

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

Título de tesis:

“Evolución clínica postquirúrgica en confección de colostomía por patología colónica obstructiva en Hospital Médico Quirúrgico en el año 2017”

Presentado Por:

**Dr. Saúl Enrique Echeverría Abrego
Dr. Irvin Miguel Adalberto Gómez Bazurto**

Para Optar al Título de:

Especialista en cirugía general

Asesor:

Dr. Edwin Arévalo Castro

San Salvador, 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios todopoderoso que nos ha permitido llegar hasta acá y culminar con éxito otra etapa de nuestra carrera profesional. A nuestros padres por su incondicional apoyo y a todas aquellas personas que nos han ayudado con sus consejos y aportes en la elaboración de este trabajo de investigación.

INDICE

RESUMEN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN	5
MARCO TEORICO	6
OBJETIVOS	12
DISEÑO METODOLOGICO.....	13
RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

RESUMEN

El manejo de la patología colónica obstructiva puede conllevar en varias ocasiones intervención quirúrgica, dependiendo de la causa así será el abordaje, particularmente el abordaje que deseamos investigar es la confección de ostomía.¹

La clasificación de Clavien-Dindo es una forma simple y objetiva de medir las complicaciones postquirúrgicas y se puede emplear para casi cualquier patología en cirugía incluyendo la obstrucción colónica. De esta forma se puede determinar la evolución clínica de los pacientes a los que se les ha realizado una colostomía.²

El presente estudio se realizó en el Hospital Médico-quirúrgico del ISSS, se utilizó la revisión de expedientes clínicos de pacientes a los que se les había realizado confección de colostomía y se aplicaron los elementos de inclusión y exclusión posteriormente definidos.

Patología colónica obstructiva la definiremos como todos los casos en el cual el paciente requiere intervención quirúrgica debido a que en una porción o la totalidad del colon existe pérdida completa o parcial de la luz y es necesario³ realizar la confección de colostomía. El ejemplo más común al respecto es: obstrucción intestinal de origen tumoral, otras causas menos comunes son: megacolon aganglionico, enfermedad diverticular y adherencias.

Confección de colostomía la definiremos como el procedimiento quirúrgico en el cual se avoca una porción de colon a la piel del abdomen, independientemente sea esta una colostomía terminal o en asa.

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente a los cuales se les haya realizado colostomía en Hospital médico quirúrgico que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión definidos entraron en el presente estudio, se les aplico la escala de clasificación de Clavien-Dindo, la información se ha presentado mediante tablas de frecuencia y porcentajes.

Mediante el estudio determinamos que las complicaciones más frecuentes que se presentan posterior a la realización de una colostomía corresponden a la clasificación de Clavien-Dindo I (12 pacientes), la cual son pacientes que se desvían del postquirúrgico normal, pero que únicamente requieren analgésicos, antieméticos o antipiréticos y no es necesario realizar alguna clase de intervención, Clavien-Dindo II (9 pacientes) el segundo grupo de pacientes que fueron aquellos a los que fue necesario administrarle otro tipo de medicamentos pero no fue necesaria alguna intervención quirúrgica, el tercer grupo fueron Clavien-Dindo III (8 pacientes), de los cuales 5 fueron intervenidos con analgesia local y 3 con anestesia general. Un solo paciente entro dentro de la categoría

Clavien-Dindo IV el cual presento falla hemodinámica y respiratoria, y presento larga estancia intrahospitalaria, sin embargo fue dado de alta con mejoría clínica. No se reportaron pacientes Clavien-Dindo V.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico, manejo y seguimiento del abdomen agudo quirúrgico, representa un gran reto en centros de formación de especialistas, uno de ellos es la patología colónica obstructiva, entidad frecuente que puede conllevar alto riesgo de morbilidad y mortalidad aumentando costos de estancia intrahospitalaria y reducción de la capacidad productiva de una persona cuando la adolece entre los 25-45 años de edad.

En el hospital médico quirúrgico se realizaron en el año 2017 un total de 62 colostomías, este es un dato meramente estadístico y antes de realizar este estudio se desconocía la evolución de cada uno de estos casos.

El apareamiento de complicaciones en pacientes con patología colónica obstructiva puede ser elevado, sin embargo se desconoce la magnitud de la gravedad, ya que, por ejemplo, no es lo mismo que el paciente presente como complicación vómitos y proceso febril en el postquirúrgico a retracción o necrosis de la colostomía y por tanto se tenga que reintervenir quirúrgicamente a dicho paciente. Por tanto, siempre existen complicaciones inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico. Mediante la aplicación de la clasificación de Clavien-Dindo podemos determinar cuál es la evolución clínica de estos pacientes de manera más objetiva.

En este estudio hemos podido observar la evolución clínica, la morbilidad que genera el procedimiento y determinar de forma más exacta el grado de complicación que tuvo el paciente, asimismo esto servirá para promover otros estudios en el futuro sobre esta patología.

JUSTIFICACIÓN

En cualquier procedimiento quirúrgico pueden existir complicaciones, mas puntualmente en el caso de las colostomías las complicaciones que pueden existir son: retracción de la colostomía con o sin contaminación abdominal, necrosis de la colostomía, hernia paraostomal, dermatitis del sitio de la ostomia. Algunas de estas complicaciones requieren reintervención quirúrgica, otras solo ameritan un adecuado cuidado en la colocación de la bolsa de colostomía o complicaciones inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico como fiebre, infección del sitio quirúrgico, desequilibrio hidroelectrolítico.

En nuestra institución se realizan un promedio de 60 colostomias anuales, se desconoce la evolución clínica de estos pacientes, por tanto, mediante este estudio hemos determinado el grado de complicación mediante la aplicación de la clasificación de Clavien-Dindo. De esta manera describimos de forma objetiva la evolución de estos pacientes con un sistema de clasificación que es sencillo, reproducible, y que es aplicable en nuestro medio.

MARCO TEORICO

La obstrucción del intestino grueso se puede clasificar como dinámica (obstrucción mecánica) o adinámica (pseudoobstrucción). La obstrucción mecánica se caracteriza por el bloqueo del intestino grueso (luminal, mural o extramural), lo que resulta en un aumento de la contractilidad intestinal como respuesta fisiológica para aliviar la obstrucción. La pseudoobstrucción se caracteriza por la ausencia de contractilidad intestinal, a menudo asociada con una motilidad disminuida o ausente del intestino delgado y el estómago.

