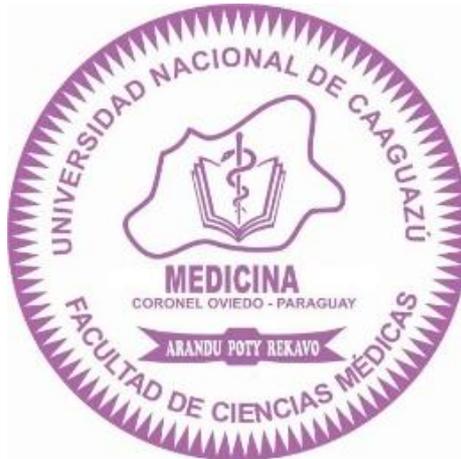


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PERFIL DE PACIENTES CON OSTOMÍA ABDOMINAL DE
EVACUACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL, AÑO 2017.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

CLAUDIA HELENA ESCOBAR REINIAK

**Coronel Oviedo - Paraguay
2018**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**PERFIL DE PACIENTES CON OSTOMÍA ABDOMINAL DE
EVACUACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL, AÑO 2017.**

CLAUDIA HELENA ESCOBAR REINIAK

TUTORA: LIC. ROSE MARIE SACHELARIDI

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la
obtención del título de grado de Médico-Cirujano**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PERFIL DE PACIENTES CON OSTOMÍA ABDOMINAL DE EVACUACIÓN DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL. AÑO 2017.

CLAUDIA HELENA ESCOBAR REINIAK

Trabajo de fin de grado presentado para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dedicatoria

A mis padres, porque son los que me apoyaron vigorosamente durante toda la carrera.

A mis hermanos por acompañarme en este sueño, que el día de hoy se hace realidad.

A mi Abuelo que, aunque ya no esté físicamente, me guardaba diariamente en sus oraciones para que Dios me conceda la fortaleza para superar los obstáculos y poder llegar a este día y me instruía en sus consejos valores de un buen profesional, pero sabiendo que desde el infinito celestial guías mis pasos.

A mis maestros, por la ardua tarea de educar compartiendo sus conocimientos, inculcando disciplina para lograr ser una gran profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimientos

A mi tutora la Lic. Rose Marie Sachelaridi por su paciencia y su acompañamiento para culminar de la mejor manera posible mi trabajo.

A la Lic. Blanca Cabañas por abrirme las puertas del Centro de Ostromizados del Hospital Central de IPS con el fin de ejecutar mi trabajo de campo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Biografía

Claudia Helena Escobar Reiniak, nacida el 20 de julio de 1994, en la ciudad de Asunción, departamento de Central, hija de Cesar Antonio Escobar Maciel y Marilene Reiniak.

Realizó sus estudios en la Escuela Fray L. de Bolaños en la ciudad de Caazapá; en Escuela Cap. Juan Alberto Roa luego en el Colegio Maristas Champagnat ambas instituciones en la ciudad de Coronel Oviedo, formando parte del cuadro de Honor en la última institución citada, culminando sus estudios en el año 2011.

Desde el año 2013 es estudiante universitaria de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú.

Fue electa Vicepresidenta de la Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina (SOCIEM) UNCA en el año 2015.

Desempeñó el cargo de Miembro del Consejo Directivo como representante estudiantil en los años 2016 y 2017; posteriormente asume el cargo de Miembro del Consejo Superior Universitario representando al estamento estudiantil durante el periodo del 2018.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Índice

Portada	ii
Hoja de aprobación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Biografía	vi
Índice	vii
Lista de Tablas	ix
Lista de Gráficos	x
Lista de Figuras	xii
Resumen	xiii
Ñemombyky	xiv
Resumo	xv
Abstract	xvi
Introducción	1
Antecedentes de la Investigación.	2
Planteamiento del Problema	4
Justificación	5
Objetivos de la investigación	6
Objetivo General:	6



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Objetivos Específicos:	6
Marco Teórico	7
Definición	7
Epidemiología	8
Etiologías	8
Clasificación	9
Ileostomía	11
Colostomías	17
Marco Metodológico	25
Resultados	30
Discusión	45
Conclusión	47
Recomendaciones	48
Bibliografía	49
Anexo	1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Tablas

Tabla 1: Distribución de los pacientes con ostomía según la Región Sanitaria de procedencia. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	30
Tabla N°2: Distribución de los pacientes con ostomía según la localización anatómica abdominal. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	40
Tabla N°3: Distribución de los pacientes con ostomía según las complicaciones. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	44



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Gráficos

Gráfico N°1: Distribución de los pacientes con ostomía según el rango etario. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	31
Gráfico N°2: Distribución de los pacientes con ostomía según el sexo. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	32
Gráfico N°3: Distribución de los pacientes con ostomía según el estado civil. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	33
Gráfico N°4: Distribución de los pacientes con ostomía según la ocupación laboral. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	34
Gráfico N°5: Distribución de los pacientes con ostomía según el sitio de realización de la cirugía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	35
Gráfico N°6: Distribución de los pacientes con ostomía según el motivo de consulta. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	36
Gráfico N°7: Distribución de los pacientes con ostomía según el tipo de cirugía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	37
Gráfico N°8: Distribución de los pacientes con ostomía según el diagnóstico preoperatorio. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	38
Gráfico N°9: Distribución de los pacientes con ostomía según el diagnóstico posoperatorio. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	39



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°10: Distribución de los pacientes con ostomía según el órgano abocado. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	41
Gráfico N°11: Distribución de los pacientes con ostomía según el tiempo de permanencia de la ostomía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	42
Gráfico 12: Distribución de los pacientes con ostomía según se haya restituido la ostomía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)	43



Lista de Figuras

Figura 1: Esquema confección quirúrgica de una ileostomía terminal de Brooke	13
Figura 2: Esquema confección quirúrgica de una ileostomía en asa.	13
Figura 3: Ubicaciones más frecuentes de la colostomía	17
Figura 4: Esquema confección quirúrgica de una colostomía terminal	20
Figura 5: Esquema de confección quirúrgica de una colostomía en asa.	20



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumen

Introducción: La confección de estomas intestinales han permitido el tratamiento quirúrgico de variadas patologías abdominales ya sea de forma temporal o permanente. La persona ostomizada es aquella que fue sometida a una cirugía donde el lumen de un órgano hueco fue abocado al exterior y fijado en piel. En el Paraguay el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS) es un centro quirúrgico de referencia por tal motivo estudiar el perfil de los pacientes con estomas abdominales de dicho centro aportó información de la situación actual.

Objetivo: Describir el perfil de los pacientes con ostomias abdominales de evacuación que acuden al Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, de corte transversal. Fueron incluidos la totalidad de los pacientes con ostomía abdominal de evacuación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre del 2017.

Resultados: Ingresaron al estudio 125 pacientes. La mediana de edad fue de 64 años, el rango etario más frecuente fue entre 27 a 86 años; el sexo masculino tuvo una frecuencia de 52% de los ostomizados; el 44% acudió a consultar por dolor abdominal; la neoplasia en un 52% fue el motivo que llevó a la confección de una ostomía; el órgano con mayor número de intervenciones fue el colon en un 65%. El 88,80% no tuvo complicaciones.

Conclusión: El estudio incorpora datos relevantes que demuestra el perfil actual de los pacientes que acuden al Centro de Ostomizados que posibilitará la asistencia directiva en la planificación de la asistencia especializada multiprofesional y de las políticas públicas

Palabra clave: Ostomias; neoplasia; colon.



Ñemombyky

Ñepyrumby: Hetave tembiapo ñembovo rehegua ojejapova oguahëva'erä peteĩ hu'ame hérava estoma intestinal. Ostomizada ojehero umi maymakuera hasyva ojejapovaekue hese tembiapo oñembohovape pe ilumen hygepypegua oñeguenohe okavoto ha ojejoko pe ipirerehe. Paraguai retame oime hina pe HC-IPS, peva ha'e tasy'o tuichaveva rehegua ha upevare techapyra jeroviaha umi mba'asy ojehechauhakaicha mayma hasyva rehegua estoma intestinalgui.

Jehupytyrä: Techapyra jajapota jeporavehape clínica ha epidemiológicamente umi hasyva ostomia abdominal de evacuacion oguaheva'ekue HC-IPSpe ary 2017pe.

Mba'e aporä ha mba'apokatuhaicha: ojejapota peteĩ temimbo'e jehechauhaka mombeürä, ñembyesa'i ipukuvejave opaitewe hasyvakuera ostomia abdominal de evacuaciongui pe HC-IPS jasypeteĩgui amo jasypokõi peve ary 2017 jave.

Tembiapogui oseva: Umi aty techaraichape ija 125 mba'asyanduvakuera oguerahava ijehe ostomia abdominal de evacuacion. Arajere Mbyte ichuguikuera ohupyty amo 64 ary rupi, ha oñemyasai pe 27 ary amo 86 ary peve, kuimbaékuera oy'yiveva amo 52% umi ostomizado apytepe; ha 44% umi oguaheva ojeichuka tye rasygui, pe neoplasiagui oĩ 52% pe ojejapova pe ostomia, pe tyepypegua hetaveve ojehaávaekue hina ha'e pe colon 65% pe. Opaitevogui techayrä 88,8% ndoichukai mbaévetete jehe'a.

Tempiapo paha: Techapyrakuera apytepe hatave oĩ kuimba'ekuera, ha ary jere kuera oĩ pe 27 arygui 86 ary peve, pe techakuaa ñembovo mboyvepe oñembokuaaveva oĩ pe abdomen agudo obstructivo, ha apohare oguerahavape ostomia je'apope oivevahina ha'e umi neoplasia. Pe tyepe hetaveve oñehaáva ha'e pe colon asugotyogua, hasyvakuera apytegui hetaveve ndoguahëi mbaevete jehe'ape.



Resumo

Introdução: A preparação dos estômas intestinais permitiu o tratamento cirúrgico de várias patologias abdominais temporárias ou permanentes. A pessoa ostomizada é aquela que foi submetida a cirurgia onde o lúmen de um órgão oco foi tirado ao exterior e fixado na pele. No Paraguai o Hospital Central do Instituto de Previsão Social (HC-IPS) é um centro de referência neste tipo de cirurgia, conhecer o perfil dos pacientes com estômas abdominal contribui para ter um panorama da situação atual.

Objetivo: Descrever o perfil dos pacientes com ostomia de evacuação abdominal feitas no Hospital Central do Instituto de Previsão Social durante o ano de 2017.

Materiais e método: Foi realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. Foram incluídos todos os pacientes com ostomia de evacuação abdominal do Hospital Central do Instituto de Previsão Social, de Janeiro a Dezembro de 2017.

Resultados: A mostra utilizada está composta base de 125 pacientes com ostomias de evacuação abdominal. A mediana de idade foi de 64 anos, a faixa etária mais frequente foi entre 27 e 86 anos; o sexo masculino teve uma frequência de 52% dos estomizados; 44% consultou com dor abdominal, a neoplasia em 52% foi a razão que levou a realização de uma ostomia; o órgão mais afetado foi o cólon em 65%; 88,80% não tiveram complicações.

