

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON OSTOMÍAS EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
CAJAMARCA, 2022-2023”

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

ANGEL ANÍBAL DÍAZ VEGA

ORCID: 0009-0000-3257-7160

ASESOR:

MC. MILTON ROMERO CASANOVA

ORCID: 0000-0002-3406-6310

Cajamarca - Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: Angel Anibal Diaz Vega
DNI: 72918195
Escuela Profesional: Medicina Humana
2. Asesor: MC. Milton Romero Casanova
Facultad/ Unidad UNC: Facultad de Medicina
3. Grado Académico o título Profesional: Título de Médico Cirujano
4. Tipo de Investigación: Tesis
5. Título de Trabajo de Investigación: **"PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON OSTOMÍAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2022-2023"**
6. Fecha de Evaluación: 11/02/2025
7. Software Antiplagio: TURNITIN
8. Porcentaje de Informe de Similitud: 18%
9. Código Documento: oid: 3117: 429050620
10. Resultado de la Evaluación de Similitud: **APROBADO**

Cajamarca, 25 de febrero del 2025



Agradezco en primera instancia a Dios por darme la fortaleza necesaria para culminar mi pregrado; a mis padres, hermanos, familiares y mentores quienes contribuyeron indiferentemente a la causa, gracias por su apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN.....	11
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Definición y delimitaciones del problema de investigación.....	12
1.2. Formulación del problema de investigación.....	13
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.4. Justificación de investigación.....	14
1.5. Limitaciones de la investigación.....	14
1.6. Consideraciones éticas.....	14
II. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación.....	15
2.1.1. Internacionales.....	15
2.1.2. Nacionales	17
2.1.3. Regionales	19
2.2. Bases teóricas.....	19
2.3. Marco conceptual.....	23
III. FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	24
3.1. Operacionalización de variables	24
IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
4.1. Tipo y nivel de investigación.....	29
4.2. Técnica de muestreo y diseño de la investigación.....	29
4.3. Fuentes e instrumentos de recolección de datos.....	30
4.4. Técnicas de procesamiento de información y análisis de datos.....	30
4.5. Consideraciones éticas.....	30
V. RESULTADOS	31

VI.	DISCUSION.....	41
VII.	CONCLUSIONES.....	44
VIII.	RECOMENDACIONES.....	45
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
X.	ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023.	31
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023 ..	33
Tabla 3. Tiempo quirúrgico de las cirugías realizadas en el HRDC, 2022-2023	34
Tabla 4. Comorbilidades de pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023	34
Tabla 5. Etiologías de los pacientes ostomizados en HRDC, 2022-2023	35
Tabla 6. Tipos de ostomías en los pacientes del HRDC, 2022-2023	36
Tabla 7. Características de las ostomías de los pacientes del HRDC, 2022-2023.....	38
Tabla 8. Complicaciones de las ostomías en HRDC, 2022-2023.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grupos etarios que se les realizó ostomías en el HRDC, 2022-2023	32
Gráfico 2. Ocupaciones de pacientes que les realizó ostomías	32
Gráfico 3. Etiologías de las ostomías en el HRDC, 2022-2023	36
Gráfico 4. Tipos de ostomías según órgano exteriorizado	37
Gráfico 5. Tipos de ostomías según funcionalidad.....	37
Gráfico 6. Tipos de ostomías que se restituyeron.....	38
Gráfico 7. Ostomías según la edad del paciente.....	39
Gráfico 8. Complicaciones de la ostomías, según el tipo	40

RESUMEN

Introducción

Las enfermedades digestivas han aumentado en la última década, siendo necesario y parte del tratamiento oportuno la creación de una ostomía. Es importante por ello, la sistematización de los datos de nuestra localidad, para así, tomar acciones en los diferentes niveles de salud.

Objetivo

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2022- 2023.

Materiales y métodos

El estudio se realizó con la población de pacientes ostomizados en el HRDC en el periodo 2022-2023. Se obtuvo una muestra representativa de 92 pacientes quienes fueron incluidos en el estudio.

Resultados

En cuanto al perfil epidemiológico del presente estudio, resultó que el grupo etario más frecuente de pacientes ostomizados fue los mayores de 60 años con un 47.8% y el sexo masculino representó un 47.6%. El grado instrucción primaria predominó en la población de nuestro estudio con un 51.1%, los pacientes con un 68.6% provenían de zona rural y el oficio más representativo fue la agricultura con un 38%. Con respecto al perfil clínico, el tipo de cirugía que predominó fue de emergencia con un 91.3%, el ASA tipo III de los pacientes operados fue el que tuvo mayor frecuencia; la mayoría de pacientes tuvo un tiempo de enfermedad mayor a un día y el 28% de ellos tenían algún antecedente quirúrgico. El tiempo operatorio promedio fue de 129.17 minutos. El 32.6% de pacientes presentó alguna comorbilidad, siendo la más frecuente la hipertensión arterial seguida de la gastritis crónica. La etiología más frecuente por la cual se llevó a la creación de una ostomía fue la obstrucción por vólvulo sigmoides, seguida de las obstrucciones por tumoraciones malignas. La ostomía más frecuente fue la colostomía con un 46.7%, de ellas la de tipo Hartmann fue la que predominó; las ileostomías representaron un 44.6% y de tipo termino terminal fueron las que más se realizaron. Las ostomías de eliminación y de tipo temporal fueron 96.7% y 90.2% respectivamente. La localización a nivel abdominal donde se realizaron con mayor

frecuencia fue el flaco derecho. Del total de pacientes ostomizados el 37% fueron restituidos y la complicación más frecuente fue la dermatitis periestomal.

Conclusiones

Los pacientes ostomizados tienen características tanto clínicas y epidemiológicas diferentes respecto a cada entorno social, en nuestra población el sexo masculino es el más afectado y sobre todo mayores de 60 años que son agricultores de zona rural. El tipo de ostomía más frecuente es la colostomía y la indicación quirúrgica es la obstrucción por vólvulo sigmoide. Es por ello que se tiene que determinar una estadística sistematizada y en base a eso tomar medidas de salud pública que ayuden a fomentar el autocuidado y las buenas prácticas quirúrgicas, para que todo se traduzca en beneficio de los pacientes ostomizados.

ABSTRACT

Background

Digestive diseases have increased over the last decade, making the creation of an ostomy a necessary and timely part of treatment. Therefore, systematizing data from our locality is crucial for implementing actions at different levels of healthcare.

Objective

To determine the clinical and epidemiological profile of ostomized patients in the general surgery department of the Regional Teaching Hospital of Cajamarca during the period 2022-2023.

Materials and Methods

The study was conducted with the population of ostomized patients at “Hospital Regional Docente de Cajamarca” in the years 2022-2023. A representative sample of 105 was obtained and included in the study, of which 92 complied inclusion criteria.

Results

Regarding the epidemiological profile, the most frequent age group of ostomized patients was those over 60 years old (47.8%), and 47.6% were male. Primary education was the predominant level of instruction (51.1%), 68.6% of the patients came from rural areas, and the most representative occupation was agriculture (38%).

Regarding the clinical profile, emergency surgeries were the most common (91.3%), and ASA III classification was the most frequent among operated patients. Most patients had a disease duration of more than one day, and 28% had a history of previous surgery. The average operative time was 129.17 minutes.

A total of 32.6% of patients had comorbidities, with hypertension being the most frequent, followed by chronic gastritis. The most common etiology for ostomy creation was obstruction due to sigmoid volvulus, followed by obstructions caused by malignant tumors. The most frequent ostomy was colostomy (46.7%), with the Hartmann type being the most prevalent. Ileostomies represented 44.6%, with the end-type being the most common. Elimination ostomies and temporary ostomies accounted for 96.7% and 90.2%, respectively. The most frequent abdominal location for ostomy placement was the right flank. Of the total

ostomized patients, 37% underwent restoration, and the most common complication was peristomal dermatitis.

Conclusions

Ostomized patients have different clinical and epidemiological characteristics depending on their social environment. In our population, males over 60 years old, primarily rural farmers, were the most affected. The most frequent type of ostomy was colostomy, and the main surgical indication was obstruction due to sigmoid volvulus. Therefore, it is essential to establish a systematic statistical record to develop public health measures that promote self-care and good surgical practices, ensuring that all efforts translate into benefits for ostomized patients.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el índice de patologías digestivas ha ido en aumento, siendo necesario y parte del tratamiento oportuno la creación de una ostomía. Estas patologías van de la mano de la senectud y la prevalencia de enfermedades crónicas, así como el deterioro del organismo por situaciones de cada entorno social y rasgos propias de cada población (1).

El aumento de las ostomías también significa el aumento de morbimortalidad de los pacientes que la portan, es por ello de trascendental importancia tener esta data ordenada y sistematizada, para tomar acciones y de esta manera disminuir la frecuencia de comorbilidades post cirugía y así contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el país existen pocos estudios acerca del perfil epidemiológico de los pacientes portadores de ostomías y la región Cajamarca no es ajeno a ese problema, ya que existen nulos estudios sobre el tema. Es por ello, que necesitamos contar con datos epidemiológicos y clínicos precisos sobre las ostomías realizadas, ya que por lo visto en los últimos años su indicación es más frecuente a nivel mundial y a nivel local no es la excepción.

El presente estudio pretende determinar el perfil epidemiológico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo enero 2022- diciembre 2023, estos resultados y conclusiones aportaran mucho en el conocimiento quirúrgico en los médicos del mencionado nosocomio y posteriormente servirá para planificar la intervención, así como identificar la incorporación de riesgos para realización de ostomías. Además, en el área asistencial y preventiva, dándoles una mejor calidad de vida a estos pacientes.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitaciones del problema de investigación

Actualmente, los estilos de vida y condiciones no saludables de la población han provocado un aumento significativo en las enfermedades digestivas, acarreado con ello un gran problema de salud a nivel mundial. Estas patologías no distinguen género y la población más afectada es la adulta y la anciana. En el tratamiento de las diversas patologías digestivas, el manejo quirúrgico representa el de elección y con ello la creación de una ostomía (1).

Una ostomía se define como la creación de una abertura quirúrgica (estoma), de una víscera hueca (2), el cual se aboca con el exterior. Existen diferentes tipos de ostomías como las digestivas (gastrostomías, yeyunostomías, ileostomías, colostomías), urinarias, respiratorias o traqueales, según su función pueden ser ventilatorias, de nutrición, de drenaje o de eliminación. De igual forma, estas pueden ser permanentes o temporales según si se optará por un procedimiento de restitución (3).