El cáncer colorrectal es la causa más común de obstrucción del intestino grueso en los Estados Unidos. Las causas intraluminales de obstrucción colorrectal incluyen impactación fecal, bario espesado y cuerpos extraños. Las causas intramurales, además del carcinoma, incluyen inflamación (por ejemplo, diverticulitis, enfermedad de Crohn, linfogranuloma venéreo, tuberculosis, esquistosomiasis), enfermedad de Hirschsprung (aganglionosis), isquemia, radiación, invaginación intestinal y estenosis anastomótica. Las causas extraluminales incluyen adherencias (la causa más común de obstrucción del intestino delgado pero rara vez una causa de obstrucción del colon), hernias, tumores en órganos adyacentes, abscesos y vólvulos.¹

Los signos y síntomas de la obstrucción del intestino grueso dependen de la causa y la ubicación de la obstrucción. Los cánceres que surgen en el recto o en el colon izquierdo son más propensos a obstruir que aquellos que surgen en el colon proximal más grande. Independientemente de la causa de la obstrucción, las manifestaciones clínicas de la obstrucción del intestino grueso incluyen la incapacidad para defecar y los flatos asociados con el aumento de la distensión abdominal y el dolor abdominal en los cólicos. El colon se distiende, el gas (aproximadamente dos tercios es ingestión de aire, y el resto incluye los productos de la fermentación bacteriana), las heces y el líquido se acumulan proximal al sitio de obstrucción. Si la obstrucción es el resultado de un segmento de colon atrapado por una hernia o un vólvulo, el suministro de sangre puede verse comprometido o estrangulado. El retorno venoso se bloquea inicialmente, causando inflamación localizada que a su vez puede ocluir el suministro arterial con isquemia resultante que, si no se corrige, puede progresar a necrosis o gangrena. Al principio, la estrangulación implica solo el segmento de intestino atrapado o encarcelado, pero el colon proximal a ese segmento se dilata progresivamente debido a la obstrucción.

Otra ruta al compromiso vascular del colon obstruido ocurre si el intestino proximal al punto de obstrucción se distiende en la medida en que la presión intramural dentro de la pared intestinal excede la presión capilar, privando al intestino de una oxigenación adecuada. Esta ruta a la necrosis isquémica puede ocurrir con obstrucción mecánica y pseudoobstrucción.

Una obstrucción de circuito cerrado ocurre cuando las partes proximal y distal del intestino están ocluidas. Una hernia o vólvulo estrangulado casi siempre conduce a esta condición. Sin embargo, la forma más común de obstrucción de lazo cerrado se observa cuando un cáncer ocluye la luz del colon en presencia de una válvula ileocecal competente. En esta situación, el aumento de la distensión del colon hace que la presión en el ciego llegue a ser tan alta que los vasos en la pared del intestino se ocluyan y se produzca necrosis y perforación.³

El tratamiento de la obstrucción del intestino grueso obviamente depende de la causa de la obstrucción. Sin embargo, algunos principios de diagnóstico y tratamiento pueden generalizarse. La obstrucción debe aliviarse con cierta rapidez antes de que el compromiso del suministro de sangre provoque isquemia y gangrena. El diagnóstico debe establecerse para guiar el tratamiento apropiado. La historia y el examen físico proporcionan pistas importantes. Se debe palpar el abdomen en busca de masas, examinar las ingles en busca de hernias y realizar un examen rectal digital para excluir el cáncer de recto. Las radiografías simples del abdomen proporcionan información considerable sobre la ubicación de la obstrucción y, en algunas situaciones, pueden ser diagnósticas de vólvulo. Una tomografía computarizada puede ser útil para revelar un proceso inflamatorio, como un absceso asociado con diverticulitis. Si se sospecha un vólvulo o un cáncer sigmoide distal, un enema de contraste hidrosoluble puede establecer el diagnóstico. Las opciones de tratamiento varían considerablemente, según el diagnóstico, y es útil establecer el diagnóstico antes de una operación para guiar la terapia adecuadamente. Si la causa de la obstrucción es un cáncer del recto distal o medio, el tratamiento preferido es aliviar la obstrucción mediante una colostomía en asa y luego tratar el cáncer con quimiorradiación neoadyuvante, con el plan de reseca la lesión primaria en un momento posterior. Por otro lado, si el cáncer obstructivo está en el colon sigmoide, las opciones quirúrgicas incluyen la operación de Hartmann (sigmoidectomía con colostomía descendente y cierre del muñón rectal), sigmoidectomía con anastomosis colorrectal.⁴

No poseemos un dato estadístico de cuantas personas actualmente viven con ostomía en nuestro país, sin embargo según las estadísticas norteamericanas hay 800,000 personas viviendo con ostomías en Estados Unidos y se confeccionan al año 120,000 colostomías. Una ostomía se refiere a una exteriorización del colon o íleon creada quirúrgicamente a la pared abdominal anterior del cuerpo. El objetivo de la ostomía es proporcionar una desviación para la eliminación de la orina, las heces o el contenido intestinal. Los tipos más comunes de ostomías son la colostomía (colon), la ileostomía (intestino delgado) y la urostomía (urinario). Las derivaciones fecales (colostomías e ileostomías) son más comunes que las derivaciones urinarias (68.3% -31.7%).⁵

Las complicaciones posteriores a las cirugías de ostomía (tanto ostomal como periestomal) son un problema significativo para muchas personas. Los estudios demuestran que hasta el 71% de los pacientes con ileostomía experimentan complicaciones, al igual que el 43% de los que tienen una colostomía. Específicamente, entre 18% y 55% de los pacientes con ostomía experimentaron irritación periestomal de la piel, 1% a 37% experimentaron hernia paraostomal, 2% a 25% experimentaron prolapso de estoma, 2% a 10% experimentaron estenosis y 1% a 11% retracción del estoma. Ratliff y Donovan informaron que del 10% al 70% de todos los pacientes con una ostomía desarrollan complicaciones.⁶

Un estudio sobre las complicaciones de una ostomía y su relación con la calidad de vida de las personas reveló relaciones importantes entre 3 complicaciones de ostomía comunes y variables demográficas, factores clínicos y calidad de vida. La irritación severa de la piel, los problemas con las fugas y la dificultad para ajustarse a una ostomía se relacionaron con puntuaciones más bajas en todos los dominios de la calidad de vida. Aunque no es posible erradicar estas complicaciones en todos los pacientes, los hallazgos de este estudio sugieren que la disminución de la incidencia y la gravedad de estas complicaciones mejorará la calidad de vida de las personas que viven con una ostomía intestinal. Este estudio también confirmó que la evaluación de la gravedad de las complicaciones, además de su incidencia, es un resultado importante que puede ser sensible al cambio.⁵