Conclusão: O estudo incorpora dados relevantes para demonstrar o perfil atual dos pacientes que chegam ao Centro de Ostomização que possibilitarão assistência gerencial no planejamento de cuidados multidisciplinares especializados e políticas públicas

Palavras-chave: Ostomias; neoplasia; cólon.



Abstract

Introduction: The confection of intestinal stomas have permitted surgical treatment for several abdominal diseases either temporally or permanently. The ostomized person is one that was submitted to a surgery where the lumen of a hollow organ was exposed to the outside and set on the skin. The Central Hospital of the Institute Social Security (HC-IPS) is a reference hospital of the country, know the profile of the patients with abdominal stomas will provide information about the current situation

Objective: Describe the profile of patients with abdominal evacuation ostomy who come to the Central Hospital of the Social Security Institute during the year 2017

Materials and method: An observational, descriptive, cross sectional survey was take place. Were included all patients with Ostomy abdominal evacuation of the Central Hospital of the Institute of Social Security from January to December 2017

Results: The total number of patients who participated in the study was 125. The median age was 64 years, the range of age was between 27 to 86 years; males had a frequency of 52% of the ostomized; 44% went to consult for abdominal pain, neoplasia in a 52% was the reason that led to the making of an Ostomy; the organ with more interventions, was the colon with a 65% of the total. 88,80% had no complications.

Conclusion: The research incorporates relevan data that show the current profile of patients who comes to the Ostomized Center that make possible the directive assistance for the planification of the multiprofessional specialized assistance ande the public politics.

Key words: Ostomy; neoplasia; colon



Introducción

El aumento de la esperanza de vida, los procesos de industrialización y los efectos de la urbanización proporcionaron una mayor exposición a la población a innumerables enfermedades, entre las que se puede citar al cáncer, el trauma y las enfermedades crónicas degenerativas.

El avance tecnológico y la mejora de las técnicas quirúrgicas contribuyeron en gran medida al diagnóstico precoz de enfermedades en órganos huecos que requieren externalización para realizar sus funciones, mejorando la calidad de vida y el proceso de rehabilitación ⁽¹⁾.

La persona ostomizada es aquella que fue sometida a una cirugía donde el lumen de un órgano hueco fue abocado al exterior y fijado a la piel.

Las estomas más abundantes son los urinarios y los intestinales. Tanto enfermedades benignas como malignas tienen como indicación una ostomía que puede ser confeccionada de manera urgente o programada⁽²⁾.

Los pacientes con ostomía abdominal con mayor frecuencia tienen la función de eliminación de los residuos del intestino delgado o grueso dependiendo del área abocada de manera temporal o permanente.

En el Paraguay el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS) es un centro quirúrgico de referencia, por tal motivo el estudio del perfil de los pacientes con estoma abdominal de mencionado centro aportó información de la situación actual.



Antecedentes de la Investigación.

La Lic. Alyne Leal y colaboradores en su trabajo titulado “Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia salud de la familia” en el año 2015 entre los datos sociodemográficos más resaltantes se hallaron que el grupo etario promedio es de 53,8 años, en que la mayoría (55,6 %) se concentró en el rango de 20 a 59 de años; y la prevalencia según el sexo femenino 57,8%. En cuanto a las causas que motivaron la confección del ostoma, predominaron las enfermedades inflamatorias intestinales (40,0 %), se destaca también el alto porcentaje de los pacientes con ostoma temporales 66,7% ⁽³⁾.

En la investigación realizada por Sara Machado Miranda y colaboradores titulada “Caracterización Sociodemográfica y Clínica de Personas con Ostomía en Teresina” obtuvieron que la mayoría de los participantes del estudio, en un 55,1%, fueron del sexo masculino, cuyo grupo de edad predominante fue de 60 a 80 años, presentando una media de 59,3 años de edad. En cuanto a la causa básica que resultó en la construcción de la ostomía se veía que la mayoría, 71,0% fue por neoplasias, siendo 74,8% colostomías, 14% ileostomías, 9,3% urostomías, y 1,9% poseían dos tipos de estoma (colostomía y urostomía). En cuanto al tiempo de permanencia, la mayoría, 48,6% presentó estoma permanente, con ubicación de la estoma en el cuadrante inferior izquierdo en el 52,3%, 37,4% en el cuadrante inferior derecho, 2,8% en el cuadrante superior izquierdo y 7,5% en el cuadrante superior derecho. Se comprobó que 38,31% presentaron complicaciones en la estoma o en la piel periestomal, siendo 26,82% complicaciones de estoma de ellos el 90,0% corresponde al prolapso y 9,0% a hemorragias. El 73,1% ostomizados presentaron complicaciones en la piel periestomal 96,7% tuvieron eritema, y el 3,3% otras complicaciones ⁽⁴⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El trabajo realizado por Zeeshanuddin Ahmad y colaboradores titulado “Un estudio clínico de estomas intestinales: sus indicaciones y complicaciones” se encontró que la edad media fue de $50,5 \pm 29,01$ años, con un rango de 12 a 85 años. De los 100 casos: 97 casos la estoma se realizó de emergencias y solo 3 en la rutina de los cuales 76 casos fueron de ileostomía, 21 colostomías y 3 yeyunostomías ⁽⁵⁾.

Jaqueline de Paula Chaves Freitas y colaboradores realizo una investigación titulada “Caracterización de la clientela y evaluación de servicio de atención a la salud de la persona con estoma de eliminación” que arrojó los siguientes resultados, respecto al estado civil, 41,7% fueron casados, 28,1% fueron viudos y el 19,8% eran solteros. Respecto a las variables epidemiológicas, la mayoría de los pacientes mayores de 60 años (51,4%), hombres (54,2%) y color blanco (60,8%). La neoplasia rectal fue la enfermedad precursora predominante de la estoma (19,6%). Al considerar el cáncer colorrectal, incluyendo afectación del recto, colon y unión rectosigmoidea, este porcentaje alcanzó el 32,7%. Otra causa frecuente fue el megacolon causado por la enfermedad de Chagas (11,2%). La localización predominante de la estoma en el abdomen fue en el cuadrante inferior izquierdo, totalizando el 54,6% de la muestra ⁽⁶⁾.



Planteamiento del Problema

Todos los años, un porcentaje no despreciable de pacientes son sometidos a la realización de una ostomía; este procedimiento quirúrgico es un tratamiento altamente eficaz, si bien con la estoma no solo se soluciona un problema de salud, sino que, en ocasiones, como es en las Enfermedades Inflamatorias y Oncológicas Intestinales a quienes se les proporciona “una mejor calidad de vida”⁽¹⁾.

Es usual que una ostomía sea secundaria a otras patologías graves, de las cuales el cáncer es la más común. Otras enfermedades que pueden derivar en una ostomía son enfermedades congénitas, traumatismos y las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) como la Enfermedad Crohn y la Colitis Ulcerosa⁽⁴⁾.

No obstante, aunque los números no sean alarmantes resulta una problemática ya que la media de edad de los pacientes con ostomía son de 59,2 años afectando con más predominio al sexo masculino con ostomía de duración permanente y como órgano más exteriorizado el colon⁽⁴⁾.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) a través del Programa Nacional de Asistencia a Pacientes con Ostomías estima que en Paraguay desde al año 2013 hasta mayo del 2017 existen más de 1.700 pacientes viviendo con ostomía⁽⁷⁾.

Ante la inexistencia de artículos científicos publicados en el Paraguay y el escaso conocimiento del perfil de los pacientes que conviven con ostomía se formuló la siguiente pregunta ¿Cuál es el perfil de los pacientes con ostomía abdominales del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el 2017?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Justificación

Las cirugías que llevan a una ostomía son relativamente frecuentes en todas las regiones del mundo, a lo cual Paraguay no se encuentra ajeno, sin embargo, existe escasa información sobre la situación actual; no obstante se ha reportado un aumento importante en el número de casos de pacientes con ostomía desde el 2013 al 2017⁽⁷⁾.

Este estudio planteó conocer la importancia del perfil de los pacientes portadores de ostomía, dichos datos son importantes ya que se determina la causa principal que lleva a los pacientes a una ostomía y si esta puede ser detectada precozmente o incluso ser evitada, así mismo también para tener un panorama general de la clasificación de ostomía en cuanto a su duración, según el órgano utilizado para el abocamiento.

Con este estudio se esperó obtener datos relevantes y novedosos que beneficien a los pacientes, ya que se conocerá sus necesidades y que a través de futuros trabajos busquen dar seguimiento a los resultados de esta investigación.

Se remitirá un informe a las autoridades del Instituto de Previsión Social donde se detallen los resultados y conclusiones.

El trabajo tiene relevancia por ser nuevo y dará un panorama actual del perfil de los ostomizados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Objetivos de la investigación

Objetivo General:

- Describir el perfil de los pacientes con ostomía abdominal de evacuación que acuden al Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante el año 2017.

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil demográfico de los pacientes con ostomía.
- Identificar el perfil quirúrgico de las ostomías.
- Determinar la etiología más frecuentes productoras de ostomía abdominal.
- Indicar las complicaciones relacionadas a la ostomía.



Marco Teórico

Definición

“La palabra “ostomía” deriva del griego “stóma” que significa “abertura o boca”. En medicina se utiliza la palabra ostomía como sufijo que hace referencia a la intervención quirúrgica que conlleva a la abertura y exposición al exterior la luz de un órgano hueco a la piel ⁽⁸⁾.

Existen distintos tipos de ostomía según lo que se exteriorice:

- Estomas digestivos: parte del tubo digestivo se aboca al exterior.
- Traqueostomías: se aboca la tráquea al exterior.
- Urostomías: Se exterioriza la vía urinaria (uréter).⁽⁹⁾

Las estomas intestinales juegan un papel clave en la cirugía electiva y de emergencia. A menudo son necesarios para evitar efectos potencialmente devastadores, complicaciones o salvar la vida.

El objetivo de todo cirujano debe ser la corrección de cualquier patología evitando la realización de una estoma por los inconvenientes que éste supone para el paciente y las complicaciones que puede conllevar. Sin embargo, la estoma como gesto quirúrgico único o asociado a otra técnica tiene sus indicaciones por lo que debe ponerse especial cuidado en cada uno de los pasos desde el momento en que se estima que un paciente es candidato a ser portador de una estoma ⁽¹⁰⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Epidemiología

Se estima que alrededor de 100. 000 portadores de ostromía viven actualmente en Alemania ⁽¹¹⁾.

En Paraguay existe la Ley N.4143 donde crea el "Programa Nacional de Atención Integral al paciente ostromizado" en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad Policial y Militar y el Hospital de Clínicas que tienen como tarea llevar el registro de los pacientes ostromizados en cada institución, a fin de realizar el seguimiento correspondiente y equiparán al centro asistencial público de referencia con un número mínimo de suplementos de ostromías de acuerdo con el catastro de pacientes ostromizados de esa institución, en particular⁽¹²⁾.