La realización de una ostomía digestiva es procedimiento común en la práctica diaria de los hospitales, sobre todo con fines terapéuticos en diferentes patologías como por ejemplo cáncer colorrectal, vólvulo sigmoideos, enfermedades inflamatorias (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), poliposis familiar, diverticulitis, traumatismos abdominales y enfermedades congénitas, estas últimas siendo la principal causa de una ostomía en los primeros años de vida (4).

En la población española, el cáncer colorrectal es la patología más frecuente en 2021 y la principal causa de instauración de una ostomía. Aproximadamente se estima que 1,3 a 1,9 millones de la población mundial tienen una ostomía. En Europa, en el 2018 se reportó que 24 de cada 1000 habitantes tienen una ostomía, en España las personas portadoras de ostomías son de 70000 habitantes aproximadamente, con una incidencia anual de 16.000 nuevos casos (5).

En América Latina, en Argentina 2 de cada 1000 habitantes son portadores de ostomías. En México un estudio de 11 hospitales de 1688 pacientes con ostomías, el género que predominó es el masculino y el diagnóstico que destacó por la cual se realizó la ostomía es el cáncer colorrectal. En Chile la incidencia de ostomizados es de 1200 con una prevalencia de 4500 (6).

En Perú un estudio en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de 128 pacientes ostomizados el género más portador es el femenino y las principales indicaciones son la obstrucción intestinal y cáncer colorrectal (7). En Cusco se desarrolló un estudio de 105 pacientes ostomizados donde predominó el género masculino y la indicación más frecuente fue el vólvulo sigmoideos y cáncer colorrectal (8).

Por otro lado, un paciente portador de una ostomía va tener cambios significativos en lo físico, psicológico y social, debido a las diversas complicaciones que se generan después de la cirugía. Estas alteraciones van a provocar conflictos consigo mismo y con su familia que posteriormente van a interferir en su inserción a la vida social. Es por ello, que el estudio en cuestión, demanda de más interés (9).

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuáles es el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2022-2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. General

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca en el periodo 2022- 2023.

1.3.2. Específicos

- Describir el perfil clínico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general en el periodo 2022- 2023.
- Identificar el perfil epidemiológico de los pacientes ostomizados en el servicio de cirugía general en el periodo 2022- 2023.
- Identificar la etiología más frecuente de ostomías en el servicio de cirugía general en el periodo 2022- 2023.
- Determinar la complicación más frecuente de ostomías en el servicio de cirugía general en el periodo 2022- 2023.

1.4. Justificación de investigación

En la actualidad el índice de patologías digestivas ha ido en aumento, siendo necesario y parte del tratamiento oportuno la creación de una ostomía. Es por ello que el estudio es importante debido a que crearía base de datos sobre el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes ostomizados del Hospital Regional Docente de Cajamarca, la cual hasta el momento existen pocos estudios a nivel nacional y nulos estudios en nuestra región.

El estudio crearía nuevo conocimiento pues podríamos conocer las principales etiologías y complicaciones que llegan a cursar los pacientes ostomizados, así mismo nos permitiría enfocar inversiones en prevención primaria y secundaria, así como minimizar gastos que pueda tener el hospital, programando y direccionando mejor el acto quirúrgico. De igual forma minimizando complicaciones de los pacientes.

En cuanto a los beneficiarios de esta investigación serán el personal de salud y pacientes que llegan a ser ostomizados pues con este estudio se podría evitar complicaciones a largo plazo visualizando comorbilidades y ciertas características tanto clínicas, quirúrgicas y epidemiológicas que puedan dirigirnos a ciertas complicaciones.

Los resultados obtenidos permitirán estandarizar y conocer las características de los pacientes con ostomías atendidos en el HRDC. Definiendo de una mejor manera a esta población; así mismo servirá de base para estudios a futuro relacionados con el tema a investigación.

1.5. Limitaciones de la investigación

La principal limitación que se identificó es que para conocer la totalidad de pacientes ostomizados, se recurrió al libro de reportes de cirugías ya que no se cuenta con base de datos sobre dichos pacientes; lo que puede influir en la totalidad de la población que se incluyó en el estudio. Por otro lado, se recolectaron datos de historias clínicas y por tal motivo podríamos encontrarnos con historias clínicas incompletas, ilegibles o mal llenadas; el cual fue corroborado en nuestro estudio estadístico.

1.6. Consideraciones éticas

Se solicitó el acceso a las historias clínicas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca por parte del Comité de ética. Una vez aprobado el proyecto, se acudió a los libros de reporte operatorio pues no se contaba con una data sistematizada por la

ausencia de código CIE 10 de “Ostomías”, posterior a ello se acudió a archivo con el número de historias clínicas para la recolección de los datos.

Para asegurar la confidencialidad de los datos recogidos, no se registró el nombre de los pacientes en la data creada, además solo el investigador tuvo acceso a dicha base de datos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Santana RC. et al.(10) realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas de pacientes ostomizados atendidos en el área hospitalaria por la clínica de heridas durante 2013-2019. Se muestra fue conformada de 381 pacientes, las ostomías fueron más frecuentes en hombres, el grupo etario más frecuentes fue de 27-59 años. El tipo de ostomías más frecuentes fue la colostomía con un 35% y de tipo temporal con un 63%. El 31% desarrolló alguna complicación, destacando con un 16% la dermatitis periestomal. Las ostomías se presentan con mayor frecuencia en pacientes en edad productiva, la cual general mayor impacto en la calidad de vida, lo que hace necesario educar al personal y al paciente en el manejo, autocuidado, fomentar el trabajo en equipo y así desarrollar medidas preventivas para evitar complicaciones y tener un tratamiento oportuno.

Bejarano MIT. et al.(11) realizó un estudio cuantitativo, observacional de tipo descriptivo y retrospectivo con el objetivo de describir las características clínicas y sociodemográficas de las personas ostomizadas en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira en 2018. Se identificó que el sexo masculino fue el predominante en portar una ostomía con 56,4%, de los cuales los pacientes de 29-59 años representaron un 48,7% y los ancianos (>60 años) 41%. El 89,7% de la muestra provenían de zona urbana. El diagnóstico que requirió mayores ostomías fue el cáncer en un 30,8%, seguido por abdomen agudo 17,9% y la obstrucción intestinal 17,9%. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión. El 79,5% de los usuarios tuvo una ostomía temporal. El 74,3% no presentó complicaciones, de las cuales la peritonitis fue la más frecuente representando el 15,4% de los casos.

Adamou H. et al.(12) realizó un estudio retrospectivo que tuvo como objetivo informar las características sociodemográficas, las indicaciones y el pronóstico de las ostomías intestinales en país de bajos ingresos, Hospital Nacional de Zinder – Nigeria. Del total de la población que se sometieron a cirugía digestiva, un 13.5% portaron estoma gastrointestinal. Los pacientes clasificados en ASA3 fueron el 60,7%. La mediana de la edad fue de 12 años y los niños representan el 64% de los pacientes ostomizados. La proporción de sexo fue de 2,60. Las ostomías realizadas de urgencia representó un 96.3% de los casos. La peritonitis aguda fue la principal indicación de estoma en el 70.73%. Las ileostomías representan el 75,61% y ostomía fue pensada como temporal en el 97,3% de los casos. Se observaron complicaciones en un 57,3% de pacientes y se asociaron con un mal nivel socioeconómico, ASA4, clase IV de Altemeier e ileostomía. El tiempo medio de cierre de la ostomía fue de $59,3 \pm 14,5$ días.

Huitzil T, et al.(4) realizó un estudio descriptivo y trasversal, que tuvo como objetivo conocer las características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en la ciudad de México. La muestra constituyó de 327 pacientes en los años 2008-2016. En cuanto a los resultados obtenidos se evidenció que el cáncer colorrectal era el diagnóstico de primera indicación de ostomía, seguida por infección por *Clostridium difficile*. El 16% de pacientes presentó dermatitis de contacto periestomal. Se concluyó que con el nuevo conocimiento del estudio, se podrá establecer programas de atención y educación oportunos de acuerdo a las necesidades específicas de salud, así como identificar nuevos riesgos para la realización de ostomías, y a nivel de la prevención primordial se estableció la promoción del autocuidado, para así tener menor dificultad al integrarse en el entorno familiar, laboral y social.

Nova R, et al.(1) realizó un estudio descriptivo retro y prospectivo, tuvo como objetivo describir la epidemiología de la población con ostomías de eliminación atendida en una institución de salud de Colombia. La muestra fue conformada por 274 pacientes portadores de estoma, en cuanto a los resultados el sexo masculino fue el predominante con un 57%, los pacientes mayores de 63 años representaron un 51%, el diagnóstico que prevaleció fue de cáncer de recto con 26%, seguido de cáncer de colon con 24%. El tipo de estoma que predominó es la colostomía en un 71% y un 59.8% de las estomas fueron temporales. Se concluyó que con los datos obtenidos permitirá plantear una serie de necesidades en la educación profesional, práctica clínica, entre otros y así planificar las

intervenciones del personal de salud y de acuerdo a las necesidades de la persona, familia y comunidad.

Reiniak E, et al (13) realizó un estudio observacional, descriptivo y trasversal, el cual tuvo como objetivo describir el perfil de pacientes con ostomías abdominales de evacuación del Hospital Central del Instituto de Prevención Social- Paraguay, año 2017. La muestra fue conformada por 125 pacientes que portaban ostomías, en cuanto a los resultados obtenidos la mediana de la edad fue de 64 años, en rango etario más frecuente fue de 27 a 86 años y el sexo masculino es el que tuvo una frecuencia (52%) de ostomías, el diagnóstico más frecuente con el cual se indicó una ostomía fue la neoplasia (52%) y el órgano que más se intervino quirúrgicamente fue el colon (65%). El 88,80% de pacientes no tuvieron complicaciones. Se concluyó que el estudio incorpora datos relevantes que servirán para crear una asistencia directiva y políticas públicas para así mejorar el servicio a dichos pacientes.

