técnica Usada:</b>			
<b>Tipo:</b>	Temporal	Permanente	
<b>Complicación:</b>	Irritación de la piel	Isquemia y necrosis	
Retracción/ invaginación	Absceso periestomal	Prolapso	
Estenosis	Hernia parastomal	Edema	
<b>Factores de riesgo:</b>	Obesidad	EPOC	
IRC	Diabetes Mellitus	Uso de corticoides	
Cáncer			

Dra. Mariangel Guerrero Yoris	
-------------------------------	--