Pese a esta ley y con un ente regulador del Programa en Paraguay no se dispone de un registro actualizado y fidedigno del número de pacientes ostromizados a nivel nacional. Existen datos que pueden ayudar a dimensionar la magnitud del problema, en el 2017 el Programa Nacional de Asistencia a Pacientes con Ostromías reportó un total de 1.714 casos de pacientes portadores de ostromía desde el año 2013 a mayo del 2017⁽¹²⁾.

Etiologías

Enfermedades como el cáncer de colon y recto, diverticulitis con peritonitis intensa, infartos intestinales, traumatismos graves, problemas anales complejos, etc., pueden requerir de estomas digestivos⁽¹³⁾.

En cuanto a la causa que condujo a la creación de estomas, el más prevalente fue el cáncer colorrectal en un 40,7%. La segunda causa principal de ostromía fue trauma en un 18,1%, de los cuales se debieron a disparos, por lesión en el cuchillo, por trauma abdominal cerrado. El abdomen agudo quirúrgico representó la tercera causa principal de ostromía en un 12,5%, entre ello con origen obstructivo, inflamatorios, por perforación⁽¹⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las neoplasias malignas ginecológicas representan la cuarta causa en un 9,3%, y entre ellas se destacan las etiologías como cáncer cervical y cáncer de ovario. Se observaron enfermedades congénitas en 4,6% de los casos: entre ellos la enfermedad de Hirschsprung y el ano imperforado. También hubo un 4,2% de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa); y 3,2% de megacolon de Chagasico⁽¹⁴⁾.

Todas estas patologías que a medida que van evolucionando acarrear la indicación de una ostomía son tanto congénitas como adquiridas por lo cual existen pacientes portadores de ostomía en todas las edades; siendo la mediana de edad de 55 años, y el grupo de edad con la prevalencia más alta fue eso entre 50 y 69 años (39,8%). Así mismo la ostomía no discrimina sexo afectan simultáneamente a ambos sexos destacándose una diferencia de 1% sobre el sexo masculino⁽¹⁴⁾.

Clasificación

1. Según su Ubicación: Anatómicamente, esto es, según la porción u órgano implicado.
 - Faringostomía: abocamiento de la faringe al exterior.
 - Esofagostomía: exteriorización del esófago cervical.
 - Gastrostomía: abocamiento del estómago al exterior.
 - Duodenostomía: comunicación del duodeno con el exterior.
 - Yeyunostomía: comunicación del yeyuno con el exterior.
 - Ileostomía: abocamiento del íleon al exterior.
 - Colostomía: exteriorización de cualquier tramo del colon (cecostomía, transversostomía, sigmoidostomía)⁽¹⁵⁾.

Estudios mencionan que, en relación con el segmento intestinal más utilizado para las aberturas, 193 (89,4%) fueron las colostomías en un 89,4% y 10,6% fueron ileostomías⁽¹⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. Según su Función:

- a. Estomas de nutrición: Su objetivo es la instilación de sustancias nutrientes en el tubo digestivo, para permitir la nutrición enteral del paciente. Se indican cuando estas patologías son definitivas o se prevea un tiempo de inhabilitación muy prolongado. En este grupo se incluyen las gastrostomías y las yeyunostomías⁽¹⁵⁾.
 - b. Estoma de evacuación o de derivación: La función de este tipo de estomas es derivar al exterior el contenido intraluminal de cualquier parte del tubo digestivo. Se realizan cuando la parte distal al estoma se reseca o queda inutilizable (ileostomías, colostomías) o cuando se pretende dejar una zona desfuncionalizada, sin paso de contenido intraluminal, bien como protección de una anastomosis, bien como tratamiento ante una patología o complicación (perforación, dehiscencia de anastomosis). Estas estomas pueden estar localizados en cualquier tramo del tubo digestivo, pero siempre son proximales a la zona afecta⁽¹⁶⁾.
 - c. Fístulas mucosas: Suponen la exteriorización de un tramo intestinal excluido. Estas estomas son siempre de colon. Su objetivo es mantener en contacto con el exterior un segmento colónico desfuncionalizado, habitualmente extenso, para evitar el sobrecrecimiento bacteriano en su interior y la formación de un foco de sepsis⁽¹⁶⁾.
3. Según Tiempo de Permanencia: Definitivas o Temporales, en el caso que el problema que causó la necesidad de construir la ostomía sea solucionado, y se pueda reconstruir el tránsito intestinal y son los más frecuentes en un 57% y las definitivas en un 43%⁽⁹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Ileostomía

La ileostomía es la sutura del íleon a la piel tras su exteriorización a través de la pared abdominal⁽¹⁷⁾.

La función de las ileostomías es de derivación externa del contenido de intestino delgado. No se realizan para alimentar al paciente ya que a este nivel la absorción digestiva está en su fase final⁽¹⁷⁾.

Las ileostomías constituyen una limitación funcional importante para los pacientes porque la exteriorización de este tramo digestivo conlleva el abocamiento al exterior de contenido intestinal líquido, irritativo para la piel, en gran cantidad y con la aparición frecuente de prolapsos y eventraciones facilitados por el peristaltismo intestinal⁽¹⁰⁾.

Las personas portadoras de una ileostomía suelen ser jóvenes debido a que las enfermedades que la motivan tienen su mayor incidencia en pacientes entre 20 y 40 años⁽¹⁰⁾.

Indicaciones

Las patologías que con más frecuencia requieren de la realización de una ileostomía son la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn del colon y la poliposis colónica familiar, cuando se indica la proctocolectomía total⁽¹⁵⁾.

También se realizará una ileostomía en la exclusión total del tramo intestinal distal, profiláctica para protección de una anastomosis distal o terapéutica tras infección intraabdominal⁽¹⁵⁾.

Técnica quirúrgica

Las ileostomías se ubican en la fosa ilíaca derecha. El lugar teórico ideal es lateralmente a la vaina del músculo recto anterior derecho del abdomen, a media distancia entre el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior derecha.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Decidir la localización exacta del orificio cutáneo es una tarea que debe ser realizada en el preoperatorio de cualquier intervención en la que se prevea la necesidad de una ileostomía. En las intervenciones programadas la decisión se tomará conjuntamente con el paciente, con lo que se consigue una mejor adaptación desde el punto de vista físico y la aceptación psicológica del paciente a su nueva situación. La elección se realizará explorando al paciente en decúbito y en bipedestación, lo cual es particularmente importante en pacientes obesos, y se escogerá una región del abdomen fácil de manejar para el paciente, a distancia de relieves óseos y lejos de pliegues de flexión, cicatrices y otros defectos cutáneos que interfieran en el cuidado posterior⁽¹⁰⁾.

La ileostomía puede ser definitiva o transitoria y este hecho condiciona la técnica de realización de la misma. Las ileostomías se pueden confeccionar terminales o laterales (en asa). Las terminales pueden ser continentes (con reservorio) o incontinentes. Las ileostomías laterales son todas incontinentes⁽¹⁷⁾.

La incidencia de ileostomías definitivas ha ido disminuyendo con la aceptación entre los cirujanos del reservorio ileal y de las anastomosis ileorrectales o ileoanales para la cirugía de la enfermedad inflamatoria intestinal. Este cambio en las técnicas quirúrgicas ha ocasionado un aumento de la confección de ileostomías temporales como protección de las anastomosis distales que se consideran de riesgo⁽¹⁷⁾.

Las ileostomías temporales, ocasionalmente se convierten en definitivas si aparecen complicaciones que impidan su cierre.

Las ileostomías definitivas son terminales. La técnica utilizada con más frecuencia es la ileostomía evertida descrita por Brooke. Otra opción quirúrgica es la ileostomía continente de Kock⁽¹⁵⁾.

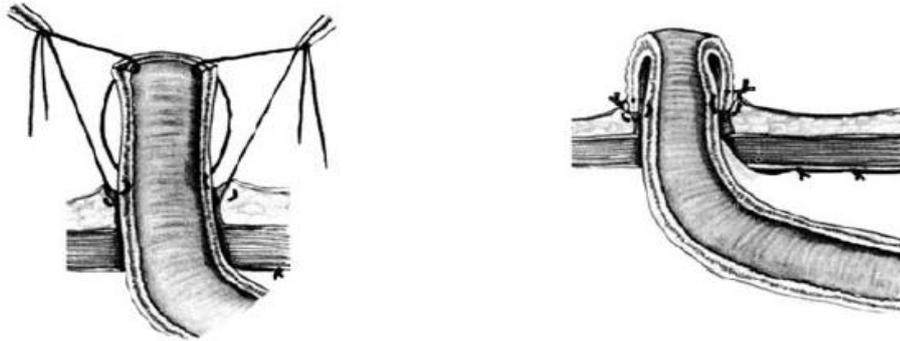


Figura 1: Esquema confección quirúrgica de una ileostomía terminal de Brooke⁽¹⁰⁾

Las ileostomías temporales pueden ser laterales o en asa⁽¹⁰⁾.

La indicación más frecuente de este tipo de ileostomía es la protección de una anastomosis digestiva distal (ileocólica, ileorrectal o ileoanal). La realización de una ileostomía en asa debe realizarse de modo que se comporte como una ileostomía terminal.

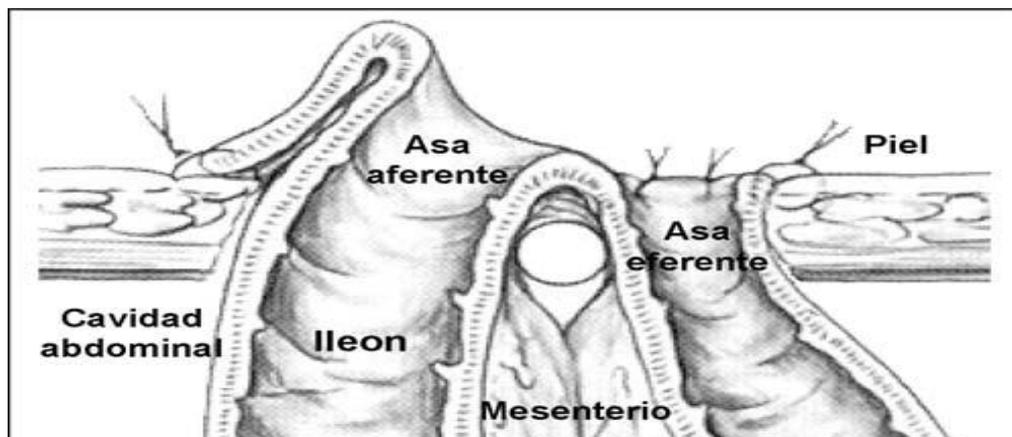


Figura 2: Esquema confección quirúrgica de una ileostomía en asa⁽¹⁰⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Complicaciones

1. Postoperatorias inmediatas

En los primeros días tras la intervención la complicación más frecuente es el edema de la ileostomía. En muchas ocasiones el edema estaba ya presente en el momento de la realización del estoma. Habitualmente el edema cede con el tiempo y no produce obstrucción a la salida del efluente⁽¹⁸⁾

La hemorragia se produce por el sangrado de algún vaso subcutáneo o submucoso por las maniobras de eversión de la mucosa. Habitualmente ceden con maniobras de hemostasia locales como la aplicación de una gasa con adrenalina, el uso de nitrato de plata o la sutura del vaso sangrante⁽¹⁸⁾

Las complicaciones debidas a la técnica de confección del estoma son poco frecuentes, salvo en la ileostomía de Kock en la que pueden aparecer dehiscencias de las anastomosis intestinales del reservorio, necrosis de la válvula, o incontinencia precoz por fracaso del funcionamiento valvular⁽¹⁵⁾.