2.1.2. Nacionales

Ballon SMG. et al (8). realizó un estudio descriptivo, trasversal y retrospectivo, que tuvo como objetivo determinar el perfil actual de los pacientes iliostomizados y colostomizados en el Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2015-2019. En cuanto a los resultados epidemiológicos la edad promedio fue de $59,82 \pm 14,7$ años, el sexo que predominó es el masculino (78,10%), el grado de instrucción primaria 42,9%, casados 60%, de la provincia del Cusco 27,5%, de ocupación agricultor 68,5%. En cuanto a lo clínico, el tiempo de enfermedad fue mayor de 1 día, el 61% no tiene antecedentes quirúrgicos, HTA como comorbilidad 5,7%. La cirugía de emergencia fue la más frecuente en un 81,9%, la indicación principal fue por vólvulo sigmoides (55,2%) seguido del cáncer colorrectal (16,2%). El tiempo operatorio fue mayor a 120 minutos. El porcentaje de colostomía fue de 78,10%, 20% ileostomía terminal y 1,9% ileostomía en asa. El 66,7% de las colostomías fueron tipo Hartman y el 11,4% en asa. El 83,8% fueron ostomías temporales. El 49,5% presentaron complicaciones, siendo la sepsis la más frecuente en un 35,2%. El tiempo de estancia hospitalaria es de 5-10 días, el 56% no se realizaron restitución del tránsito intestinal y la mortalidad fue de 11,4%.

Dávila RES. et al (14) realizó un estudio descriptivo observacional, retrospectivo y trasversal, que tuvo como objetivo describir las características clínicas, epidemiológicas

y quirúrgicas de ileostomías en el servicio de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2010-2019. La muestra estuvo conformada de 36 pacientes sometidos a ileostomía, de los cuales el 44,4% tienen entre 51-70 años, predominó el sexo masculino (69,4%), con grado de instrucción secundaria (47,2%) y procedentes de Arequipa. Un 52,8% presentan una clasificación ASA grado III, el 52,8% presentan riesgo quirúrgico cardiovascular de grado II, el 30,5% tuvieron como diagnóstico preoperatorio una infección, el 97,2% fueron operados de emergencia, el 77,8% de los pacientes se realizaron ileostomía temporal. El 41,7% tuvo como diagnóstico posoperatorio una infección. El 25% de los pacientes presentaron como complicación desequilibrio hidroelectrolítico.

Chero GAF. et al (15) realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y trasversal en el Hospital de Lambayeque, cuyo objetivo fue describir las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes colostomizados. Su muestra fue conformada por 136 pacientes, de los cuales el sexo masculino fue del 56% y la mayoría de pacientes fue mayor a 60 años. La principal indicación de colostomía fue el cáncer de colon con 28%. Predominantemente las colostomías fueron temporales 78% y el tipo más empleado fue en asa con un 51%. La mediana de tiempo operatorio fue de 150 minutos, la mediana de hospitalización fue posoperatoria fue de 8 días. La complicación más frecuente fue la infección de sitio operatorio. Se concluye que el panorama clínico-epidemiológico de pacientes colostomizados es similar en Perú y países cercanos y se recomienda mayores estudios para crear estrategias con la finalidad de abordar dicha problemática.

García PK. et al (7) realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y trasversal, cuyo objetivo fue conocer las características epidemiológicas en pacientes colostomizados por el servicio de colon H.N.E.R.M durante el periodo 2013-2014. La muestra estuvo constituida por 128 pacientes, de los cuales el 62% fue de género femenino, el grupo etario que predominó fue de 61-75 años (37%), la comorbilidad más frecuente fue la cirugía abdomino pélvica (31%), Las indicaciones más frecuentes de colostomía fue obstrucción intestinal (38%) y la resección abdominoperineal (31%). El 64% de colostomías fueron definitivas y 36% fueron temporales. En relación a su morfología el 58% fueron terminales. La complicación más frecuente fue la infección de sitio operatorio (27%). Se concluyó que con los datos obtenidos se planificará intervenciones quirúrgicas tempranas en beneficio del paciente.

2.1.3. Regionales

Para la realización de la presente investigación se realizó una búsqueda minuciosa y exhaustiva, en diversos buscadores en la web, incluyendo repositorios de estudios a fines con el tema de investigación, se utilizó términos MeSH pacientes con estomas, epidemiología y clínica; pero no se logró el propósito, es por ello la importancia de la investigación en la región Cajamarca, ya que no cuenta con estudios parecidos o similares.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Ostomía digestiva

La palabra ostomía proviene del griego llamada *stoma* cuyo significado es “boca u orificio”. Es la comunicación artificial, realizada por una intervención quirúrgica, entre dos órganos o una víscera y la pared abdominal (16). La ostomía digestiva no es más que el abocamiento de una víscera digestiva a la pared abdominal. El estoma puede clasificarse en permanente y temporal, según su función puede ser de eliminación y de nutrición. Los tipos más frecuentes de ostomías son: colostomía e ileostomía (17).

2.2.2. Tipos ostomías digestivas

2.2.2.1. Según el tiempo de permanencia

Estas se pueden clasificar en:

- **Temporales:** Son aquellas que una vez resuelto el problema de fondo, pueden restituir el tránsito intestinal (18).
- **Definitivas o permanentes:** Las personas portadoras de este tipo de ostomía, son aquellas que su problema de base no tiene una solución y por lo tanto no se puede restablecer la continuidad del tubo digestivo (18).

2.2.2.2. Según el órgano a exteriorizar

Estas se clasifican en:

- **Gastrostomía:** La gastrostomía es una comunicación creada entre el lumen del estómago y la pared abdominal (19).
- **Yeyunostomía:** La yeyunostomía es una comunicación con el lumen del yeyuno y la pared abdominal (20).
- **Ileostomías:** La ileostomía es una exteriorización del intestino delgado, en este caso íleon, a la pared abdominal (21).

- **Colostomía:** La colostomía es una exteriorización del colón o intestino grueso a través de la pared abdominal, para dar salida parcial o total al contenido colónico. Entre ellas tenemos a la cecostomía, el cual es la derivación del ciego a la piel (22).

2.2.2.3. Según su función

- **Nutrición o alimentación:** Frecuentemente se utilizan más la gastrostomía y la yeyunostomía (17).
- **Eliminación:** Frecuentemente se utilizan más las ileostomías y colostomías (15).

2.2.3. Según la técnica quirúrgica o la forma a exteriorizar

- **Terminal:** Es cuando se realiza una sección completa de tubo digestivo y se la exterioriza: Ejemplo: Ileostomía terminal, colostomía de Hartmann (21,23).
- **Lateral o en asa:** Es cuando se exterioriza una porción de tubo digestivo cuya continuidad es conservada, permitiendo observar 2 salidas del intestino, una proximal y una distal. Son de característica temporal, ya que se utilizan muy a menudo para derivar el tránsito intestinal y proteger una anastomosis. Ejemplo: Colostomías de colon trasverso y sigmoides (21,23).
- **Doble boca, devine, cañón de escopeta o Paul Mikulicz:** Es cuando hay una sección completa del intestino, y las dos porciones se adosan a la piel, formando dos estomas terminales, separados por una discreta distancia; la estoma proximal elimina heces y el distal elimina mucosidad (21,23).

2.2.4. Indicaciones de las ostomías digestivas

- **Gastrostomía:** Sus indicaciones pueden ser de tipo descompresivo o de alimentación. Esta última es más frecuente y sirve para proporcionar soporte nutricional a pacientes que les resulta imposible alimentarse por vía oral, ya que posean diversas patologías ya sea benignas como malignas en la región de la boca, esófago o cardio esofágica (19).
- **Yeyunostomía:** su indicación más importante es de alimentación. Proporciona alimentación cuando el tubo digestivo superior este imposibilitado por alguna noxa, como por ejemplo: Obstrucciones esofágicas, gástricas o duodenales, pancreatitis, traumatismos, también en algunas patologías malignas como cáncer de esófago, estómago o duodeno (20).
- **Ileostomía:** Su principal indicación es de eliminación o drenaje. El contenido que elimina posterior al acto quirúrgico es líquido, pero a medida que pasa el

tiempo el intestino va absorbiendo mayor contenido de nutrientes es por ello que el contenido se hace semilíquido. El producto que elimina posee alto contenido de enzimas digestivas y un PH alcalino que presenta un factor importante para que se genere irritación periestomal. Por otro lado, su elevada evacuación en algunas circunstancias supone consecuencias desfavorables en el paciente como alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas (21).

Las razones más habituales para realizar una ileostomía son, las enfermedades inflamatorias (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), cáncer, traumatismos, obstrucciones, poliposis familiar (24).

- **Colostomías:** Su principal indicación es descomprimir el intestino grueso, el lugar más frecuente de su realización es el cuadrante inferior izquierdo por debajo del ombligo. El contenido de eliminación son las heces y generalmente son pastosas. Sus razones para realizarlas son el cáncer colorrectal, vólvulo sigmoides, traumatismos, megacolon, fecalomas, diverticulitis, entre otras (22).

2.2.5. Complicaciones de las ostomías digestivas

- **Sangrado/ hemorragia:** La sangre puede acumularse en el plano submucosa o subcutáneo o puede evidenciarse la salida de sangre en la bolsa de ostomía (25,26).
- **Retracción o hundimiento:** Es cuando el estoma se retrae 0,5 cm por debajo del plano de la piel, puede prevenirse avilantando el sobrepeso y el estreñimiento (25,26).
- **Dehiscencia:** Desprendimiento de los puntos de sutura de la estoma adosado a la piel, puede ser total o de forma parcial (25,26).
- **Infeción:** Existe cuando el paciente presenta dolor a nivel estomal, inflamación, supuración y fiebre que es consecuencia de una infección del sitio quirúrgico (25,26).
- **Dermatitis:** Se produce la sea por la eliminación del contenido intestinal o por lesiones de dispositivos de presión, alérgica o por algún tipo de infección (25,26).
- **Necrosis/ isquemia:** Es producido por una vascularización deficiente, ya sea por tensión de meso o por su desvascularización cuando fue creado de la ostomía. Esta puede ser mucosa o superficial y transmural si abarca toda la pared del tubo intestinal (25,26).