Después de la construcción de una anastomosis, particularmente en resecciones anteriores bajas y ultrabajas, una gran proporción de cirujanos crean una ostomía para desviar la corriente fecal. Esto no es para prevenir la fuga de anastomosis, sino para reducir las secuelas en caso de que ocurra una fuga de anastomosis. La forma más comúnmente utilizada de estoma es la ileostomía desfuncionalizada, pero algunos cirujanos recomiendan el uso de colostomías en asa. Cuatro estudios clínicos randomizados han comparado el resultado de pacientes sometidos a resecciones anteriores con o sin estomas desfuncionales. Matthiessen y colaboradores demostraron una tasa de fuga sintomática del 10.3% y una tasa de reoperación significativamente menor en el grupo con defunción (ileostomía o colostomía), en comparación con el 28% en el grupo sin estoma, en una cohorte de 234 pacientes.⁷

Con respecto a la confección de estoma también existen complicaciones que se pueden presentar. Existen al momento varios estudios que han estudiado estas complicaciones y cuál de estas son las más comunes. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y los productos para la atención de la ostomía en las últimas décadas, las tasas de prevalencia de estomas y complicaciones periestomales oscilan entre el 25% y el 59%. Estas complicaciones pueden intensificar otros resultados negativos asociados con un estoma y contribuir a una deteriorada calidad de vida relacionada con la salud. Las complicaciones pueden

llevar a un mayor uso de los recursos de atención médica. Incluso cuando no se tratan, las complicaciones del estoma pueden provocar la necesidad de cambios más frecuentes en la bolsa de ostomía y el uso de más productos. En un estudio en mediciones repetidas se encontró que la ostomía y las complicaciones de la piel periestomal ocurrían más a menudo de 21 a 40 días después de la creación de la ostomía. Las complicaciones de la piel periestomal fueron particularmente comunes; ocurrieron en el 63% de los participantes de dicho estudio. En ese estudio prospectivo, ninguno de los factores demográficos o clínicos evaluados permitió predecir una mayor probabilidad de complicaciones estomales o periestomales. Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes para explorar más a fondo el papel de los posibles factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones estomales o periestomales en los primeros 3 meses posteriores a la confección de una ostomía.⁸

La cirugía abdominal aguda con la creación de una ostomía puede salvar vidas. Sin embargo, cuando la cirugía se realiza como resultado de una condición aguda (emergencia), el tiempo para que el paciente esté preparado mental o físicamente para la presencia o el manejo de la ostomía es limitado o está ausente. Los pacientes que experimentan afecciones agudas, como obstrucción intestinal causada por cáncer colorrectal o ginecológico, diverticulitis aguda o colitis aguda, están físicamente angustiados, a menudo sépticos, deshidratados y frecuentemente desnutridos. Las complicaciones postoperatorias ocurren con frecuencia después de la cirugía de ostomía. Las complicaciones estomales prevalentes incluyen necrosis, estenosis, retracción, prolapso, hernia paraestomal, granuloma, problemas de la piel periestomal y fuga.

Los problemas periestomales de la piel son la complicación más frecuente, con tasas de incidencia informadas de hasta el 45%. Las complicaciones de la ostomía son un problema tanto a corto como a largo plazo, pero se sabe poco sobre su asociación con la forma o localización de la ostomía. La evidencia sobre la asociación entre el tipo de cirugía (aguda o emergencia vs electiva) es mixta, los hallazgos de algunos estudios sugieren que las complicaciones estomáticas y periestomales son más comunes después de una cirugía aguda o de emergencia, mientras que otros no informan diferencias basadas en estos factores. Las complicaciones relacionadas con la ostomía pueden provocar problemas con el sistema de bolsa. En este estudio se evaluó prospectivamente las complicaciones estomáticas y periestomales en pacientes sometidos a cirugía abdominal aguda y como objetivo secundario se describió la configuración de la ostomía para evaluar su influencia en los problemas de la piel periestomal.⁹

La clasificación propuesta por Clavien y Dindo se ha usado para determinar en forma objetiva las complicaciones postoperatorias. Ha sido puesto a prueba en varios estudios sobre su validez y su reproducibilidad en varios centros, además de ser una escala fácil, simple y objetiva. Los análisis demuestran que la

clasificación de Clavien-Dindo para las complicaciones quirúrgicas ha alcanzado su objetivo, y se recomienda actualmente para su uso en estudios retrospectivos y prospectivos. Este hallazgo es importante, ya que incluso con menores cambios, un sistema modificado dará lugar a confusión entre los autores y los estudios, en un momento en que muchos estudios están en marcha.

En 2004, la clasificación Clavien-Dindo fue modificada para permitir la clasificación de las complicaciones potencialmente mortales y discapacidad a largo plazo causada por una complicación. Esta revisión define cinco grados de severidad (Grado I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb y V) y el sufijo "d" (para "discapacidad") se utiliza para denotar cualquier deterioro postoperatorio. Esta clasificación de Clavien-Dindo ha sido utilizada cada vez más en la práctica clínica y también en ensayos clínicos en diferentes procedimientos quirúrgicos, ya que es simple, reproducible y flexible. En lugar de proporcionar criterios de clasificación para cada evento adverso, la clasificación Clavien-Dindo proporciona criterios amplios pero generales que pueden ser utilizados uniformemente para todos los tipos de eventos adversos quirúrgicos.¹⁰

Una evaluación de dicha escala por 5 años proporciona una fuerte evidencia de que la clasificación es válida y aplicable en todo el mundo en muchos campos de la cirugía. No se recomienda desde entonces la modificación en el principio general de la clasificación en vista por la existencia de publicaciones y ensayos en curso. Los términos subjetivos, inexactos o confusos como "menor o mayor" deben ser retirados de la literatura en cirugía. Por último, para evitar que el abuso de términos mal definidos, se recomienda omitir cualquiera de estas palabras, tales como leve, moderada o grave, como nunca se utilizarán los términos consistentemente entre los autores.²

Tabla N° 2. Clasificación de Clavien-Dindo²

GRADO	DEFINICION
I	Desviación del postoperatorio normal, que no requiere de tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico o intervenciones radiológicas. Fármacos permitidos: antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos y fisioterapia
II	Requerimiento de tratamiento farmacológico con drogas diferentes a las permitidas en las complicaciones grado I. Incluye transfusiones y nutrición parenteral
III	Complicación que requiere una intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica
IIIa	No requiere anestesia general
IIIb	Requiere anestesia general

IV	Complicación que amenaza la vida del paciente y que requiere de cuidados intensivos
IVa	Disfunción de un órgano (incluye diálisis)
IVb	Falla multiorganica
V	Muerte del paciente

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la evolución clínica postquirúrgica utilizando la escala de Clavien-Dindo en pacientes a los que se les ha confeccionado una colostomía, por abdomen obstructivo.