Las dehiscencias pueden producir una peritonitis localizada o difusa y con frecuencia se deberá reseca el reservorio y realizar una ileostomía convencional⁽⁶⁾.

El tratamiento de la incontinencia por fracaso del mecanismo valvular dependerá de la severidad de los síntomas y de los deseos del paciente. Puede reintervenirse para reconstrucción de la válvula o aceptar la incontinencia del reservorio⁽¹⁸⁾.

En este grupo de pacientes son más frecuentes las complicaciones sistémicas o intraabdominales (sepsis abdominal, oclusión intestinal) debidas al tipo de patología que ha ocasionado la intervención quirúrgica en la que se ha realizado la ileostomía. Así mismo, en el postoperatorio inmediato se deberá vigilar el balance hidro-electrolítico porque el alto débito por ileostomía puede suponer una depleción considerable del volumen circulante, así como una hiponatremia⁽⁶⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. Postoperatorias tardías

La aparición de complicaciones tardías está en relación con la técnica quirúrgica y con la recidiva de la enfermedad intestinal⁽¹⁰⁾.

El prolapso es la protrusión de la mucosa a través del orificio cutáneo. Puede ser fijo o intermitente, impidiendo el cuidado correcto de la ileostomía si su longitud es considerable. Para la corrección quirúrgica del prolapso existen múltiples técnicas, como la resección del tramo intestinal sobrante, la fijación del mesenterio y del intestino a la pared abdominal o la reubicación de la ileostomía en otro punto de la pared abdominal si el orificio cutáneo es muy amplio⁽¹⁸⁾.

La dehiscencia mucocutánea se produce generalmente en pacientes intervenidos de urgencia con malas condiciones generales (sepsis, anemia, hipoproteinemia) y locales (asa intestinal edematizada) en los que falla el proceso de cicatrización⁽¹⁸⁾.

Puede ser consecuencia de infecciones periestomales. Si la dehiscencia es parcial o hay infección de la estoma, se puede esperar la cicatrización por segunda intención y si es total se debe intentar la resutura mucocutánea para evitar la retracción o la estenosis de la ileostomía⁽⁶⁾.

El hundimiento de la ileostomía es muy poco frecuente porque la mayoría se confeccionan evertidas. Se debe prevenir movilizando lo suficiente el mesenterio para que el asa no quede a tensión, traccionada desde la cavidad abdominal⁽¹⁸⁾.

Esto debe tenerse en cuenta sobre todo en los pacientes obesos⁽¹⁸⁾.

La consecuencia inmediata del hundimiento de la ileostomía es la irritación cutánea al quedar la estoma a ras de piel y contactar el contenido intestinal con la dermis.

La estenosis es el estrechamiento del orificio de la estoma. Puede ser consecuencia de alguna de las complicaciones inmediatas como necrosis, infección o retracción que producen una cicatrización por segunda intención.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Otra etiología frecuente de estenosis en las ileostomías es la recidiva de la enfermedad en el intestino delgado (enfermedad de Crohn). Si la luz de la estoma es muy estrecha puede producir síntomas de oclusión intestinal y será necesario reintervenir al paciente para reseca la estenosis distal y rehacer la ileostomía⁽¹⁰⁾.

La fístula es el drenaje de contenido intestinal a través de un trayecto de origen en el asa intestinal y abierto a piel. Su etiología más frecuente es la recidiva de la enfermedad inflamatoria intestinal en el asa ileal. Otra causa es el rechazo del material de sutura utilizado para la fijación del íleon a la pared abdominal que crea un trayecto fistuloso por el que drena el cuerpo extraño y comunica la luz intestinal con el exterior. La fistulización de una ileostomía dificulta considerablemente su manejo por la colocación de la placa adhesiva periestomal, que deberá perforarse para englobar el orificio fistuloso⁽¹⁰⁾.

Si la fístula es de bajo débito y debida a una reacción a cuerpo extraño, suele cerrar espontáneamente. Si su origen es la recidiva de la enfermedad de Crohn, con frecuencia requerirá de una intervención quirúrgica para reseca el asa de íleon afecta y rehacer la ileostomía⁽¹⁰⁾.

Los granulomas son lesiones situadas en la mucosa o cutáneas de origen inflamatorio crónico producidas por varias causas como reacción a cuerpo extraño (material de sutura), irritación persistente de la piel o traumatismos continuados con el manejo de la ileostomía⁽⁶⁾.

Únicamente los situados en la piel o en la unión cutáneo-mucosa producen molestias y pueden tratarse con curetaje y cauterización⁽⁶⁾.

Los situados en la mucosa suelen ser asintomáticos o producir sangrados autolimitados. Si la enfermedad de base es la enteritis por Crohn, deberá realizarse biopsia del granuloma para descartar la recidiva con presencia de trayecto fistuloso subyacente⁽⁶⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las úlceras cutáneas son debidas al traumatismo repetitivo por cuidado inadecuado de la estoma. Habitualmente se infectan siendo más difícil su curación. La limpieza de la úlcera junto con el uso de antisépticos locales y el aislamiento de la misma del contenido intestinal serán las bases para conseguir su cicatrización⁽⁶⁾.

La irritación cutánea periestomal es una complicación muy frecuente en las ileostomías por su alto débito y por ser el contenido intestinal corrosivo. El mejor tratamiento de esta complicación es su prevención con la utilización de dispositivos de calibre adecuado a la ileostomía, el cambio frecuente de bolsas colectoras y la higiene local⁽⁶⁾.

Colostomías

La colostomía es la exteriorización de algún segmento del colon a la pared abdominal. Con ello se consigue la evacuación del contenido fecal al exterior en las situaciones en que el tránsito normal está interrumpido o debe derivarse por existencia de patología distal⁽¹⁹⁾.

Las ubicaciones más frecuentes son el ciego (cecostomía), el colon transverso (transversostomía) y el sigma (sigmoidostomía)⁽¹⁹⁾.

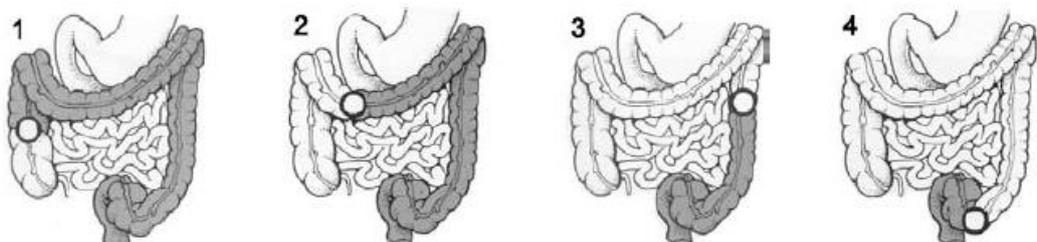


Figura 3: Ubicaciones más frecuentes de la colostomía⁽¹⁰⁾.

Las colostomías pueden ser temporales o definitivas según se reestablezca posteriormente la continuidad colónica o no⁽¹⁹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Según la técnica quirúrgica empleada, una colostomía puede confeccionarse terminal, lateral o en asa o sobre una sonda (cecostomía), independientemente de su temporalidad⁽¹⁹⁾.

Indicaciones de las colostomías

Las indicaciones generales de realizar una colostomía son:

1. Resección del recto con exéresis de la musculatura esfinteriana anal. En este caso la colostomía es definitiva porque se elimina la parte distal del tubo digestivo⁽¹⁰⁾.
2. Resección del colon sigmoide y/o recto dejando intacta la musculatura esfinteriana pero sin indicación de anastomosis primaria por las condiciones locales intraabdominales (infección). En estos casos la colostomía es temporal si una vez cedido el cuadro clínico agudo la patología y las condiciones generales del paciente permiten el restablecimiento de la continuidad colónica. En caso contrario, será definitiva⁽¹⁰⁾.
3. Derivación de las heces al exterior para salvar un obstáculo distal irresecable (tumoración infiltrativa). Estas colostomías son definitivas⁽¹⁰⁾.
4. Derivación de las heces al exterior como parte del tratamiento de patología situada distalmente a la colostomía en la que se requiere desfuncionalizar el tramo afecto (traumatismos rectales) o como medida preventiva de complicaciones tras intervenciones quirúrgicas con anastomosis distal coloanal⁽¹⁰⁾.

Habitualmente estas colostomías son temporales, dependiendo de la evolución de la patología que las ocasionó⁽¹⁰⁾.

5. Tras dehiscencias de anastomosis colo-cólicas o colo-rectales en las que la sepsis intraabdominal no permite la realización de una nueva anastomosis. Si el fallo se produce en una anastomosis proximal (ileo-cólica) se debe realizar una fístula mucosa exteriorizando el tramo distal colónico, que no será



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

productor de materia fecal, ya que mantener cerrado un segmento colónico largo puede ocasionar sobrecrecimiento bacteriano y sepsis. La temporalidad de estas colostomías viene determinada, sobre todo, por la recuperación de las condiciones generales del paciente⁽¹⁰⁾.

Las patologías en que con más frecuencia se indica la realización de una colostomía son:

- Neoplasia de colon
- Neoplasia de recto
- Neoplasia de ano
- Enfermedad diverticular
- Vólvulo de colon
- Poliposis colónica familiar
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Incontinencia anal
- Traumatismo anorrectal
- Fístula recto-vaginal
- Sepsis pelviana⁽¹¹⁾

Técnica quirúrgica

Hay varios tipos de colostomía, con técnicas quirúrgicas diferentes.

1. Colostomía terminal

Suele situarse en la fosa ilíaca izquierda, exteriorizando el sigma o el colon descendente. Puede ser temporal o definitiva, según el tipo de patología por el que se indicó⁽¹⁵⁾.

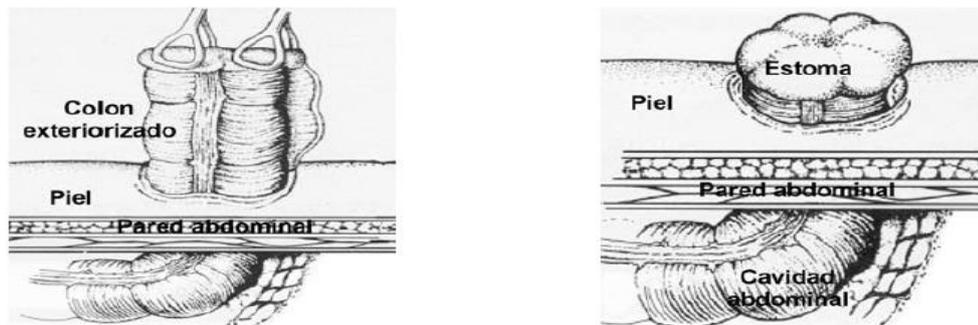


Figura 4: Esquema confección quirúrgica de una colostomía terminal⁽¹⁰⁾

2. Colostomía en asa:

Es la exteriorización del colon por una incisión en el borde antimesentérico, manteniendo la continuidad del colon en el interior de la cavidad abdominal. Se realiza habitualmente en el colon izquierdo para neoplasias colorrectales irresecables o para desfuncionalizar un tramo distal. El colon transverso es también un sitio de elección para este tipo de colostomías⁽¹⁵⁾.