- **Prolapso:** Cuando sobrepasa los límites normales por encima de superficie del abdomen, este puede ser mucoso o de pared completa. Si es ileostomías es normal si protruye de 3 a 5 cm y si es colostomías 1 a 2 cm (25,26).
- **Obstrucción intestinal:** Interrupción del tránsito intestinal por la ostomía. Se producen por diferentes causas, entre ellas hernias internas, torsión del asa adosada, entre otras (25,26).
- **Estenosis:** Se produce por un estrechamiento del orificio estomal, impidiendo introducir un dedo o un tallo Hegar n°12 a través del estoma (25,26).
- **Granuloma:** Área inflamatoria pequeña y redondeada en el tejido periestomal (25,26).

2.2.6. Tipo de cirugía

Según la programación del manejo operatorio existen dos, de emergencia y electivas. Las cirugías de emergencias se utilizan en ocasiones donde comprometen la vida del paciente, un abdomen quirúrgico; en cambio las electivas, son cirugías programadas, como por ejemplo un cáncer colorrectal, enfermedades inflamatorias, etc.

Se ha demostrado que la creación de una ostomía en cirugías de emergencia, existe mayor riesgo de complicaciones, eso asociado a comorbilidades de los pacientes y a la misma característica de la cirugía, elevan aún más la tasa de complicaciones (27).

2.2.7. Factores de riesgo para realización de un estoma

- **Pacientes:** Existen diferentes comorbilidades, como son los problemas cardíacos (hipertensión arterial), respiratorios (procesos neumónicos), comorbilidades musculoesqueléticas, diabetes mellitus. Otras como el cáncer, mal estado nutricional, hábitos nocivos como fumar y la edad >60 años (28).
- **Médicos y quirúrgicos:** Una cirugía de emergencia, cirugía de cáncer, cirugías previas abdominales, mala técnica quirúrgica, pericia y habilidad del cirujano, quimioterapia concomitante, terapia con corticoides y radiación preoperatoria (28).

2.2.8. Características epidemiológicas

Como se ha podido revisar en diferentes artículos científicos y estudios del tema a tratar, existen características epidemiológicas de acuerdo al lugar donde se realiza el estudio. Algunas como el sexo, la edad, la procedencia, la ocupación y sumado a ello los estilos de vida, generan diversas patologías relacionadas a características epidemiológicas específicas. Por ejemplo, en la altura >3000msnm, existe mayor riesgo de padecer obstrucción intestinal por vólvulo sigmoideas y parte de su tratamiento es la creación de una colostomía al estilo Hartmann (29).

2.3. Marco conceptual

- **Ostomía:** Comunicación quirúrgica entre dos órganos o una víscera con la pared abdominal.
- **Ileostomía:** Exteriorización del íleon a la pared abdominal.
- **Colostomía:** Exteriorización del ciego a la pared abdominal.
- **Colostomía:** Exteriorización del colon a la pared abdominal.
- **Indicación terapéutica:** Patología o situación en la que se debe realizar una cirugía como tratamiento.
- **Complicación:** Eventos desfavorables que se producen posterior a una cirugía e interrumpen el curso esperado de la recuperación.

III. FORMULACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.1.Operacionalización de variables

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
DEPENDIENTE						
Ostomías digestivas		Abertura quirúrgica (estoma) de una víscera digestiva, adosada a la pared abdominal.	Abertura quirúrgica (estoma) de una víscera digestiva, adosada a la pared abdominal realizada a los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si No
INDEPENDIENTES						
Características epidemiológicas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona, animales o vegetales.	Tiempo desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la ostomía en los pacientes del estudio.	Cuantitativa continua	De intervalo	18-35 35-45 45-60 >60
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina del ser humano, animal o planta.	Género que poseen los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino

Características epidemiológicas	Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios de una persona durante su vida.	Nivel máximo de estudios alcanzado por los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior universitario Superior no universitario
	Zona de procedencia	Lugar donde se desarrollan y crecen las poblaciones.	Lugar donde se desenvuelven los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Urbana Rural
	Estado civil	Condición de una persona en relación a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.	Condición conyugal de los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	Casado Soltero Conviviente Otros
	Ocupación	Clase de trabajo desarrollado por la persona.	Trabajo desempeñado por los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	-
Características clínicas	Tipo de cirugía	Condición quirúrgica según el tiempo de intervención a requerir.	Cirugía según la rapidez de la intervención en los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Emergencia Electiva
	Tiempo de enfermedad	Periodo de tiempo transcurrido desde la exposición a la causa de la enfermedad hasta la aparición de los síntomas.	Periodo de tiempo transcurrido hasta la aparición de los síntomas en los pacientes del estudio.	Cuantitativa discreta	De razón	<1 día >1 día

Características clínicas	Tiempo quirúrgico	Tiempo entre el inicio y final de una cirugía.	Periodo de tiempo que incluye el inicio de la cirugía y el término de la misma en pacientes del estudio	Cuantitativa continua	De razón	-
	Antecedente quirúrgico previo	Intervenciones quirúrgicas previas.	Intervenciones quirúrgicas previas en los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
	ASA	Escala de medición preanestésica de cada paciente antes de su cirugía.	Escala de medición preanestésica de cada paciente previa a su cirugía de los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Ordinal	ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V ASA VI
	Comorbilidades	Morbilidad asociada a la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en un individuo.	Presencia de otras enfermedades en los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	Ninguna Hipertensión arterial Diabetes mellitus Hipotiroidismo Hipertiroidismo Enfermedad renal Otras

Características clínicas	Indicación terapéutica	Patología o situación en la que se debe realizar una cirugía como tratamiento.	Diagnóstico por el que se debe realizar una cirugía a los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	Cáncer colorrectal Vólvulo sigmoides Obstrucción intestinal Enfermedad inflamatoria Diverticulitis Enfermedades congénitas Otras
	Tipos de ostomía	Clasificación de las ostomías tomando en cuenta el órgano exteriorizado, su función y su tiempo.	Según el órgano a exteriorizar: Clasificación que depende de la víscera exteriorizada en los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	Gastrostomía Yeyunostomía Ileostomía Colostomía
			Según la función: Clasificación que depende de la función a cumplir en los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Nutrición Eliminación
			Según el tiempo: Clasificación que depende del tiempo en el que estará presente en los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Temporal Permanente

Características clínicas	Localización de la ostomía	Zona abdominal donde se ubica el ostoma.	Zona abdominal donde se ubica el ostoma en los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	-
	Restitución de la ostomía	Cierre del ostoma del órgano exteriorizado y su restitución a su estado original.	Restitución del tránsito intestinal en los pacientes del estudio.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí No
	Complicaciones	Eventos desfavorables que se producen posterior a una cirugía e interrumpen el curso esperado de la recuperación.	Eventos desfavorables que se produce posterior a la culminación de la cirugía en los pacientes del estudio.	Cualitativa politómica	Nominal	Sin complicaciones Infecciones Dermatitis periestomal Deshicieras de suturas Protrusión Retracción Hemorragia Isquemia Otros:

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y nivel de investigación

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

4.2. Técnica de muestreo y diseño de la investigación

Población: La población que se ha tomado en este estudio es la totalidad de pacientes portadores de ostomías digestivas, mayores de 18 años, entre enero de 2022 y diciembre de 2023 atendidos en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Muestra: Se realizó un muestreo aleatorizado simple con un nivel de confiabilidad de 95% y un margen de error del 5%, obteniendo 105 pacientes como parte de la muestra. Para calcular el tamaño de muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra

p: Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

N: Tamaño de la población

q = (1-p): Probabilidad que no ocurra el evento

Z: Parámetro estadístico que depende de nivel de confianza

Crterios de inclusión

- Pacientes portadores de ostomías digestivas atendidos en el servicio de Cirugía general del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero de 2022 y diciembre de 2023.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos.
- Historias clínicas con datos ilegibles.
- Pacientes ostomizados en otros hospitales.

4.3.Fuentes e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio se recolectó datos mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes portadores de ostomías del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Docente de Cajamarca entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se ha empleado una ficha de recolección de datos (**Anexo N°1**). La presente ficha de recolección de datos consta de características clínico-epidemiológicas que nos permitirá recolectar información que será destinada para la realización del presente proyecto.

4.4.Técnicas de procesamiento de información y análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos recogidos, se realizó en el programa Microsoft Excel 2018 mediante el uso de tablas de frecuencias, porcentajes y usando las medidas de tendencia central. Para la presentación de los resultados se emplearon tablas y gráficos.

4.5.Consideraciones éticas

El presente estudio cumplió con los criterios de confidencialidad, respetando la privacidad de los pacientes, para ello no se registró nombres, solo el número de historia clínica. Solo el investigador tuvo acceso a la base de datos.

V. RESULTADOS

Se obtuvo la relación de pacientes ostomizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) entre los años enero-2022 y diciembre-2023 constituida por 144 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 105, excluyéndose 13 por no cumplir criterios de inclusión, contando con una totalidad de 92 pacientes.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		
Edad	N	%
18 - 35 años	12	13.0%
30 - 45 años	9	9.8%
45 - 60 años	27	29.3%
> 60 años	44	47.8%
Sexo	N	%
Femenino	39	42.4%
Masculino	53	57.6%
Nivel de instrucción	N	%
Analfabeto	13	14.1%
Primaria	47	51.1%
Secundaria	20	21.7%
Superior Universitaria	7	7.6%
Superior No Universitaria	5	5.4%
Zona de residencia	N	%
Urbano	29	31.5%
Rural	63	68.5%
Ocupación	N	%
Agricultor	35	38.0%
Ama de casa	30	32.6%
Estudiante	7	7.6%
Comerciante	6	6.5%
Carpintero	3	3.3%
Policia	3	3.3%
Jubilado	3	3.3%
Técnica en enfermería	1	1.1%
Abogado	1	1.1%
Reo	1	1.1%
Docente	1	1.1%
Chofer	1	1.1%

El perfil epidemiológico considerado en el estudio, son las distintas características epidemiológicas de los pacientes ostomizados, tomando la edad, sexo, grado de instrucción, zona de residencia y la ocupación, las cuales se presentan en la tabla 1.