Objetivos específicos:

- Identificar las condiciones demográficas de los pacientes según edad y sexo.
- Determinar el estado del paciente previo a la cirugía, mediante el uso de la clasificación de ASA.
- Identificar el grado de complicaciones post quirúrgicas en la confección de colostomías

DISEÑO METODOLOGICO.

TIPO DE INVESTIGACION:

El tipo de investigación según tiempo de ocurrencia y datos de investigación es: **Descriptivo transversal** porque queremos conocer la evolución clínica postquirúrgica en un determinado periodo de tiempo.

PERIODO DE INVESTIGACION:

01 de Enero del 2017- 31 de Diciembre del 2017.

UNIVERSO:

Pacientes con diagnóstico de abdomen obstructivo que consultaron en el Hospital Médico quirúrgico del ISSS.

Muestra:

Se realizara un muestreo no probabilístico, pues todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión entraron en el estudio. Fueron un total de 41 pacientes

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes a los que se le realiza colostomía debido a patología colónica obstructiva, en el hospital médico quirúrgico ISSS

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con confección de colostomía de origen traumático
- Pacientes con confección de colostomía debido a complicaciones de procedimientos quirúrgicos previos recientes
- Pacientes con clasificación ASA IV, V
- Pacientes en los cuales se le realiza confección de ileostomía

- Procedimientos quirúrgicos cuya duración sean mayor de 3 horas
- Pacientes hipotensos con necesidad de uso de aminas vasoactivas pre quirúrgico
- Pacientes con necesidad de apoyo ventilatorio prequirugico o que no se haya podido extubar al paciente en postquirugico inmediato

VARIABLES:

Estudio del tipo evolución clínica y su relación con el grado de complicaciones post quirúrgicas según la clasificación de Clavien Dindo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Objetivo Especifico	Variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Indicadores
Identificar las condiciones demográficas de los pacientes según edad y sexo	Edad	Los diferentes grupo etarios poseen causas diferentes de abdomen obstructivo, además diferente adaptabilidad	Intervalo	<ul style="list-style-type: none"> • De 20 a 40 años • Mayores de 40 a 60 años
	Sexo	La epidemiología asociada a la necesidad de confección de colostomía, es variable entre ambos sexos	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Determinar el estado del paciente previo a la cirugía, mediante el uso de la clasificación de ASA	Comorbilidades	El éxito de cada procedimiento está limitado por el estado pre quirúrgico del paciente	De razón	<ul style="list-style-type: none"> • ASA I • ASA II • ASA III
Identificar el grado de complicaciones post quirúrgicas en la confección de colostomía.	Quirúrgico	Determinadas con una clasificación generalizada de Clavien Dindo, se evaluara la evolución clínica en forma objetiva	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Grado I • Grado II • Grado III • Grado IV • Grado V

FUENTE DE INFORMACION:

La fuente de información que utilizamos es de tipo secundaria, interna: **EXPEDIENTE CLINICO.**

Para evitar sesgos en el estudio aparte de los criterios de inclusión y exclusión se revisó a través del expediente clínico y en los reportes quirúrgicos en los hallazgos intraoperatorios si el procedimiento realizado fue correctamente indicado.

TECNICAS DE OBTENCION DE INFORMACION:

La técnica que utilizamos fue la **INSPECCION DE EXPEDIENTES CLINICOS** para recabar información necesaria.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE DATOS.

Los datos personales de cada persona no son del interés del estudio. Los datos recopilados se muestran en conjunto y no en particular. Por lo cual se garantiza la confidencialidad de los datos.

No es necesario consentimiento informado de los individuos involucrados.

El estudio cumple con el criterio de justicia y de equidad ya que todos los pacientes que se les realice una colostomía por abdomen obstructivo entraran en el estudio sin importar el sexo, ni estatus socioeconómico, ni étnico.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION:

El procesamiento y análisis de datos se realizó por el núcleo de trabajo en Hospital médico quirúrgico ISSS, la información se ha tabulado por medio de Microsoft Office y esta se presenta mediante tablas de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

El total de pacientes a los que se les realizó confección de colostomía en el año 2007 en HMQ fue de 62, sin embargo, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión la cantidad total de pacientes que entraron al estudio fueron 41. De esta cifra se encontraron 3 expedientes que a pesar de entrar al estudio no se encontró reporte operatorio ni datos respecto a su estancia intrahospitalaria por el procedimiento quirúrgico.

De esta forma obtuvimos una muestra de 38 pacientes. Se encontró que 8 pacientes no pueden ser ubicados en ningún parámetro de la clasificación debido a que según lo observado en el estudio no presentaron ninguna clase de complicación y fueron dados de alta en su segundo día postquirúrgico, por lo tanto entran como pacientes sin complicación postquirúrgica. La mayor proporción de pacientes entran como complicación postquirúrgica Clavien-Dindo I, un total de 12 pacientes que representan el 31% de la muestra, en los cuales presentaban como complicación fiebre en postquirúrgico inmediato que requirió antipiréticos, vómitos que requirió antieméticos y manejo del dolor postoperatorio. En la categoría Clavien-Dindo II fueron 9 pacientes, 24% de total, los cuales en su mayoría fueron hernia paraostomal (4 pacientes) e infección del sitio quirúrgico que únicamente requirió uso de antibióticos (2 pacientes), las otras complicaciones fueron dermatitis del sitio periestomal y transfusión de glóbulos rojos empacados en postquirúrgico. En la clasificación Clavien-Dindo III fueron 8 pacientes, sin embargo de esta cifra, 5 pacientes fueron grado IIIa (13%) en el cual se les realizó algún procedimiento adicional que no requirió anestesia general, los procedimientos realizados fueron 2 drenajes de hematomas, 2 drenajes de abscesos y 1 dehiscencia parcial de herida operatoria que requirió anestesia local. En el grado IIIb encontramos 3 pacientes (8%), que requirieron ser intervenidos quirúrgicamente, las causas encontradas fueron: retracción de colostomía, necrosis y estenosis. Finalmente 1 paciente entro en la categoría grado IVa ya que en su postquirúrgico de 3 presento retracción de colostomía con contaminación de cavidad abdominal requirió lavado de cavidad más reconfección de colostomía, en su postquirúrgico requirió uso de aminas vasoactivas por shock séptico, antibiótico de amplio espectro y oxígeno suplementario, estuvo ingresado durante 15 días y fue dado de alta con evolución satisfactoria. No fueron encontrados en nuestro estudio pacientes con clasificación Clavien-Dindo IVb y V.