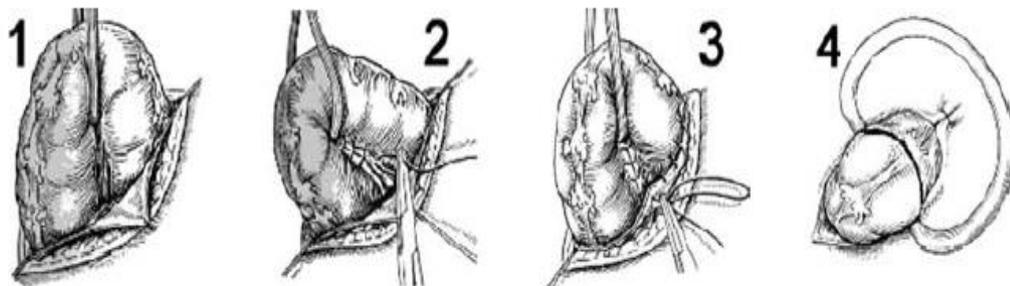


Figura 5: Esquema de confección quirúrgica de una colostomía en asa⁽¹⁰⁾ .

3. Colostomía doble:

Con esta técnica quedan exteriorizados por separado los dos cabos colónicos (proximal y distal). Ambos se fijan a la pared juntos o dejando un pequeño puente cutáneo entre ellos. El colon distal queda, así como una fístula mucosa. Si los dos cabos quedan abocados por separado, de manera totalmente independiente, recibe el nombre de colostomía tipo Devine⁽¹⁵⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Si ambos cabos abocan por separado pero permanecen unidos por la cara posterior recibe el nombre de colostomía tipo Paul-Mickulicz⁽¹⁵⁾.

Con las resecciones tumorales en un solo tiempo, hoy en día las indicaciones para las colostomías dobles son escasas. La dehiscencia de anastomosis en colon proximal, cuando está indicado dejar una fístula mucosa sea la situación más frecuente para dejar una colostomía doble⁽¹⁵⁾.

4. Cecostomía

La exteriorización del ciego no se puede considerar una verdadera colostomía debido a que sólo desvía parcialmente el contenido intestinal. Se considera, por tanto, una fistulización lateral del ciego⁽¹⁵⁾.

Puede realizarse exteriorizando directamente el ciego, uniéndolo a la pared en fosa ilíaca derecha o fijando al ciego una sonda de Petzer o de Foley de grueso calibre mediante una bolsa de tabaco y extrayendo ésta a través de la pared abdominal⁽¹⁵⁾.

En la actualidad apenas hay indicaciones para la cecostomía. Su objeto es la descompresión del ciego si éste está muy distendido, con sufrimiento parietal, cuando no existe causa orgánica de obstrucción distal (ejemplo: síndrome de Ogilvie)⁽¹⁵⁾.

Complicaciones

Las complicaciones de las colostomías se clasifican en dos grupos según su momento de aparición.

1. Complicaciones Precoces

a. Edema: El edema de la mucosa de la colostomía es frecuente en los primeros días del postoperatorio, siendo fisiológico y debido al trauma quirúrgico. Desaparece tras los primeros días⁽¹¹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Como único cuidado se requiere aumentar el diámetro de las bolsas de colostomía o de las placas adhesivas para que no se produzcan lesiones mucosas por irritación traumática.

b. Infección. La infección periestomal suele ser más frecuente tras intervenciones de urgencia en las que las condiciones generales del paciente suelen ser peores. El grado de infección es variable. La pequeña flemonización cutánea responde a los cuidados locales y al tratamiento antibiótico sistémico⁽¹¹⁾.

El absceso periestomal con dehiscencia mucocutánea requiere curas locales.

c. Hemorragia. Se produce en las primeras horas tras el término de la intervención⁽¹¹⁾.

Se debe de considerar la lesión de algún vaso submucoso o del tejido celular subcutáneo. Suelen ser hemorragias autolimitadas que ceden espontáneamente, con compresión o con la sutura del vaso sangrante⁽¹¹⁾.

d. Necrosis. La necrosis del cabo colónico se produce por la insuficiente vascularización del mismo por esqueletización excesiva del cabo distal, torsión del mesocolon o estrangulación excesiva del mismo al tunelizarlo en la pared abdominal⁽¹¹⁾.

Es importante conocer la extensión de la necrosis porque en el caso de que afecte también al colon intraperitoneal, se requerirá intervención quirúrgica para reseca el tramo afecto. Si la necrosis afecta sólo al tramo extraperitoneal se puede adoptar una actitud expectante⁽¹¹⁾.

e. Retracción: la colostomía puede sufrir hundimiento secundario a la necrosis o la infección. Sin embargo, la causa más frecuente de esta complicación es la liberación inadecuada del colon que produce una tracción del mismo desde el interior de la cavidad abdominal⁽⁶⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

2. Complicaciones tardías

a. Estenosis. Es la disminución del diámetro del orificio de la estoma de tal forma que impide el cumplimiento de su función evacuadora e imposibilita la realización de un tacto por el mismo. Puede ser secundaria a complicaciones del postoperatorio inmediato como necrosis, infección o retracción de la colostomía, en las que se ha producido cicatrización por segunda intención⁽¹⁰⁾.

En otros casos, la estenosis se produce por recidiva en la estoma de la enfermedad original. Otra causa de estenosis es la elección incorrecta de la ubicación de la colostomía que queda en un pliegue cutáneo.

b. Hernia. Es la protrusión intermitente o permanente de la colostomía debido a un defecto de la pared abdominal o a la laxitud muscular propia de los pacientes ancianos. Su aparición conlleva en muchos casos la dificultad para mantener la adherencia de los dispositivos a la piel o para el manejo y cuidado de la estoma por parte del paciente⁽¹⁰⁾.

c. Prolapso. Es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo⁽⁶⁾.

Entre los factores que influyen en su aparición destacan la exteriorización de un tramo colónico móvil en una gran longitud, un orificio parietal ancho, la falta de fijación del colon a los planos músculo-aponeuróticos y la hiperpresión abdominal⁽⁶⁾.

Habitualmente el prolapso mucoso es pequeño y se reduce manualmente con maniobras de taxis, sin que produzca mayores molestias al paciente.

d. Lesiones cutáneo-mucosas. En este apartado se incluyen todas las complicaciones que pueden aparecer en la mucosa colónica, la unión cutáneo-mucosa o la piel periestomal⁽⁶⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las úlceras cutáneas se producen por los cuidados inadecuados de la piel periestomal que producen traumatismos cutáneos e irritaciones. Su tratamiento requiere curas locales con antisépticos, protectores de piel y pomadas cicatrizantes.

Los granulomas son lesiones mucosas o cutáneas producidas por reacción al material de sutura o al traumatismo continuado sobre la piel. Se pueden cauterizar y se deberá evitar su infección con cuidados antisépticos locales⁽⁶⁾.

Las fístulas periestomales se detectan por la aparición de un orificio fistuloso cutáneo próximo a la estoma cuya etiología puede ser recidiva de la enfermedad causal, aunque lo más frecuente es que se trate de la cronificación de una úlcera de origen traumático irritativo por mala utilización de los dispositivos o la exteriorización del rechazo de algún punto de sutura⁽⁶⁾.

Se deberán realizar curas periódicas del orificio fistuloso permitiendo el buen drenaje del contenido intestinal a su través hasta su cierre completo. El tratamiento de su causa es fundamental⁽⁶⁾.

La irritación cutánea se debe al contacto permanente de la piel con el contenido intestinal. Se deberá tratar con medidas higiénicas y protectores de la piel⁽⁶⁾.



Marco Metodológico

Tipo y diseño general del estudio:

Se realizó un estudio Observacional, descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio:

Pacientes con ostomía que acuden al Centro de Ostomizados del servicio de Cirugía General del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Selección y tamaño de la muestra:

Para este trabajo de investigación fueron incluidos la totalidad de los pacientes con ostomía abdominales de evacuación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre del 2017, que alcanzó un total de 125 pacientes.

Unidad de análisis y observación:

Fueron utilizadas las fichas médicas o historias clínicas y fichas operatorias de los pacientes que realizan su control mensual en el centro de ostomizados del servicio de Cirugía General de enero a diciembre del 2017.

Criterios de inclusión:

Pacientes portadores de ostomía abdominal de evacuación de ambos sexos, a partir de los 18 años de edad que acudan a su control al centro de ostomizados del servicio de Cirugía General de enero a diciembre del 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		
Variable	Definición conceptual	Indicadores
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Numérica
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Urbano
		Rural
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres y mujeres.	Masculino
		Femenino
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero
		Casado
		Unión Libre
		Viudo
		Separado
Ocupación	Actividad o trabajo al que se dedica una persona.	Empleado
		Desempleado
		Jubilado
VARIABLES DE ESTUDIO		
Lugar de la realización de la cirugía	Establecimiento donde fue llevado a cabo el acto quirúrgico	Hospitales del IPS
		Sanatorio Privado
		Hospitales Públicos/MSPBS
Motivo de consulta o internación	Síntomas clínicos por el cual fue admitido al establecimiento de salud	Dolor abdominal
		Perdida roja por ano
		Detención de heces y gases
		Otros
Tipo de Cirugía	Pautas de preparación para la cirugía	Programada
		Urgencia
Diagnóstico preoperatorio	Es el resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis antes de realizar la cirugía	Abd. Ag. Inflamatorio
		Abd. Ag. Obstructivo
		Abd. Ag. Perforativo
		Otros
Diagnóstico posoperatorio	Es el resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis después de realizar la cirugía	Enf. Inflamatorias
		Neoplásica
		Trauma
		Otras



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Localización anatómica de la ostomía	Región anatómica del abdomen donde se encuentra la ostomía	Flanco Derecho
		Hipocondrio Izq
		Flanco Izquierdo
		Fosa Iliaca Derecha
		Fosa Iliaca Izquierda
Tipo de ostomía según el órgano ostomizado	órgano hueco el cual fue echo una apertura de su lumen con el exterior	Vesícula Biliar
		Íleon
		Yeyuno
		Colon
Tipo de ostomía según el tiempo de duración de la ostomia	Tiempo durante el cual el órgano estará abocado al exterior	Temporal
		Permanente
Restitución de la ostomía	Cierre del lumen del órgano abocado y su colocación a su estado original	Si
		No
Complicaciones	Dificultad añadida que surge posterior a culminación del acto quirúrgico	Sin complicaciones
		Infecciones
		Isquemia/Necrosis
		Dehiscencia mucocutanea
		Hemorragia
		Retracciones
		Alteraciones cutáneas
		Prolapso
		Hernias o eventraciones
Estenosis		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de los datos:

La técnica se basó en la observación y revisión por la autora de la información de las historias clínicas (fuente secundaria) y fichas operatorias, el traspaso de la información al instrumento de recolección de datos que consta de 2 dimensiones que son: perfil demográfico y perfil quirúrgico.