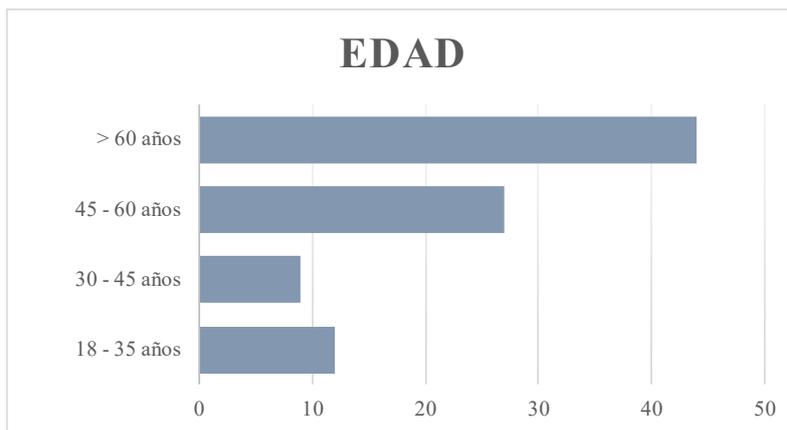


Gráfico 1. Grupos etarios que se les realizó ostomías en el HRDC, 2022-2023

El grupo etario que tuvo una mayor indicación de ostomía fue los mayores de 60 años, con un 47.8%, seguido de los pacientes quienes tuvieron un rango de edad entre 45-60 años con un 29.3%. Así mismo los pacientes entre 18-35 años representaron un 13% y un 9.8% el grupo etario entre los 30-45 años Gráfico 1.

El sexo que tuvo mayor indicación de una ostomía fue el masculino representando un 57.6%, en comparación con el femenino que fue menos indicado con un 42.4%.

Con respecto al nivel de instrucción, el 51.1% de los pacientes ostomizados tenían primaria completa, el 21.7% terminaron la secundaria, el 14.1% era analfabeto, el 7.6% tenían grado universitario y el 5,4% tenían una carrera técnica.

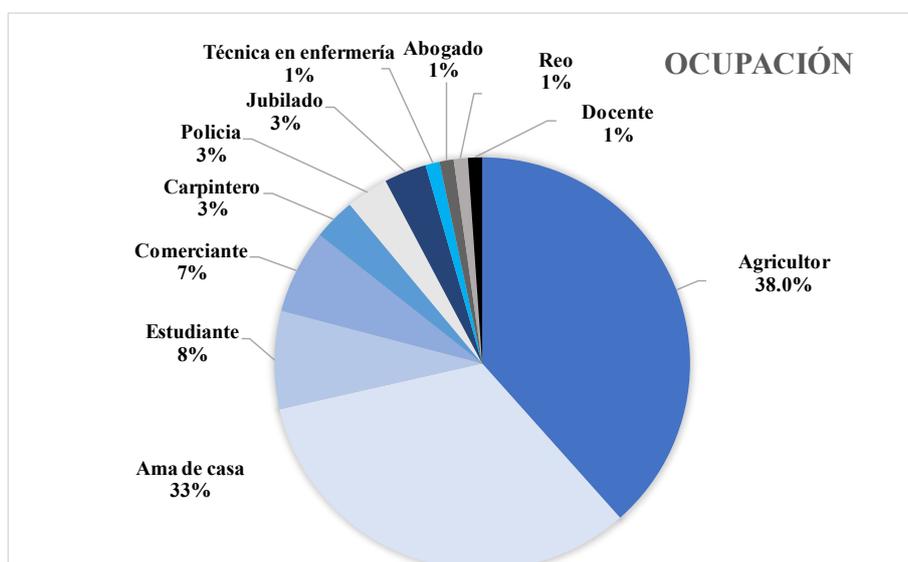


Gráfico 2. Ocupaciones de pacientes que les realizó ostomías

La zona de residencia más frecuente donde provenían los pacientes ostomizados fue de zona rural con un 68.5% y urbano de 31.5%.

De la muestra de pacientes ostomizados, el 38% fueron agricultores, el 32.6% ama de casa, el 7.6% fueron estudiantes, el 6.5% se dedicaban al comercio. Así mismo, 9.9% representaban policías, jubilados y carpinteros, así mismo una minoría fueron el resto de ocupaciones los que se muestran en la tabla 1.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
Tipo de cirugía	N	%
Emergencia	84	91.3%
Electiva	8	8.7%
Tiempo de enfermedad	N	%
< 1 día	10	11.1%
> 1 día	80	88.9%
Antecedente quirúrgico	N	%
Sí	28	30.4%
No	64	69.6%
ASA	N	%
I	4	4.3%
II	18	19.6%
III	50	54.3%
IV	19	20.7%
V	1	1.1%
VI	0	0.0%

En cuanto al perfil clínico, existen diferentes características clínicas como, el tipo de cirugía, tiempo de enfermedad, antecedentes quirúrgicos y tipo de ASA, los cuales se presentan en la tabla 2.

Al 91.3% de los pacientes ostomizados se les realizó cirugía de emergencia, y cirugía electiva con un porcentaje de 8.7%. Por otro lado, el tiempo de enfermedad fue mayor de un día con un 88.9% y menos de un día con un 11.1%. Un 69.6% de pacientes tuvieron antecedentes quirúrgicos abdominales y un 30.4% no lo tuvieron. En relación al tipo de ASA la más predominante fue la ASA III con un 54.3%, seguido de un ASA IV con un 20.7%, 19.6% de ASA II, 4.3% de ASA I y un 1.1% de ASA V.

Tabla 3. Tiempo quirúrgico de las cirugías realizadas en el HRDC, 2022-2023

Tiempo quirúrgico (min)	
Media	129.17
Mediana	120
Moda	120
Desviación estándar	46.05

La cirugía con menor tiempo quirúrgico fue de 60 minutos y la de mayor tiempo fue de 300 minutos. La media del tiempo quirúrgico empleado en las cirugías fue de 129.17, la mediana y moda de 120 y una desviación estándar de 46.05.

Tabla 4. Comorbilidades de pacientes ostomizados en el HRDC, 2022-2023

Comorbilidades	N	%
No	62	67.4%
Sí	30	32.6%
Hipertensión arterial	10	
Gastritis crónica	4	
Diabetes mellitus	3	
Sobrepeso / Obesidad	3	
Infarto agudo de miocardio	3	
Parkinson	3	
EPOC	2	
Tuberculosis pulmonar	2	
Retraso mental	1	
ACV	1	
Hipotiroidismo	1	
Enfermedad renal crónica	1	
Cáncer de páncreas	1	
Paraplejía	1	

Los antecedentes médicos se presentaron en 32.6% pacientes ostomizados de los cuales la más frecuente fue la hipertensión arterial, seguida de gastritis crónica y otros antecedentes tomados en la tabla 4.

Tabla 5. Etiologías de los pacientes ostomizados en HRDC, 2022-2023

Etiología	N	%
Obstrucción intestinal	52	56.5%
Vólvulo sigmoides	26	28.3%
Tumoraciones malignas	13	14.1%
Asa gruesa	7	7.6%
Asa delgada	2	2.2%
Peritoneales	2	2.2%
Extraintestinales	2	2.2%
Hernia complicada	7	7.6%
Bridas y adherencias	3	3.3%
Vólvulo de ciego	2	2.2%
Absceso ileal	1	1.1%
Tumoración maligna no obstructiva	3	3.30%
Asa gruesa	3	3.3%
Apendicitis complicada	9	9.8%
Perforación de ciego	7	7.6%
Absceso apendicular	2	2.2%
Trauma abdominal	8	8.7%
Abierto	5	5.4%
Cerrado	3	3.3%
Perforación intestinal	7	7.6%
Delgado	5	5.4%
Grueso	2	2.2%
Trombosis mesentérica	6	6.5%
Gangrena de fourniere	5	5.4%
Desgarro vaginal tipo IV	1	1.1%
Diverticulitis perforada	1	1.1%

La indicación más frecuente de la creación de una ostomía se muestra en la tabla 5. La obstrucción intestinal con un 56.5% fue la etiología más frecuente, generado en un 28,3% por vólvulo sigmoides, seguida de las tumoraciones malignas con un 14.1% y a predominio de asa gruesa; así mismo un 7.6% fue por hernia complicada, 3.3% por bridas y adherencias, 2.2% por vólvulo de ciego y un 1.1% por absceso ileal. Así mismo se realizó una ostomía por apendicitis complicada con un 9.8% lo cual generó en un 7.6% perforación de ciego y 2.2% absceso apendicular. Por otro lado, se evidencia un 8.7% de trauma abdominal el cual fue a predominio abierto, seguido se muestra la perforación intestinal con un 7.6% de los que no se sabe exactamente la causa, debido a que no se menciona en la historia clínica de los pacientes.

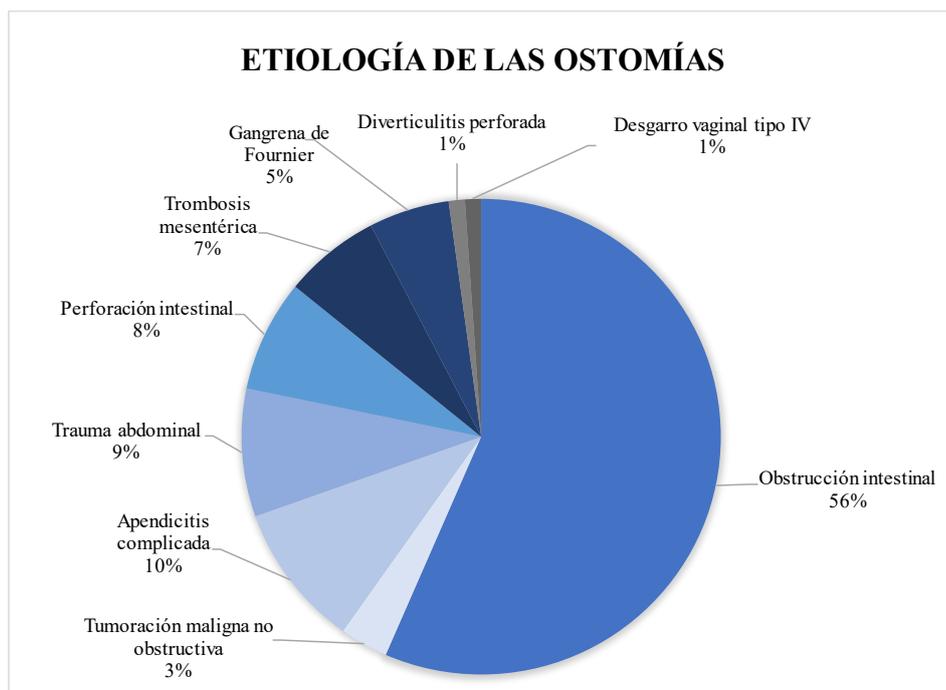


Gráfico 3. Etiologías de las ostomías en el HRDC, 2022-2023

Las otras indicaciones menos frecuentes fueron la trombosis mesentérica con 6.5%, diverticulitis perforada en un 1%, gangrena de Fournier y desgarro vaginal con un 5.4% y 1.1% respectivamente los cuales se realizaron para una desfuncionalización y evitar contaminación de heridas localizadas en región perineal; el gráfico de las etiologías se muestra en el gráfico 4.