Al revisar los pacientes complicados según su relación a la clasificación de ASA, se encontró que 22 pacientes con ASA I se complicaron, 5 pacientes con ASA II y los 3 pacientes con ASA III se complicaron, al analizar la proporción de pacientes complicados ASA I y ASA II presentan similar proporción de pacientes complicados, 83% y 87% respectivamente, mientras que el 100% de los pacientes ASA III presentaron alguna clase de complicación. Es de mencionar que el paciente que se clasifico como Clavien-Dindo IVa se encontró en la categoría ASA

El previo al procedimiento quirúrgico y además se encontró en el rango de edad mayor de 60 años.

Por otro lado, la mayor parte de pacientes complicados fueron masculinos, 18 pacientes, mientras que femeninos fueron 12 pacientes.

Los grupos etarios que presentaron mayor tasa de complicación fueron los que se encuentran entre los 40-60 años de edad, para un total de 25 pacientes, 4 pacientes complicados en el rango de edad mayor de 60 y un solo paciente con complicación en el rango de 20-40 años.

GRADO DE COMPLICACION	NUMERO DE PACIENTES
Sin complicación	8
Clavien-Dindo I	12
Clavien-Dindo II	9
Clavien-Dindo IIIa	5
Clavien-Dindo IIIb	3
Clavien-Dindo IVa	1
Clavien-Dindo IVb	0
Clavien-Dindo V	0

Complicaciones según ASA

Clasificación ASA	N° de pacientes complicados
I	22
II	5
III	3

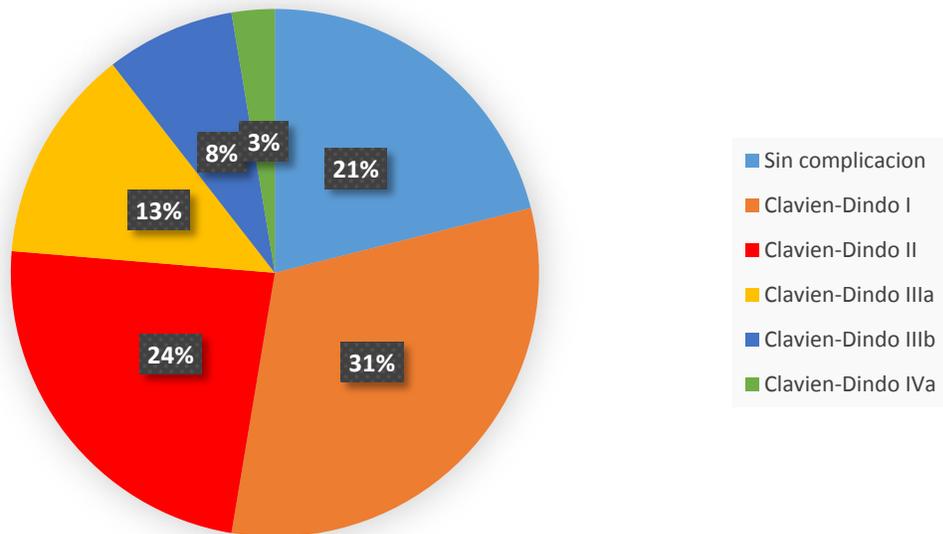
Complicación según sexo

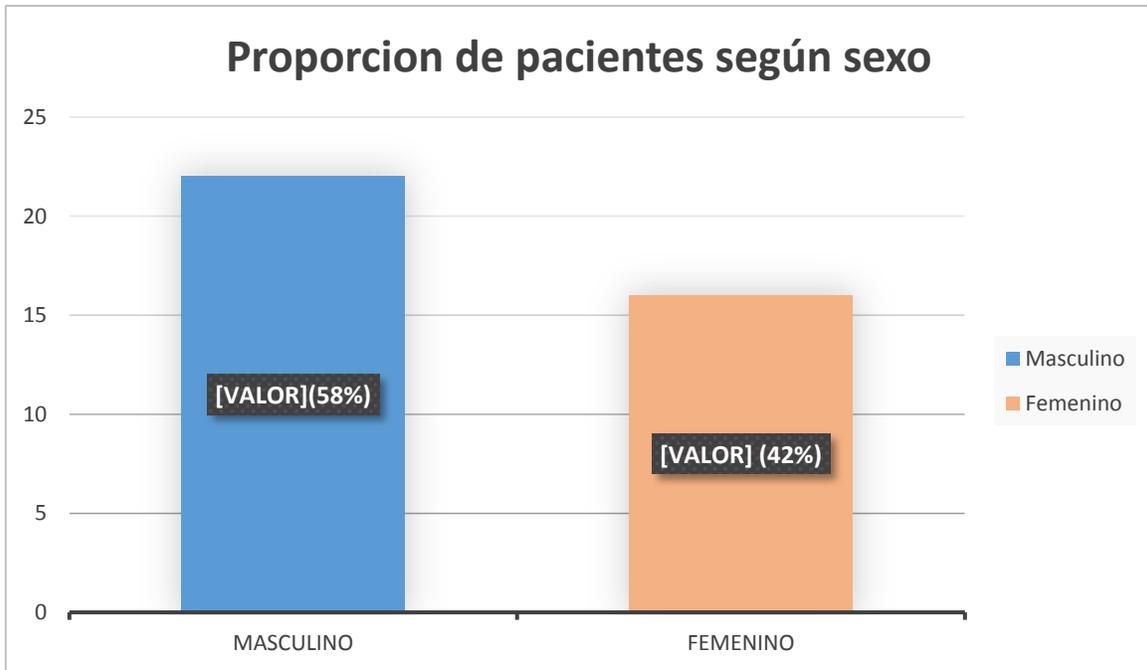
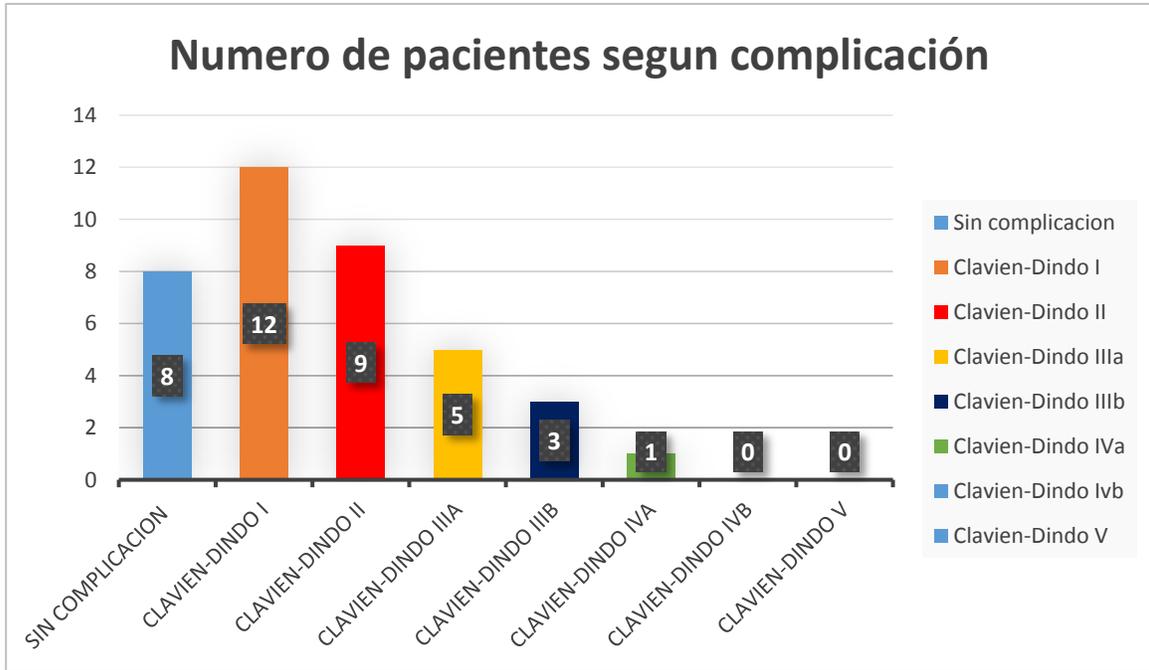
Sexo	N° de pacientes complicados
Masculino	18
Femenino	12