La construcción de la base de datos fue realizada por la autora en Microsoft Excel 2010©, diseñado para el efecto.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos:

La investigación buscó describir el perfil demográfico y quirúrgico de los pacientes con ostomía abdominal de evacuación del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de enero a diciembre del 2017. El mismo se constituyó gracias a la revisión de fuentes secundarias, por lo que previo a la ejecución del presente estudio se solicitó la autorización al Departamento de Estadística y Servicio de Archivo del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Los principios de confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y justicia, vigente fueron preservados en el desarrollo del estudio; por ser este mismo sin riesgo y sin intervención y además no se requirió de consentimiento informado.

Para el manejo de datos personales de los pacientes que fueron partícipes del estudio, se tuvo en cuenta que solo se tomaron los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de investigación, no se tomaran datos personales que permitan la identificación de los pacientes con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato y la información se manejó mediante códigos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Plan de análisis:

El análisis estadístico se realizó con el programa EPI-INFO 7.0.TM Las variables cualitativas se presentaron en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (rango, desviación media, rango intercuartilico) de las variables cuantitativas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resultados

El total de pacientes que acudieron al Centro de Ostomizados del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017 fue de 125.

Tabla 1: Distribución de los pacientes con ostomía según la Región Sanitaria de procedencia. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)

Región Sanitaria	Frecuencia	Porcentaje%
Concepción	1	0.80
San Pedro	5	4.00
Cordillera	4	3.20
Guairá	7	5.60
Caaguazú	2	1.60
Itapúa	2	1.60
Misiones	5	4.00
Paraguarí	6	4.80
Alto Paraná	4	3.20
Central	40	32.00
Ñeembucú	1	0.80
Presidente Hayes	3	2.40
Boquerón	3	2.40
Asunción	42	33.60
Total	125	100.00

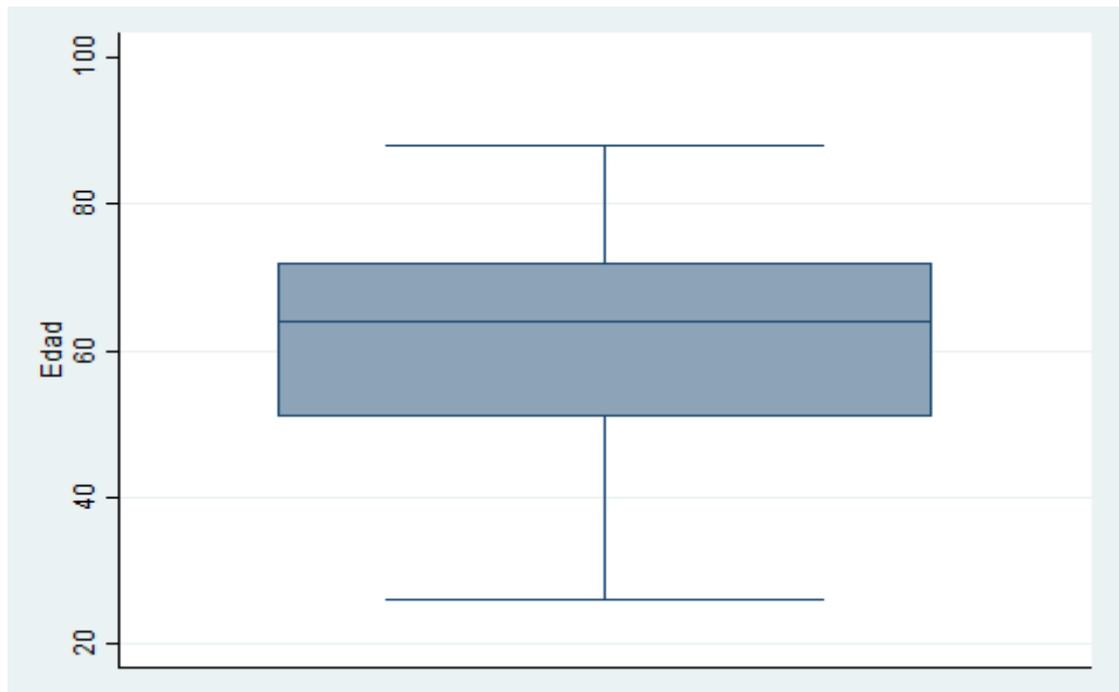
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

El 33,60% (42) de los pacientes con ostomía abdominal procedieron de la Región Sanitaria correspondiente a Asunción.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°1: Distribución de los pacientes con ostomía según el rango etario. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



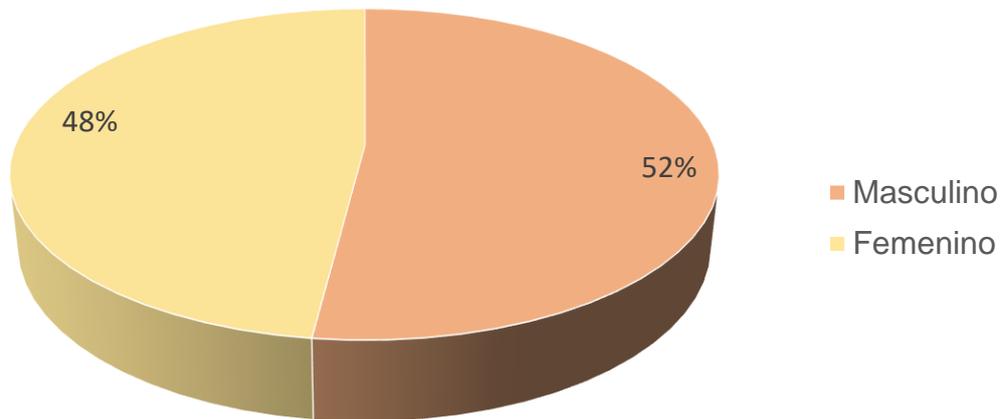
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

El rango de edad mínima fue de 27 años y la máxima de 86 años, mientras que la mediana fue de 64 años y estuvo comprendida entre 51 y 72 años de edad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°2: Distribución de los pacientes con ostomía según el sexo. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



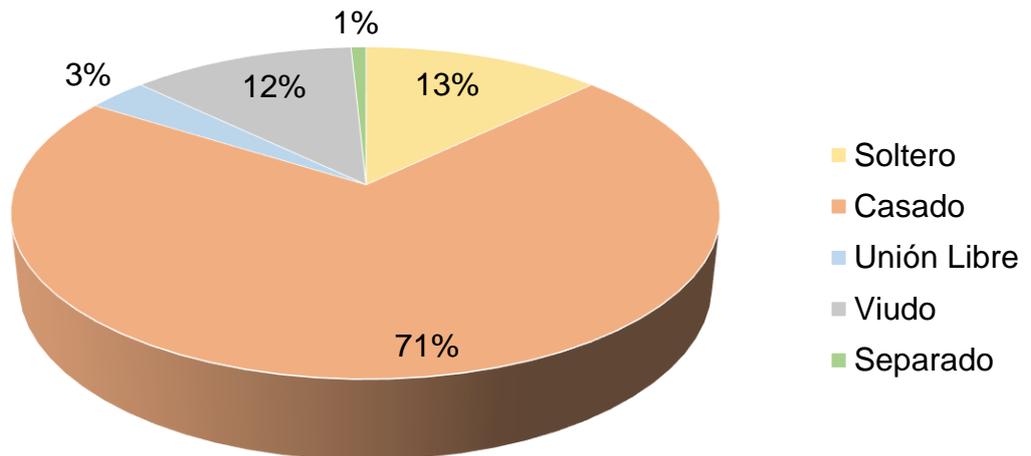
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 52% (65). corresponden al sexo masculino.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°3: Distribución de los pacientes con ostomía según el estado civil. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



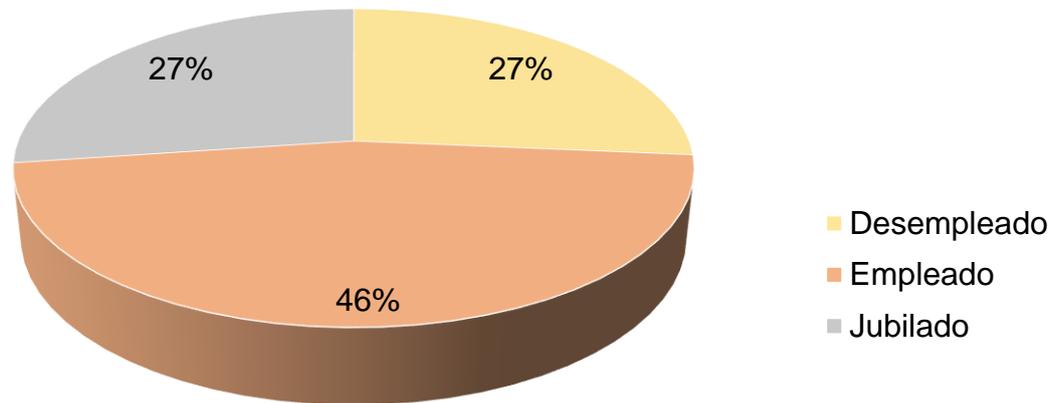
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 71% (89) están casados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°4: Distribución de los pacientes con ostomía según la ocupación laboral. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



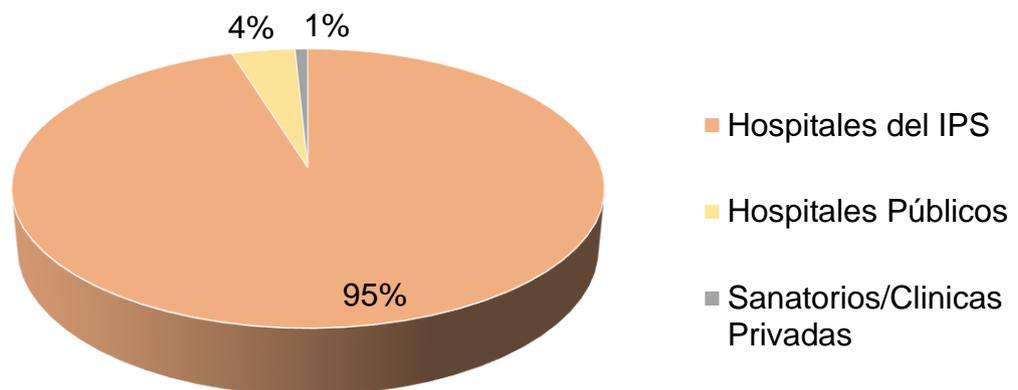
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 46% (58) tienen una ocupación laboral.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°5: Distribución de los pacientes con ostomía según el sitio de realización de la cirugía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