Tabla 6. Tipos de ostomías en los pacientes del HRDC, 2022-2023

Tipo de ostomía	N	%
Según órgano exteriorizado		
Colostomía	43	46.7%
Hartmann	33	
En asa	9	
Doble cañon	1	
Ileostomía	41	44.6%
Terminal	37	
En asa	3	
Doble cañon	1	
Yeyunostomía	9	9.8%
Según funcionalidad		
Nutrición	4	4.3%
Eliminación	89	96.7%
Según tiempo para anastomosis		
Temporal	83	90.2%
Permanente	9	9.8%

El tipo de ostomía según el órgano exteriorizado que se realizó con mayor porcentaje fue la colostomía con un 46.7%, siendo la colostomía a lo Hartmann el tipo más frecuente, seguida por colostomía en asa y finalmente la colostomía a doble cañón. Las ileostomías representaron un 44.6%, de las que el tipo terminal fue la más frecuente. Finalmente, las yeyunostomías representaron un 9.8% (gráfico 5).

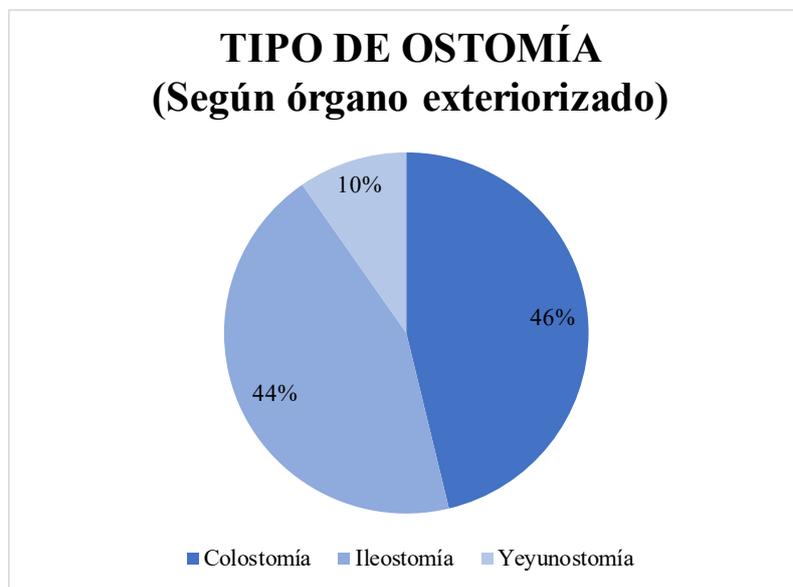


Gráfico 4. Tipos de ostomías según órgano exteriorizado

El tipo de ostomía según su función la que predominó fue la de eliminación con un 96.7% y de nutrición con un 4.3% respectivamente (gráfico 6).

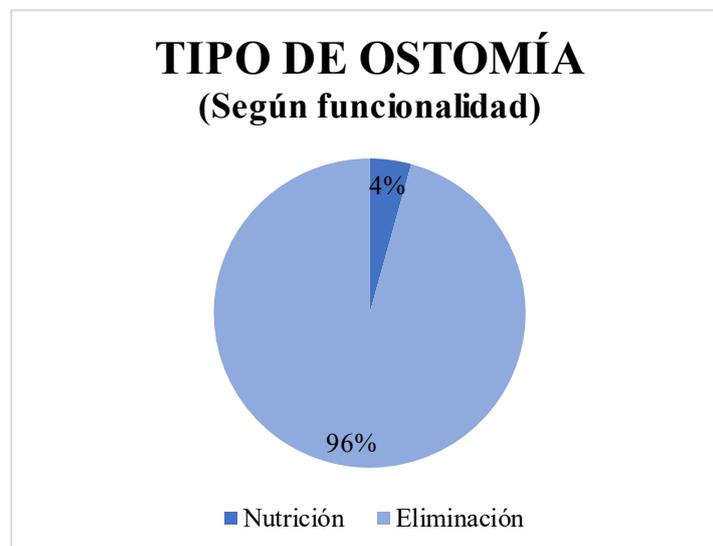


Gráfico 5. Tipos de ostomías según funcionalidad

En relación al tipo de ostomía según su tiempo de anastomosis, la temporal representó un 90.2% y la permanente fue 9%. Esta última se relacionó con los procesos neoformativos que requirieron una resección considerable del intestino y con ello la creación de una ostomía permanente.

Tabla 7. Características de las ostomías de los pacientes del HRDC, 2022-2023

Características de los ostomas	N	%
Localización		
Flanco derecho	45	
Flanco izquierdo	40	
Epigastrio	2	
Fosa ileaca derecha	2	
Fosa iliaca izquierda	2	
Hipocondrio derecho	1	
Restituído		
Sí	34	
No	56	

La localización más frecuente de las ostomías en el abdomen fueron las que se abocaron al flanco derecho, seguidas por las que se ubicaron en el flanco izquierdo y menor frecuencia las ubicadas en epigastrio, fosas iliacas e hipocondrio derecho, las que se muestran en la tabla 7.

De la totalidad de pacientes que se realizaron una ostomía el 36.96% de pacientes pudieron restituir su tránsito intestinal, por el contrario, un 63.04% no fue posible su restitución, se puede observar en el gráfico 7.

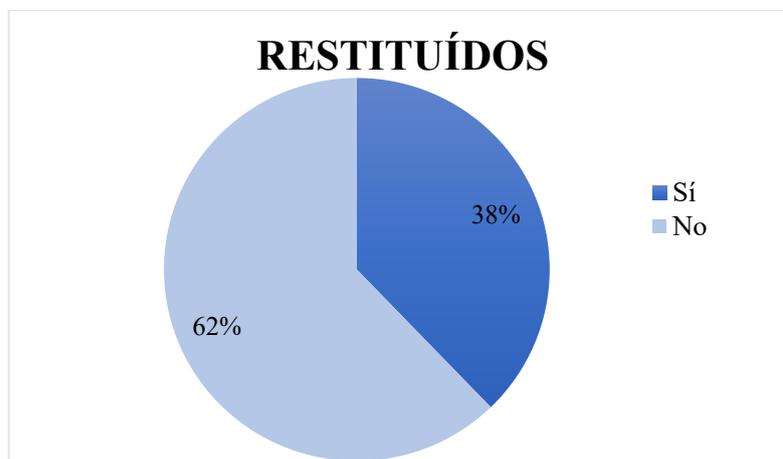


Gráfico 6. Tipos de ostomías que se restituyeron

Tabla 8. Complicaciones de las ostomías en HRDC, 2022-2023

Complicaciones postquirúrgicas	N	%
No	58	63%
Sí	34	37%
Dermatitis periestomal	20	
Retracción	5	
Absceso de pared	4	
Hernia	4	
Protrusión	3	
Isquemia/Necrosis	2	

Los pacientes que tuvieron complicaciones con sus ostomías fueron el 37%, de las cuales la complicación más frecuente fue la dermatitis periestomal que se desarrolló en 20 pacientes, seguida de la retracción de la ostomía en 5 pacientes, y en menor frecuencia se generó absceso de pared, hernia, protrusión e isquemia y/o necrosis, los cuales se muestran en la tabla 8.

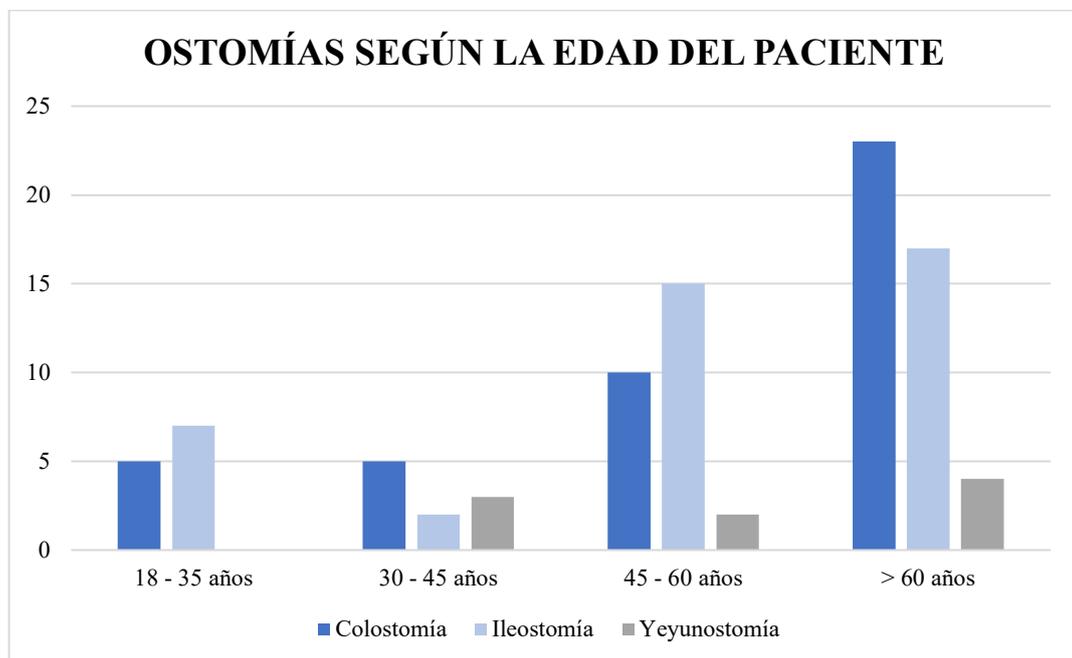


Gráfico 7. Ostomías según la edad del paciente.

En el gráfico número 8 se muestra el tipo de ostomía según el tipo de órgano exteriorizado con respecto al grupo etario de los pacientes, apreciándose que existe mayor frecuencia de ostomías en pacientes mayores de 60 años, siendo las colostomías, las que más se realizaron en dicho grupo, seguida de las ileostomías. Por otro lado, en mayor frecuencia las yeyunostomías se realizan en pacientes de 45-60 años.