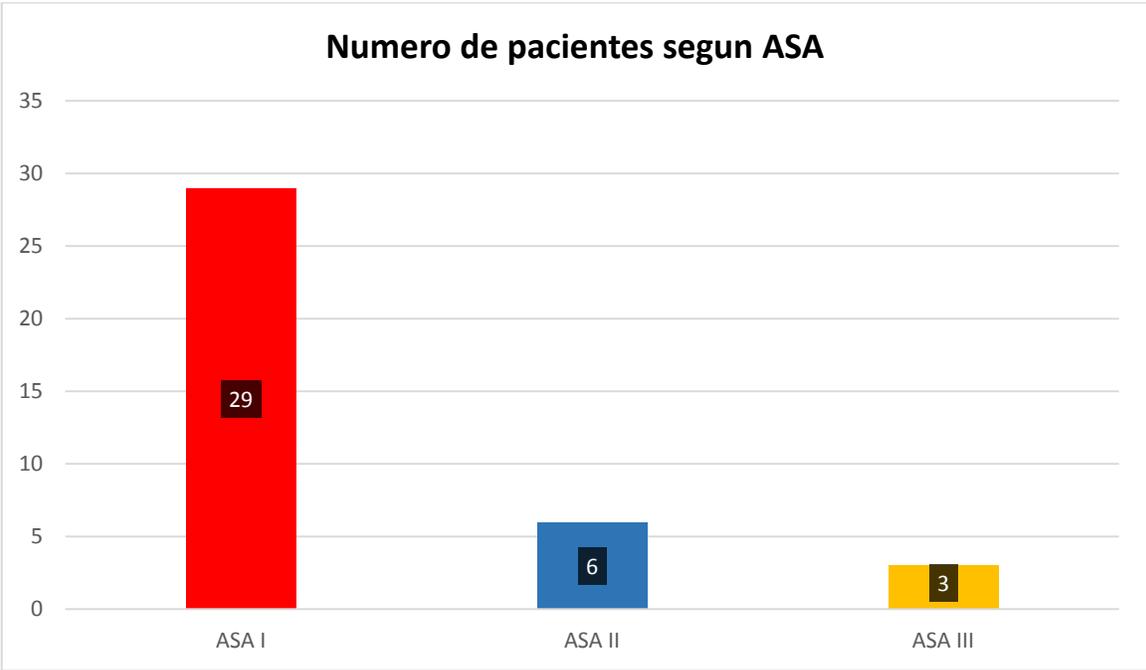
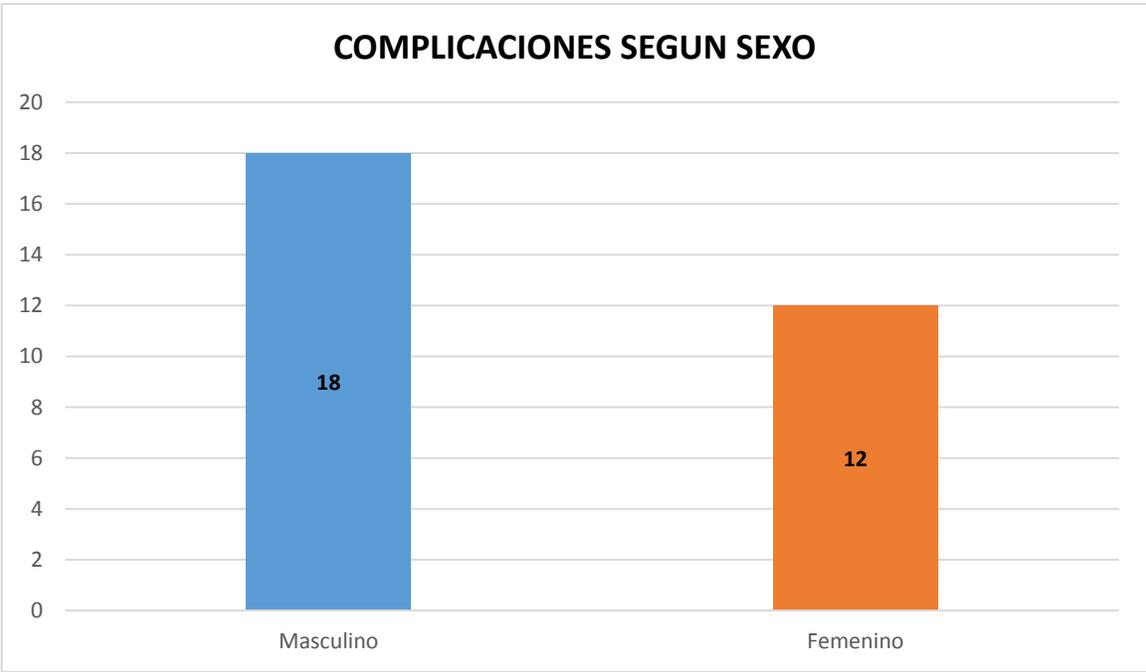
Complicación según edad