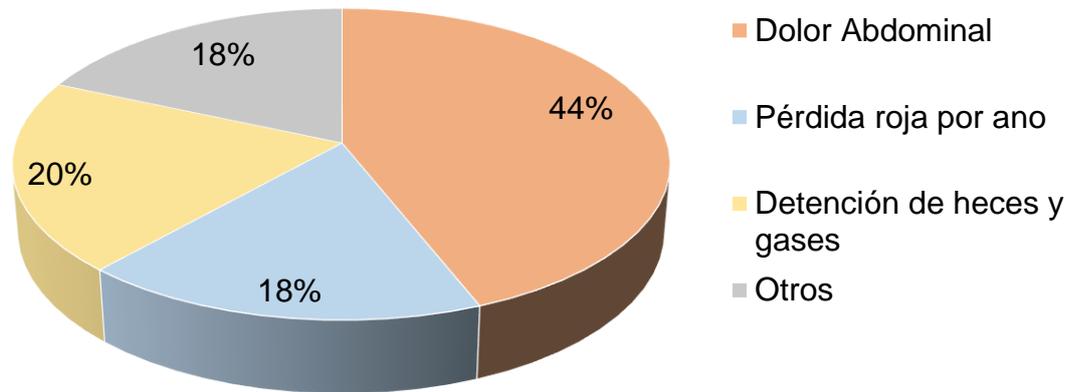
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de los pacientes con ostomía abdominal el 95% (119) acudió a uno de los Hospitales del IPS para la realización de la cirugía.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°6: Distribución de los pacientes con ostomía según el motivo de consulta. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



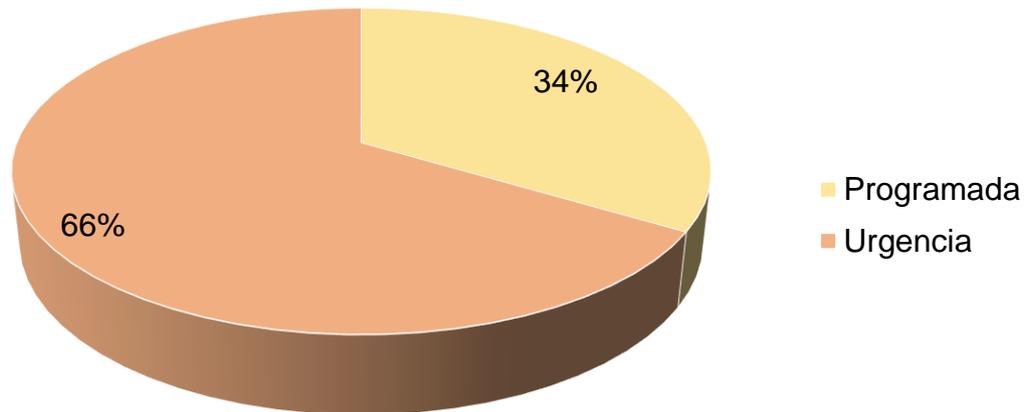
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 44% (55) consultó por dolor abdominal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°7: Distribución de los pacientes con ostomía según el tipo de cirugía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



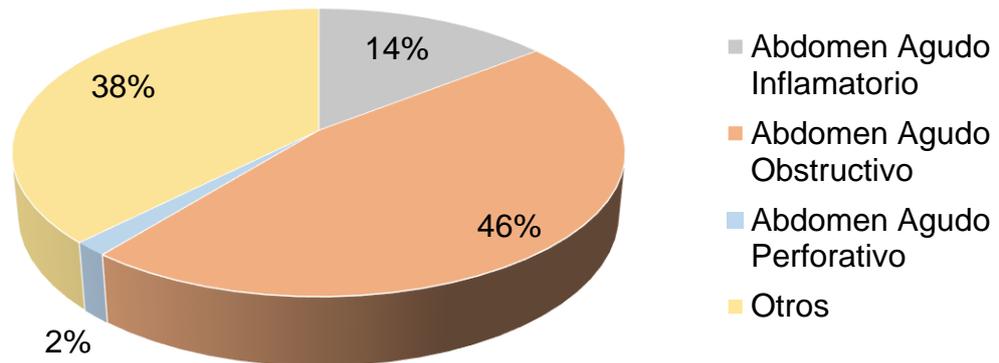
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de los pacientes con ostomía abdominal el 66% (83) fue a través de una cirugía de urgencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°8: Distribución de los pacientes con ostomía según el diagnóstico preoperatorio. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



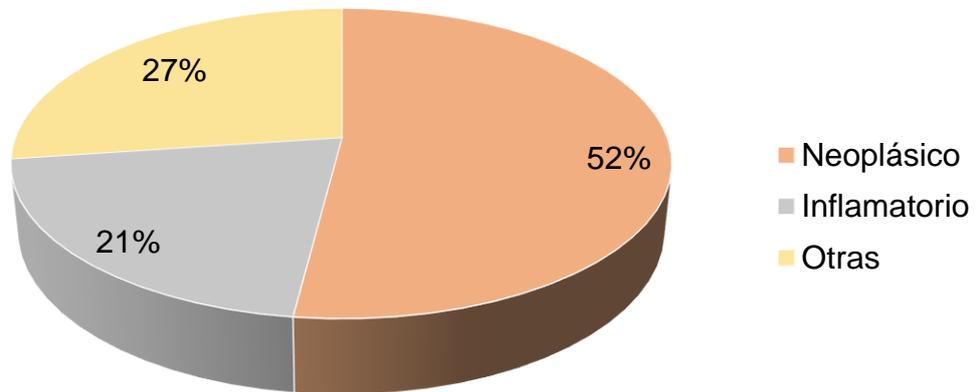
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 46% (58) tuvieron como diagnóstico preoperatorio abdomen agudo obstructivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°9: Distribución de los pacientes con ostomía según el diagnóstico posoperatorio. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de los pacientes con ostomía abdominal el 52% (65) obtuvieron como diagnóstico posoperatorio neoplasia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla N°2: Distribución de los pacientes con ostomía según la localización anatómica abdominal. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)

Localización anatómica abdominal	Frecuencia	Porcentaje
Hipocondrio Derecho	1	0.80
Hipocondrio izquierdo	3	2.40
Flanco Derecho	25	20.00
Flanco Izquierdo	69	55.20
Fosa Iliaca Derecha	12	9.60
Fosa Iliaca Izquierda	15	12.00
Total	125	100

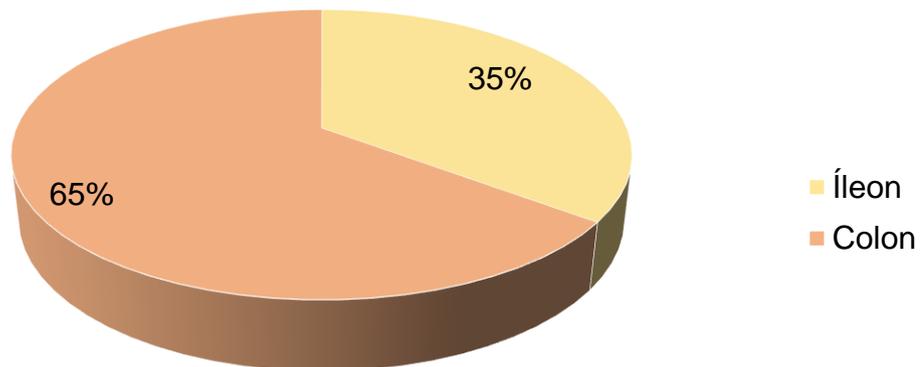
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 55,20% (69) fueron confeccionados sus ostomías en flanco izquierdo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°10: Distribución de los pacientes con ostomía según el órgano abocado. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



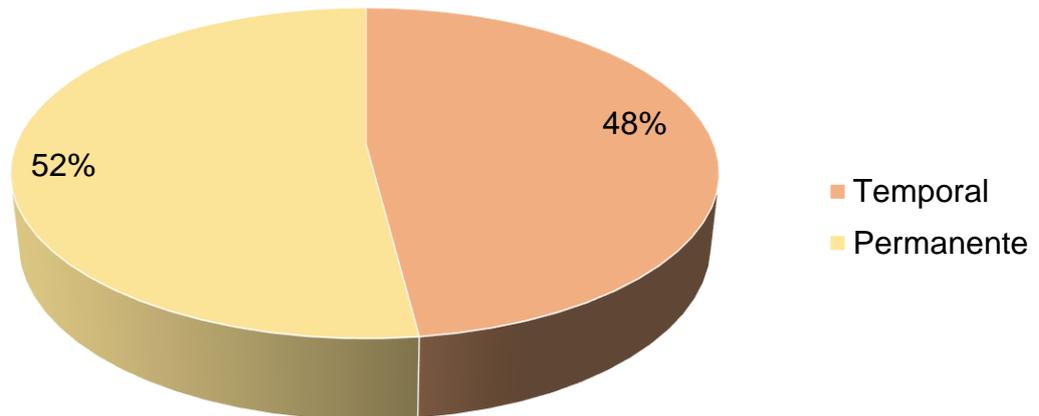
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 65% (81) el órgano abocado fue el colon.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°11: Distribución de los pacientes con ostomía según el tiempo de permanencia de la ostomía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



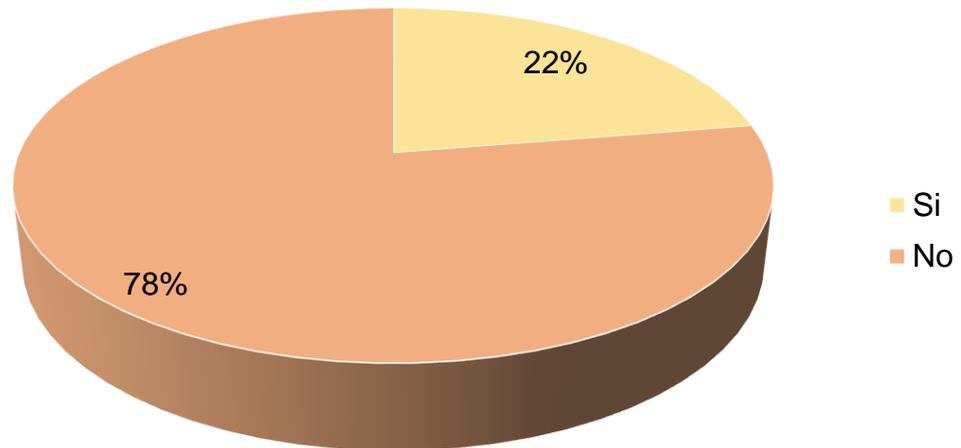
Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 52% (65) presentan ostomías de duración permanente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 12: Distribución de los pacientes con ostomía según se haya restituido la ostomía. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)



Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 78% (97) aún no se han restituido el tránsito intestinal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla N°3: Distribución de los pacientes con ostomía según las complicaciones. Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay, 2017. (n=125)

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje%
Sin Complicaciones	111	88.80
Infecciones	6	4.80
Isquemia/Necrosis	3	2.40
Hemorragia	1	0.80
Retracciones	1	0.80
Alteraciones cutáneas	1	0.80
Hernias o eventraciones	2	1.60
Total	125	100

Fuente: Centro de Ostomizados Hospital Central Instituto de Previsión Social 2017.