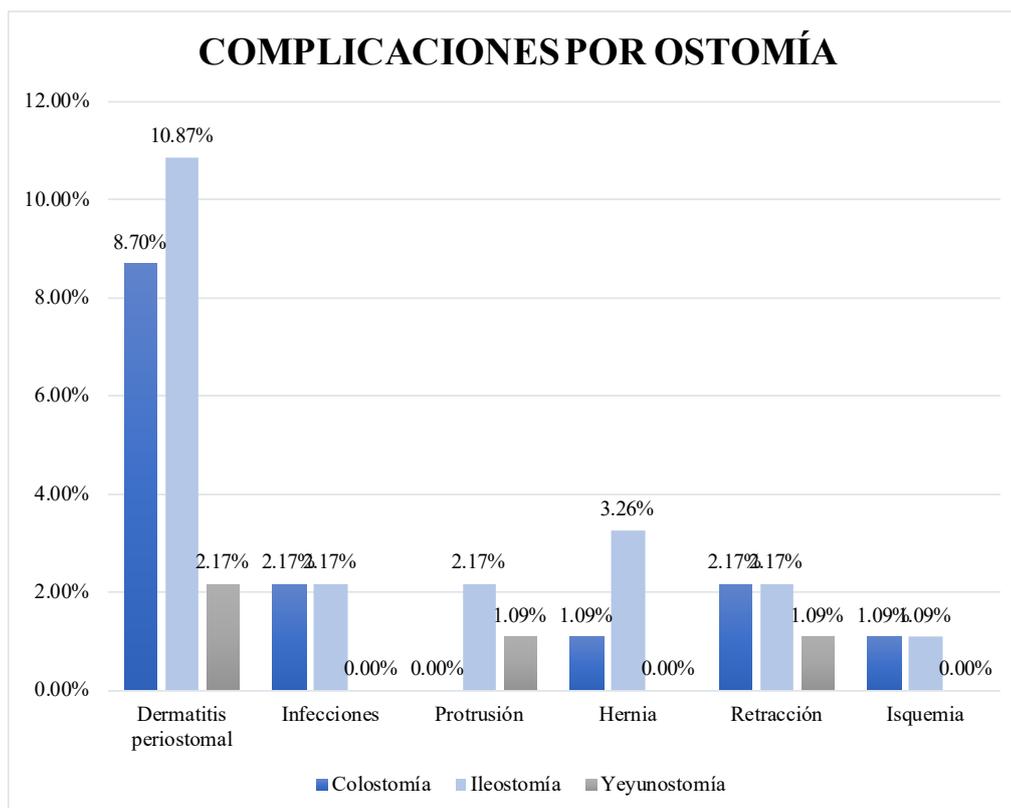


Gráfico 8. Complicaciones de las ostomías, según el tipo

En el gráfico número nueve se puede evidenciar que la dermatitis periestomal se produjo en el mayor parte de ostomías y sobre todo en las ileostomías, seguida de las colostomías. Por otro lado, en las ileostomías se generaron mayores complicaciones como la ya mencionada y otras como la hernia, protrusión y retracción, en orden de frecuencia.

VI. DISCUSION

Los resultados obtenidos de los pacientes ostomizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el periodo 2022-2023 nos indican que en su mayoría fueron los mayores de 60 años con un 47.8%, compartiendo relación con el trabajo de Dávila en Arequipa donde indica que el grupo etario con mayor número de casos fue el de 51-70 años (14), por otro lado, otro estudio en la ciudad de Lima realizado por García indica que el grupo etario en la cual se creó un mayor porcentaje de ostomías fue la de 61 a 75 años (7). A nivel internacional se comparte relación con un estudio en Colombia, donde por un lado los pacientes mayores de 63 años fueron los que se ostomizaron en mayor medida (1).

El sexo que predominó en los pacientes ostomizados fue el masculino con un 57.6%, comparte gran relación con la mayoría de estudios, como el de Chero y de Bejarano realizados en Chiclayo y Colombia respectivamente (11,15). Por ello, eso nos indicaría que el hecho de ser varón tiene alguna característica en especial debido a la mayor frecuencia que en el sexo femenino.

El 51.1% de nuestra población en estudio tiene un grado de instrucción primaria, similar al realizado en la ciudad del Cusco (8). Sin embargo, Dávila en su estudio en la ciudad de Arequipa demostró que el grado instrucción secundaria fue el que predominó (14). Estudios internacionales comparten relación ya que con un nivel de instrucción bajo se asocia con un nivel socioeconómico bajo y ello conlleva a que esta población una vez que padezcan enfermedades quirúrgicas sufran mayores complicaciones y con ello un difícil manejo del cuidado de las ostomías (10,12).

En el estudio realizado, el mayor porcentaje de pacientes son de zona rural representando un 68.5%, así mismo se evidenció que la mayoría de pacientes son agricultores con 38% y amas de casa con un 32.6%, esto se asimila con el estudio de Ballon en Cusco, que los agricultores representaron un 68.5% (8). Por lo tanto, podemos discutir que el perfil epidemiológico de nuestra población ostomizada, tiene relación con estudios de nuestro entorno y difiere un poco con las del exterior. Esto nos permite conocer las características propias de nuestros pacientes en la región y así trabajar en el nivel de salud primordial y primario, y además con un diagnóstico oportuno de algún abdomen quirúrgico, podamos disminuir alguna eventualidad o complicación.

En cuanto al perfil clínico de pacientes ostomizados en el HRDC periodo 2022-2023, la cirugía de emergencia fue la que prevaleció con 91.3%; lo que se relaciona con estudios a

nivel nacional ya que Dávila indicó que el 97.2% de su población su intervención quirúrgica fue de emergencia (14), lo mismo ocurrió con Ballon que el 81.9% fue cirugía de emergencia (8). A nivel internacional se tiene relación con el estudio realizado en Nigeria, ya que la creación de 96.3% de ostomías se realizaron de urgencia por abdomen agudo (12).

El tiempo de enfermedad que tuvieron los pacientes que los ostomizaron fue mayor a un día representado un porcentaje de 88.9%, el cual se relaciona con el estudio de Ballon en Cusco (8). Se debe de considerar que el tiempo de enfermedad en pacientes que fueron ostomizados por neoplasias malignas, es mucho mayores en comparación a pacientes de otro entorno social lo que puede de una u otra manera crear distorsión de datos y por ende de resultados.

En relación a los antecedentes quirúrgicos de nuestros pacientes, el 69.6% no presentó, lo que difiere del estudio de García en Lima, donde se presenta como antecedente y comorbilidad a la cirugía pélvica de sus pacientes (14).

En cuanto al tipo de ASA que se consideró en la cirugía, la de mayor frecuencia fue el ASA III. Ese tipo de ASA se correlaciona con algunas patologías quirúrgicas que se pueden ejemplificar por la Sociedad americana de anestesiología (30). Lo mismo sucede en los estudios de Dávila a nivel nacional y Adamou a nivel internacional (12,14).

La media del tiempo quirúrgico empleado en las cirugías más la elaboración de una ostomía fue de 129.17 minutos, con un tiempo mínimo de 60 minutos y uno máximo de 300 minutos, esto difiere del estudio de Cusco, donde sus cirugías tenían un tiempo mayor de 120 minutos ya que se enfrentaron a cirugías por vólvulos sigmoides (8). En algunos casos las cirugías fueron por neoplasias malignas, lo que demanda de un poco más de tiempo, sumado a ello los antecedentes quirúrgicos de algunos pacientes.

La mayoría de pacientes ostomizados no tuvieron comorbilidades. De los pocos pacientes que tuvieron, la hipertensión arterial representó la comorbilidad más frecuente, asociándose al estudio de Bejarano (11).

La etiología más frecuente por la cual se realizó una ostomía fue la obstrucción intestinal a causa de vólvulo sigmoides, lo que mantiene una estrecha relación con el estudio de Ballon realizado en Cusco debido a que ambos se realizan en pobladores que residen en zonas de altitud (8), esto se puede explicar con el estudio realizado por Frisancho donde el factor de la altitud mayor a 3000 msnm y la dieta rica en fibra originando el dolico megacolon, por otro lado, las colitis infecciosas producidas en la infancia de la población rural causan la

mesocolonitis retráctil (29,31). La segunda causa fue las neoplasias malignas, lo que se relacionan con estudios nacionales e internacionales, sobre todo, en poblaciones que viven en la costa (4,15). Esto nos indicaría que las urbes tienen diferentes estilos de vida y factores de riesgo lo cual predisponen a desarrollar a lo largo del tiempo de algún tipo de neoplasia gastrointestinal, para ello sería conveniente ampliar estudios de dicha población, comparándola con un grupo control.

El tipo más frecuente de ostoma fue la colostomía de tipo Hartmann, lo que guarda relación con estudios de Ballon en Cusco (8) y Santana en México (10); esto toma una fuerte relación ya que la creación de una colostomía al estilo Hartmann es parte del manejo quirúrgico de los vólvulos y algunos neoplasias malignas de intestino grueso como lo describe la Sociedad Americana de Gastroenterología Endoscópica (32). El tipo de ostomía según su función más frecuente fue de eliminación con un porcentaje de 96.7% y según el tiempo para que se anastomose fue la temporal con un 90.2%; estos resultados comparten relación con Dávila y Santana (10,14). En cuanto a la localización de los ostomas la zona más frecuente fue el flanco derecho; según la literatura el abocamiento del estoma se puede determinar antes de la cirugía para que posteriormente tenga un adecuado funcionamiento y por parte del paciente para que posea un confort y manejo óptimo (22).

La restitución de tránsito intestinal es muy importante, ya que de alguna manera mejora la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, en el caso de nuestra población solo se restituyeron un 36.94%, esto se asimila al estudio de Ballon en la ciudad de Cusco donde se indica que los pacientes no pudieron restituirse por el desarrollo de complicaciones posquirúrgicas (8).

En nuestro estudio, la mayoría de pacientes no desarrollaron complicaciones de sus ostomías, pero la complicación más frecuente fue la dermatitis periestomal que se desarrolló en 20 pacientes, lo mismo sucedió con estudios de Huitzil y Santana en el país de México, que concluyeron que la dermatitis periestomal fue la complicación más resaltante (10).