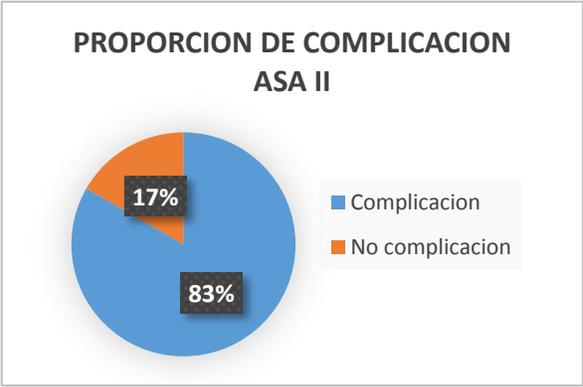
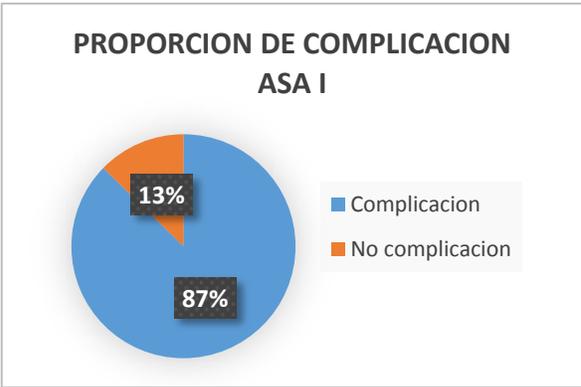
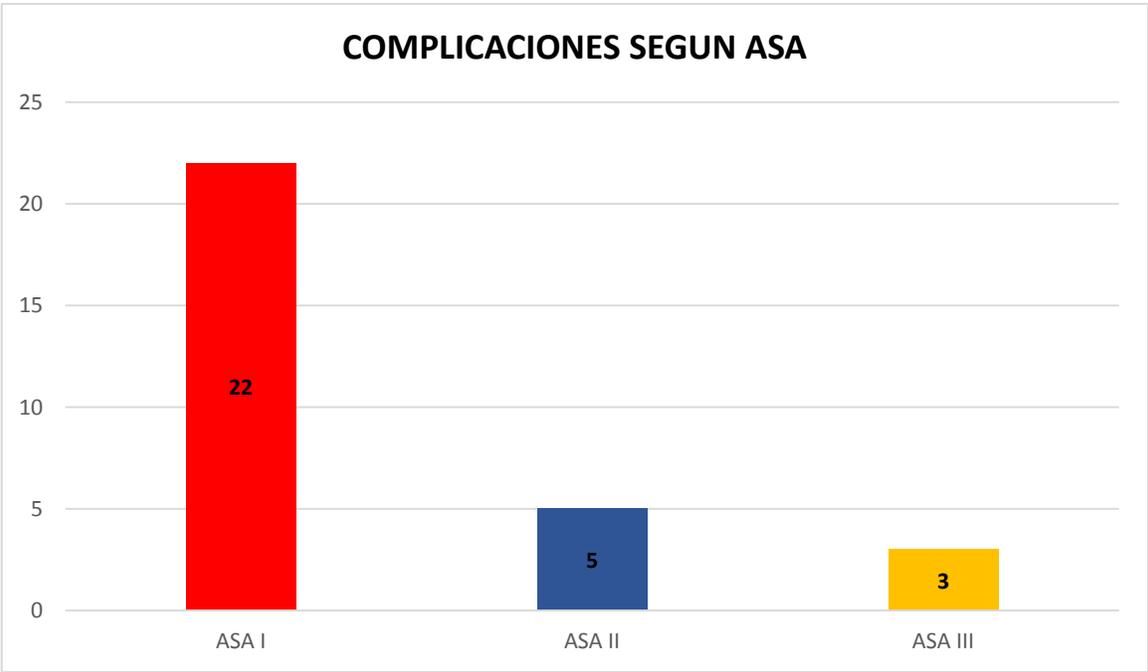
Grupo etario	N° de pacientes complicados
20-40 años	1
40-60 años	25
>60 años	4