Del total de pacientes con ostomía abdominal el 88,80% (111) no presentaron complicaciones de la estoma.



Discusión

En relación al análisis de las variables demográficas y quirúrgicas de los ostomizados participantes de la investigación se puede ver que la media de edad de los pacientes con ostomías abdominales de eliminación fue de 61,7; esto difiere al estudio realizado por Sara Machado donde la media de edad fue menor⁽⁵⁾.

El 33,60% de la población manifestó ser procedente de la XVIII región sanitaria Asunción.

En cuanto al sexo, con un 52% predominó el sexo masculino; coincidiendo con la investigación realizada por Lic. Alyne Leal de Alencar Luz⁽⁴⁾.

Haciendo referencia al estado civil de los pacientes que participaron del estudio, el 71% son casados; coincidiendo con el estudio de Jaqueline de Paula Chaves Freitas donde prevaleció el mismo⁽⁷⁾.

Se obtuvieron datos sobre la ocupación laboral que informa que el 46% tiene una ocupación laboral discrepando con el estudio de Carmelita Naiara de Oliveira Moreira donde hubo mayor prevalencia de jubilados⁽²⁰⁾.

El 95% de los pacientes acudieron a algún hospital del Instituto de Previsión Social donde hubo lugar a su cirugía de ostomía; el 44% consultó por dolor abdominal.

Al 66% de los pacientes los llevo al confección de la ostomía una cirugía de urgencia; coincidiendo con la investigación realizada Zeeshanuddin Ahmad⁽⁶⁾.

El diagnóstico preoperatorio realizado a los pacientes refería ser por abdomen agudo obstructivo en un 46%.

Con respecto a la causa básica que llevó a la confección de la ostomía fue la neoplasia en 52%; coincidiendo con el estudio realizado por Sara Machado Miranda⁽⁵⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En cuanto a la localización anatómica abdominal de la ostomía en un 55,20% correspondió al flanco izquierdo.

En este estudio se analizó el órgano que fue abocado con más frecuencia siendo el resultado el colon en un 65%; concordando con el estudio realizado por Manoel Álvaro de Freitas Lins Neto⁽¹⁴⁾.

A lo que se refiere con el tiempo de permanencia del órgano abocado este estudio informa que el 52% de los casos presentan ostomías permanentes; discrepando estos datos con la investigación realizada por Alyne Leal de Alencar Luz que resalta mayoritariamente las estomas de duración temporal⁽⁴⁾.

En un 88,80% de los pacientes ostomizados no presentaron complicaciones de la ostomía; coincidiendo con el trabajo realizado por Juliano Teixeira Moraes⁽³⁾.

La información fue recolectada de fuente secundaria por lo que se considera como principal limitación del estudio la calidad de la información contenida en las fichas utilizada en el Centro de Ostomizados.



Conclusión

A modo de conclusión, es posible indicar que el perfil demográfico de los pacientes con ostomías abdominales, se encontró que el grupo de edad comprendía entre 27 y 86 años.

Predominó el sexo masculino y los de estado civil casados, seguido de los solteros; la mayoría tiene un empleo.

Al describir las variables del estudio casi en la totalidad los pacientes acudieron a algún hospital dependiente del IPS, seguido a los hospitales nacionales; el motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal continuado por detención de heces y gases.

El tipo de cirugía sobresaliente fue el de urgencia; en cuanto al diagnóstico preoperatorio resalta el abdomen agudo obstructivo; y sobre la causa que llevaron a la confección de las ostomías sobresalieron las neoplasias seguido de otras causas a determinar.

La mayoría de las ostomías fueron confeccionadas a nivel del flanco izquierdo seguido del flanco derecho; siendo el órgano más abocado el colon con un estado de duración permanente de la ostomía.

Casi la totalidad de los pacientes no tuvieron complicaciones la estoma, y de entre las complicaciones se destacan la infección y la isquemia/necrosis.



Recomendaciones

- Las acciones deben centrarse en la optimización de la notificación de los casos, y la recopilación de datos a nivel país para la realización de futuras investigaciones y reforzar el seguimiento de todos los casos, con miras a brindar una información completa y fidedigna en el cual basarse para la búsqueda de estrategias de salud que establezca el manejo con los pacientes ostomizados.
- Implementar un plan de capacitación continua en los Servicios de salud a médicos, enfermeros y a los propios pacientes del manejo ambulatorio de las ostomías.
- Promoción de charlas para el conocimiento de la población general sobre los ostomizados.



Bibliografía

1. Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B, Salomé GM, Carvalho MRF, et al. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. J Coloproctology Rio Jan. 2015;35(2):106-12.
2. Teixeira Moraes J, Assunção RS, Dos Santos De Sá F, Ribeiro Lessa E, Dos Santos Corrêa L. Perfil De Pessoas Estomizadas De Uma Região De Saúde Mineira. OSTOMIZED PROFILE Health Reg MINAS GERAIS STATE Braz. 2016;7(2):22-6.
3. Leal de Alencar Luz A, Luz BA, Helena M. Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia salud de la familia. Rev Cuba Enferm. 2014;30(2):0-0.
4. Machado Miranda S, Barros Araújo Luz MH, Megumi Sonobe H, Leite Rangel Andrade EM, de Carvalho Moura EC. Caracterização Sociodemográfica e Clínica de Pessoas com Estomia em Teresina. (Portuguese). Sociodemographic Clin Charact People Ostomy Teresina Engl. 2016;14(1):29.
5. Ahmad Z, Sharma A, Saxena P, Choudhary A, Ahmed M. A clinical study of intestinal stomas: its indications and complications. Int J Res Med Sci. 2017;1(4):536-40.
6. de Paula Chaves Freitas J, Lima Borges E, Cotta Bodevan E. Characterization of the clientele and evaluation of health care service of the person with elimination stoma. Rev Estima. 2018;16(1):1-10.
7. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. Más de 1.700 pacientes con ostomía reciben tratamiento sostenido [Internet]. 2017 [citado 15 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/12616/mas-de-1700-pacientes-con-ostomia-reciben-tratamiento-sostenido.html>
8. Deutsche ILCO. Stoma [Internet]. Deutsche ILCO. 2017 [citado 22 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ilco.de/stoma/>
9. Stegensek-Mejía EM, Murad-Robles Y, González-Mier MJ, López-Hernández BE, Sánchez-Ojeda E, Stegensek-Mejía EM, et al. Fecal and urinary derivations at a specialized attention center, Mexico 2016. Enferm Univ. 2017;14(4):235-42.
10. Corella Calatayud JM, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas MA, Mas Vila T, Corella Mas JM, Corella Mas L. Estomas, Manual de Enfermería. Alincate – España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA); 2005



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

11. C. Ambe P, Rebecca Kurz N, Nitschke C, F. Odeh S, Möslein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. Dtsch Ärztebl Int. 2018;115(11):182-7.
12. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación. Paraguay. Ley N° 4143 / DE ASISTENCIA AL PACIENTE OSTOMIZADO [Internet]. 2010 [citado 7 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/600/de-asistencia-al-paciente-ostomizado>
13. Centro Médico - Quirúrgico de Enfermedades Digestivas. Ostomía: causas, dieta y cuidados [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html
14. Neto de FL, Álvaro M, Fernandes de A, Omena D, Didoné EL, Neto de FL, et al. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. J Coloproctology Rio Jan. 2016;36(2):64-8.
15. Kodner IJ, Read TE, Loehner DL. Chapter 9. Intestinal Stomas. En: Zinner MJ, Ashley SW, editores. Maingot's Abdominal Operations. 12.^a ed. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2013.
16. Lenza NDFB, Sonobe HM, Zago MMF, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. Rev Eletrônica Enferm. 2013;15(3).
17. Queiroz CG, Freitas LS, de Medeiros LP, Melo MDM, de Andrade R, Costa IKF. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados / Caracterização dos ileostomizados atendidos em um serviço de referência de ostomizados / Characterization of patients with an ileostomy that are treated on a reference service for patients with an ostomy. Enferm Glob. 2017;(46):1.
18. Coca Pereira C, dez de Larrinoa Arcal IF, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. Metas Enferm. 2014;17(1):23-31.
19. Campos K de, Bot LHB, Petroianu A, Rebelo PA, Souza AAC de, Panhoca I, et al. The impact of colostomy on the patient's life. J Coloproctology Rio Jan. 2017;37(3):205-10.
20. Moreira CN de O, Marques CB, Salomé GM, Cunha DR da, Pinheiro FAM, Moreira CN de O, et al. Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma. J Coloproctology Rio Jan. 2016;36(4):208-15.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo

Universidad Nacional de Caaguazú

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

“Perfil de pacientes con ostomía abdominal de evacuación del Hospital Central del Instituto de Prevención Social. Año 2017.”

Cód.	Ítems	Categorías	Observaciones
CER 01	Nro. Encuesta		
CER 02	Nro. De Registro		
CER 03	Edad		
		1. Concepción 2. San Pedro 3. Cordillera 4. Guairá 5. Caaguazú 6. Caazapá 7. Itapúa 8. Misiones 9. Paraguari 10. Alto Paraná 11. Central 12. Ñeembucú 13. Amambay 14. Canindeyú 15. Presidente Hayes 16. Boquerón 17. Alto Paraguay	
CER 05	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	
CER 07	Estado Civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Separado	
CER 08	Ocupación	1. Desempleado 2. Empleado (Esp.) 3. Jubilado	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

CER 09	Lugar de la realización de la cirugía	1. Centros del IPS 2. Hospitales Públicos 3. Sanatorios/Clínicas Privadas	
CER10	Motivo de consulta	1. Dolor abdominal 2. Perdida roja por ano 3. Detención de heces y gases 4. Otros	
CER 11	Tipo de Cirugía	1. Programada 2. Urgencia	
CER 12	Diagnóstico preoperatorio	1. Abd. Ag. Inflamatorio 2. Abd. Ag. Obstructivo 3. Abd. Ag. Perforativo 4. Otros	
CER 13	Diagnóstico posoperatorio	1. Neoplásico 2. Inflamatorio 3. Traumático 4. Otras	
CER 14	Localización anatómica de la ostomía	1. Hipocondrio derecho 2. hipocondrio Izquierdo 3. Flanco Derecho 4. Mesogastrio 5. Flanco Izquierdo 6. FID 7. Hipogastrio 8. FII	
CER 15	Tipo de ostomía según el órgano abocado	1. Vesícula Biliar 2. Íleon 4. Yeyuno 5. Colon	
CER 16	Tipo de ostomía según la duración	1. Temporal 2. Permanente	
CER 17	Restitución de la ostomía	1. Si 2. No	
CER 19	Complicaciones	1. Sin complicaciones	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		<ol style="list-style-type: none">2. Infecciones3. Isquemia/Necrosis4. Dehiscencia mucocutanea5. Hemorragia6. Retracciones7. Alteraciones cutáneas8. Prolapso9. Hernias o eventraciones10. Estenosis	
--	--	--	--