VII. CONCLUSIONES

1. El grupo etario más frecuente de los pacientes ostomizados fueron los mayores de 60 años.
2. El sexo masculino es el que predominó en los pacientes ostomizados.
3. La mayoría de pacientes ostomizados tenían grado de instrucción primaria.
4. La zona de residencia más frecuente de pacientes ostomizados fue la rural y la mayoría de población eran agricultores.
5. La mayoría de estomas en los pacientes se los realizó de emergencia y tenían un tipo de ASA III.
6. El tiempo de enfermedad que presentaron los pacientes ostomizados en gran porcentaje fue mayor a 1 día y la mayoría no tenía antecedentes quirúrgicos.
7. El tiempo promedio de las cirugías de los pacientes ostomizados fue de 129.17 minutos, la mediana y la moda 120 minutos y una desviación estándar de 46.06.
8. La mayoría de los pacientes ostomizados no presentó comorbilidades.
9. La etiología más frecuente para la realización de una ostomía fue la obstrucción intestinal por vólvulo sigmoides, seguido de las obstrucciones por neoplasias malignas.
10. La ostomía más frecuente fue la colostomía al estilo Hartman en los pacientes ostomizados.
11. Las ostomías de eliminación y temporales fueron las más frecuentes en los pacientes ostomizados.
12. La localización más frecuente donde se realizaron las ostomías fue el flanco derecho en los pacientes ostomizados.
13. La mayoría de pacientes ostomizados no tuvo complicaciones en sus ostomías; de los pacientes que tuvieron complicaciones la más frecuente fue la dermatitis periestomal.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios con nuestra población debido a la zona de residencia, ya que la altura podría relacionarse con ciertas patologías ya descritas, por ello se debe de tomar además un grupo control.
2. Se recomienda mayor capacitación del personal de salud para un diagnóstico oportuno de patologías quirúrgica, pues podría relacionarse el tiempo de espera de una cirugía con el aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes.
3. Se recomienda realizar un mayor seguimiento de pacientes ostomizados para evitar complicaciones como la dermatitis periestomal, entre otros ya descritos.
4. Capacitación del paciente ostomizado y familiares para el adecuado cuidado y la correcta nutrición de los mismos. Además, implementar un servicio de terapia ostomal lo cual ayudaría a disminuir complicaciones de dichos pacientes.
5. Se sugiere mayor capacitación para el correcto llenado de historias clínicas, ya que en el presente estudio se evidenció que hay datos incompletos.
6. Implementar una base de datos estadísticos de los pacientes post operados en el servicio de cirugía del HRDC.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nova R.J, Camargo F.F, Garzón L.P, Pereira F.M, Calderón V.K. Perfil epidemiológico de la población con ostomías de eliminación de una institución de salud de Colombia. *Enferm Dermatol.* 2018; 12(33):55-12.
2. American Society of Colon & Rectal Surgeons. Ostomía. <https://fascrs.org/patients/diseases-and-conditions/a-z/ostomia>.
3. García M.C, García C.B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enf Comunit (Revista de SEAPA).* 2017. Noviembre;5(4):35-48.
4. Huitzil T.N, Molina M.L. Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México. *Rev Mex Enf.* 2018;6(2):55-60.
5. Cobos S.J. Libro blanco de las ostomías en España. 1º edición. España: Coloplast Productos Médicos, S.A; 2018.
6. Cruz C.O, Cano G.M, Pat C.L, Sánchez B.M, Espinosa E.J, Rivas E.J, et al. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Rev CONAMED.* 2009;14(1):15-9.
7. García P.K. Características epidemiológicas en pacientes colostomizados por el servicio de colon H.N.E.R.M durante el período enero 2013-diciembre 2014 (Tesis para obtener grado de médico cirujano). Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2016.
8. Ballon S.M. Características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas del paciente ileostomizado y colostomizado mayor de 14 años, Hospital Antonio Lorena, Cusco, 2015-2019 (Tesis para obtener grado de médico cirujano). Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Medicina Humana; 2020.
9. Bodega U.C, Marrero G.C, Muñiz T.N, Pérez P.A, Rojas G.A, Vongsavath R.S. Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE Rev Enf.* 2013;7(2):1-145.
10. Santana R.C, Santiago G.N, Martínez L.Y, Barrios P.A, Barrios P.K, Hernández P.L. Pacientes ostomizados atendidos en el área hospitalaria por la clínica de heridas durante 2013-2019. *Heridas y cicatrización: Revista de la Sociedad Española de Heridas.* 2022;12(1):20-7.
11. Bejarano M.I, Gil R.L, Villegas V.E. Caracterización clínica y sociodemográfica de las personas ostomizadas en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira en el año 2018 (Tesis para obtener grado de Enfermera). Pereira-Colombia: Universidad Libre Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.

12. Adamou H, Habou O, Amadou Magagi I, Adakal O, Magagi A, Halidou M, et al. Pattern of Lower Intestinal Ostomies in a Low-Income Country: Case of Southeast of Niger Republic. *World J Surg* 2018 Jun;42(6):1581-1589. doi: 10.1007/s00268-017-4338-3. PMID: 29143090.
13. Escobar R.C. Perfil de pacientes con ostomía abdominal de evacuación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, año 2017. (Tesis para obtener grado de médico cirujano). Coronel Oviedo-Paraguay: Universidad Nacional de Caagiazú, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
14. Dávila R.E. Características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas de ileostomías en el servicio de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2010 - 2019 (Tesis para obtener grado de médico cirujano). Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2020.
15. Chero G.C. Características clínicas y quirúrgicas de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía general de Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante los años 2017 y 2018 (Tesis para obtener grado médico cirujano). Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina; 2021.
16. Gómez A.A. El paciente ostomizado. *Farmacia Profesional*. 2018;20(8):50-55.
17. Mateo JE. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos*. 2019; 30(3):142-146.
18. Ceballos Atienza R. Ostomías. *N Punto Revista Digital Online*. 2022;5(47):7-138.
19. Fernández M.P, Mariano Vitcopp G. Gastrostomías. En: *Enciclopedia de cirugía digestiva*. 2009;2(204):1-7.
20. Fernández M.P, Mariano V.G. Yeyunostomías. En: *Enciclopedia de cirugía digestiva*. 2009;2(204):1-13.
21. Artola E.M, García M.M, García M.E, Fernández M.M Guía de recomendaciones prácticas. *Ostomía en Atención Primaria*. Madrid: IM&C;2023.
22. Hierro JD, Abed G. Colostomías. En: *Enciclopedia de cirugía digestiva*. 2009;3(309): 1-12.
23. Hollister MX. Los 3 tipos de ostomías [Internet]. [citado 14 de diciembre de 2023]. <https://www.hollister.com.mx/es-mx/ostomycare/ostomylearningcenter/understandinganostomy/the3typesofostomies>.
24. United Ostomy Associations of America. Guía para Nuevos Pacientes con Ostomías. 1ª edición. EE. UU: The Phoenix; 2020.

25. García G.P. Pacientes portadores de colostomías, sus complicaciones y recomendaciones. (Tesis para obtener grado de Enfermera). Madrid: Universidad autónoma de Madrid, Facultad de Medicina; 2023.
26. Ruiz D, García P.A, Rodríguez M.Y, Martínez S.E, Gómez D.R, Allo M.G, Garcia FJ, et al. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. *Rev gastroenterol (Perú)*. 2019;39(3):215-21.
27. Parini D, Bondurri A, Ferrara F, Rizzo G, Pata F, Veltri M, et al. Surgical management of ostomy complications: a MISSTO–WSES mapping review. *World J Emerg Surg*. 10 de octubre de 2023;18:48.
28. Babakhanlou R, Larkin K, Hita AG, Stroh J, Yeung SC. Stoma-related complications and emergencies. *Int J Emerg Med*. 9 de mayo de 2022;15:17.
29. Borda M.L, Kcam M.E, Alarcon A.P, Miranda R.L Megacolon andino y vólvulo del sigmoides de la altura: Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge - Puno, Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*. octubre de 2017;37(4):317-22.
30. Clasificación American Society of Anesthesiologisth Physical Status: Revisión de ejemplos locales - Chile. *Revista Chilena de Anestesia*. 2022; 51(3):251-260.
31. Frisancho V.O. Dolicomegacolon andino y vólvulos intestinales de altura. *Revista de Gastroenterología del Perú*. Julio de 2008;28(3):248-57.
32. Muciño P.L, Gutiérrez V.J, Lozano V.Y, Ibarra M. J, Sánchez L.S, Velasco G.P, et al. Vólvulo de sigmoides. Revisión de la literatura. *Cirujano general*. septiembre de 2021;43(3):165-75.

X. ANEXOS

Anexo N°1: Ficha de recolección de datos

Ficha de recolección de datos

DNI: _____

1. Características epidemiológicas

- 1.1. Edad: 18-35 años 35-45 años 45-60 años > 60 años
- 1.2. Sexo: Femenino Masculino
- 1.3. Grado de instrucción Analfabeto Primaria Secundaria
 Sup. Univ. Sup. no Univ.
- 1.4. Zona de Procedencia Urbano Rural
- 1.5. Estado civil: Casado Soltero Conviviente
 Otros

1.6. Ocupación: _____

2. Características clínicas

- 2.1. Tipo de Cirugía Emergencia Electiva
- 2.2. Tiempo de enfermedad < de 1 día > de 1 día
- 2.3. Tiempo quirúrgico: _____
- 2.4. Antecedentes quirúrgicos Sí No
- 2.5. Tipo de ASA I II III IV V VI
- 2.6. Comorbilidades HTA Diabetes mellitus
 Hipotiroidismo Hipertiroidismo
 Enfermedad renal Otras
- 2.7. Indicación terapéutica Cáncer colorrectal Vólvulo sigmoides
 Obstrucción intestinal Enfermedad inflamatoria
 Diverticulitis Enfermedad congénita
 Otros

2.8. Tipos de ostomías

2.8.1. Según el órgano exteriorizado

- Gastrostomía Yeyunostomía Ileostomía

Colostomía Otros

2.8.2. Según la función Nutrición Eliminación

2.8.3. Según el tiempo Temporal Permanente

2.9. Localización de la ostomía: _____

2.10. Restitución de la ostomía: Sí No

2.11. Complicaciones: Sin complicaciones Infecciones
 Dermatitis periestomal Protrusión
 Dehiscencia de suturas Retracción
 Hemorragia Isquemia
 Otros