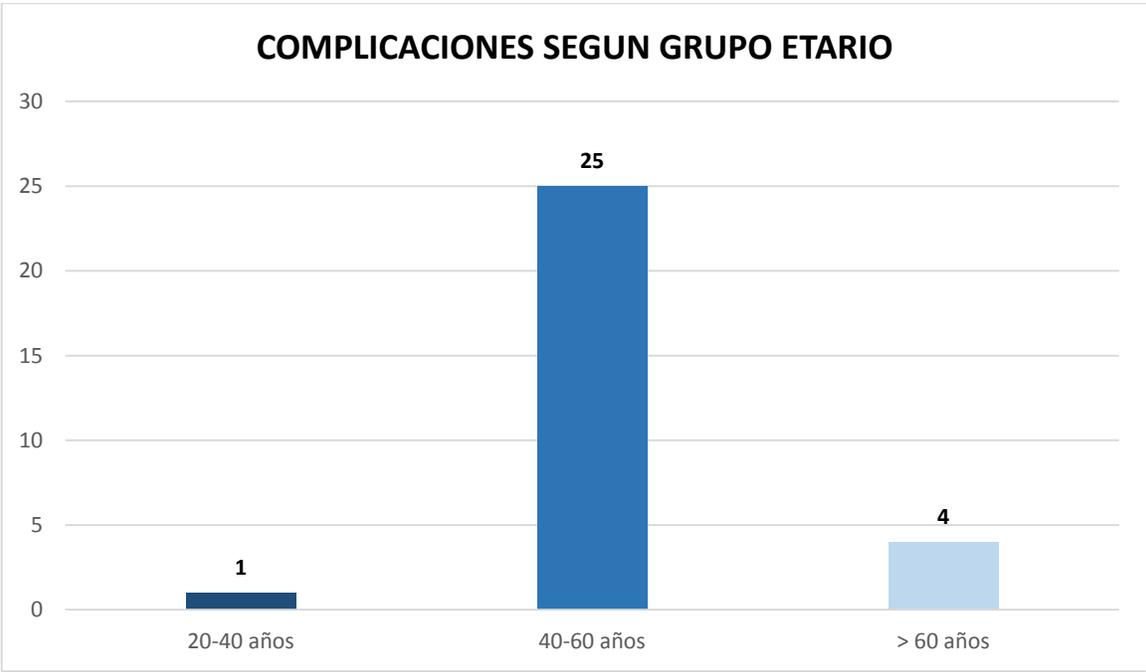
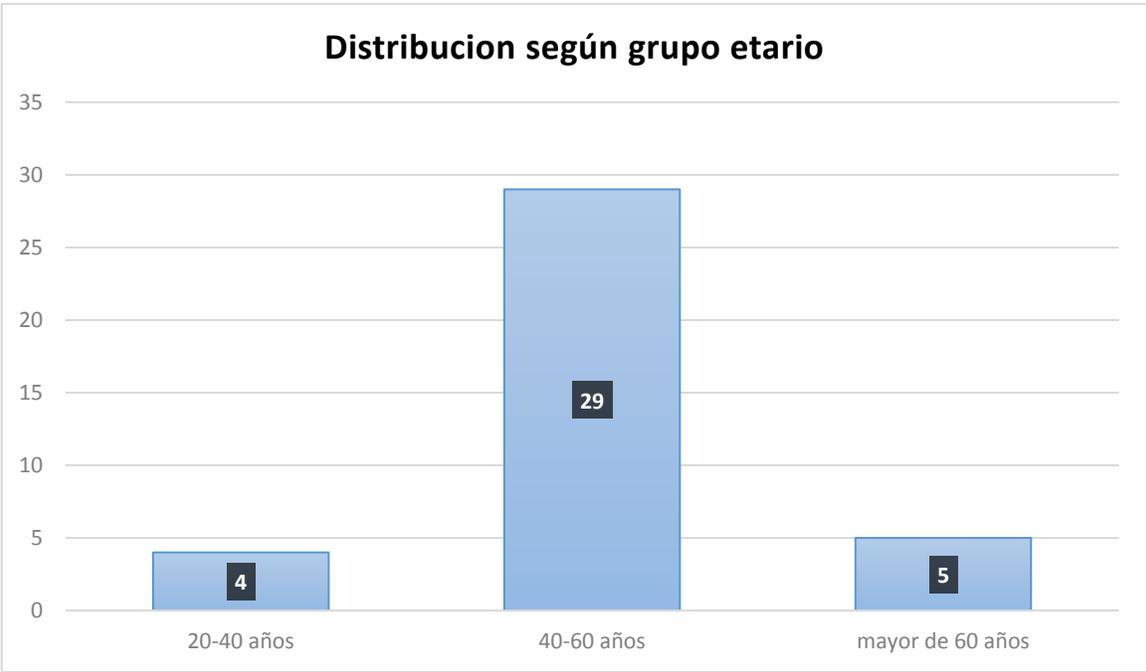
Proporción de complicaciones











CONCLUSIONES

El presente estudio es descriptivo transversal, sin embargo en base a lo estudiado hemos evidenciado lo siguiente:

1. La proporción de complicación entre los grupos de mayor edad es del 86% para el grupo etario comprendido 40-60 años y de 80% para el grupo mayor de 60 años, por tanto la probabilidad de complicación es en los grupos etarios de mayor edad.
2. La proporción de complicación en el grupo ASA I es del 87%, ASA II del 83%, ASA III 100%, sin embargo esta no está relacionada con la gravedad de complicación según la escala de Clavien-Dindo
3. El sexo del paciente no se encuentra relacionado con el riesgo de complicación, la proporción de pacientes complicados en ambos sexos es similar.
4. Se evidencio que las complicaciones de mayor gravedad según la escala de Clavien-Dindo es en aquellos pacientes cuya edad es mayor

RECOMENDACIONES

Mantener educación médica continua, para poder optimizar los recursos médicos en la realización de estas medidas de derivación fecal, mediante la adecuada realización de confección de colostomías.

El presente estudio podrá servir como punto de partida para estudiar otros aspectos de la patología colónica o para profundizar lo estudiado, por lo que consideramos que se podrán estudios de mayor escala acerca del éxito del procedimiento quirúrgico y la mejora en el manejo de este tipo de patologías en los pacientes del ISSS.

BIBLIOGRAFIA

1. Sabiston textbook of surgery. Mamouhd, Najjia N; Blejer, Josual I.S.; Aarons, Carry B.; Paulson, E. Carter; Shanmuhan, Skandan; Fray, Robert D. Colon and Rectum. Pag 1336-1339 January 1, 2017
2. Clavien, Pierre A., Barkun Jeffrey. The Clavien-Dindo classification of surgical complications five-years Experience, *Annal of Surgery* 2009; 250: 187–196.
3. Sung Hwan Kim, Sang Soo Shin, Gastrointestinal tract perforation. *Korean Journal of Radiology* 2009;10:63-70
4. Fry, Robert D.; Mahmoud, Nijja N.; *Essential surgical procedures. Colostomy closure, colon and rectum.* Pag 527-553. Elsevier 2016
5. Pittman, Joyce; Susan M. Rawl. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(5):493-503. Published by Lippincott Williams & Wilkins
6. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan A, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(1):33–37.
7. Matthiessen P, Hallböök O, Rutegard J, Simert G, Sjö Dahl R. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. *Ann Surg* 2007; 246: 207–214.
8. Ginger D. Salvadalena. The Incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 Months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40(4):400-406. Published by Lippincott Williams & Wilkins
9. Lindholm, Elisabet; Persson, Eva; Carlsson Eva. Ostomy-related complications after emergent abdominal surgery. A 2-year follow-up study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40(6):603-610. Published by Lippincott Williams & Wilkins
10. Katayama, Hiroshi; Kurokawa, Yukinori. Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan Clinical Oncology Group postoperative complications criteria. *Surgery today* 2015; P. 1 – 9