

CARACTERÍSTICAS CLÍNICOQUIRÚRGICAS DE PACIENTES DE 75 AÑOS O MAS COLOSTOMIZADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

CLINICAL AND SURGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS FROM 75 YEARS OR OLDER
COLOSTOMIZED AT HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS

Carlos Jhonatan Lobato-Jeri^{1,a}, Magdiel José Manuel Gonzales- Menéndez^{1,2,a,b,c},
Cecilia Roxana Salinas-Salas^{1,a,d,e}.

1. Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
 2. Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- ^a Médico cirujano; ^b maestro en Medicina con Mención en Cirugía General; ^c especialista en Cirugía General; ^d magister en Medicina; ^e especialista en Geriatria.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características clínicoquirúrgicas de los pacientes de 75 o más años colostomizados en el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de enero 2013 a diciembre del 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal en el que se revisó las historias clínicas del servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014. La población de estudio estuvo constituida por 38 pacientes con edades de 75 años o más, sometidos a Colostomía según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, Los datos se ingresaron en una base de SPSS para su análisis.

RESULTADOS: La edad media fue de 81.37 años. 63.2 % de pacientes tuvo de 75 a 80 años; 21.1 %, de 81 a 90 y 15.8 %, más de 90 años. 73.7 % era de sexo femenino. 81.3 % tenía Hipertensión arterial; 18.8 %, Diabetes mellitus 2; igual que Enfermedad renal crónica. 43.8 % había sido operado previamente en Abdomen o Pelvis y 62.5 % tenía una clasificación ASA III o IV. 42.11 % de pacientes fue colostomizado por Cáncer colorrectoanal irreseccable, única causa de Obstrucción intestinal en estos pacientes; mientras que el 21.05 %, como parte de una Resección abdominoperineal. El 68.42 % de Colostomías fue definitiva y el 52.63 %, terminal. 52.63 % de pacientes presentó complicaciones postoperatorias: Shock séptico (15.79 %), Infección de sitio operatorio (10.53 %), Necrosis colostómica (5.26 %), Abscesos intraabdominales (5.26 %) y otras (15.79 %). El 52.63 % de complicados se distribuyó, según grupo etario:

26.32 %, 10.53 % y 15.79 % para los grupos de 75 – 80, 81 – 90, y más de 90 años, mientras que el 47.37 % sin complicaciones, en 36.84 %, 10.53 % y 0 %, respectivamente. Los pacientes que tenían una clasificación ASA III o IV se complicaron el doble que los que no la tenían.

CONCLUSIONES: El paciente mayor o igual de 75 años, operado de colostomía, es, en su mayoría, del grupo etario de 75 a 80 años, de sexo femenino, operado de obstrucción intestinal por Cáncer colorrectoanal irreseccable, con Colostomía definitiva, terminal, con alto riesgo de complicarse, probablemente en relación a una elevada clasificación ASA.

PALABRAS CLAVES: Colostomía, Características clinicoquirúrgicas.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the clinical and surgical characteristics of patients aged 75 and older who underwent colostomy in the department of Surgery of Colon, Rectum and Anus of “Edgardo Rebagliati Martins National Hospital” during the period January 2013 - December 2014

MATERIALS AND METHODS: observational, descriptive, transversal and retrospective study. It have collected medical records data of 38 patients who underwent colostomy at our department from January 2013 to December 2014, according to the inclusion and exclusion criteria established. Data were entered into a database for analysis used SPSS 23 (IBM).

RESULTS: The mean age was 81.37 years. 63.2% of patients had 75 to 80; 21.1%, from 81 to 90 and 15.8% over 90 years. 73.7% were female. 81.3% had high blood pressure; 18.8%, Diabetes mellitus 2; As chronic kidney disease. 43.8% had been previously operated in abdomen or pelvis and 62.5% had an ASA classification III or IV. 42.11% of patients was operated because unresectable cáncer of Colon, Rectum or Anus, sole cause of intestinal obstruction in these patients; while 21.05% as part of an AP resection. 68.42% of colostomies was definitive and 52.63% of them was terminal. 52.63% of patients had postoperative complications: septic shock (15.79%), surgical site infection (10.53%), necrosis colostomy (5.26%), intra-abdominal abscesses (5.26%) and others (15.79%). The 52.63% of complicated distributed according to age group: 26.32%, 10.53% and 15.79% for groups of 75-80, 81-90, and over 90 years, while 47.37% without complications, 36.84%, 10.53% and 0%, respectively. Patients who had an ASA classification III or IV doubled that those without had got complicated.

CONCLUSIONS: The patient aged ≥ 75 , who underwent colostomy, is mostly in the age group 75-80 years old, female, operated because intestinal obstruction

(colorrectoanal unresectable cáncer), with definitive and terminal colostomy, and has high risk for complications, probably related to high ASA classification.

KEYWORDS: Colostomy, clinical and surgical characteristics

OBJETIVO

Determinar las características clínicoquirúrgicas de los pacientes de 75 o más años colostomizados en el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de enero 2013 a diciembre del 2014.

MARCO CONCEPTUAL¹

Características Pre Quirúrgicas: Son las que tiene el paciente antes de la operación.

1. **Edad:** Número de años cumplidos hasta la fecha en que se tomaron los datos
2. **Sexo:** Condición orgánica que distingue al varón y mujer
3. **Comorbilidades:** Antecedentes y enfermedades relevantes previos a la intervención quirúrgica.
 - 3.1. **Hipertensión arterial:** Presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg (JNC 8)
 - 3.2. **Diabetes mellitus:** Hemoglobina glicosilada (HbA1C) mayor o igual a 6.5 %; o Glucosa en ayunas mayor o igual a 126 mg/dL; o glucosa mayor o igual a 200 mg/dL a las dos horas en un Test de tolerancia oral a la glucosa; o glucosa al azar mayor o igual a 200 mg/dL en un paciente con síntomas de hiperglicemia o crisis hiperglicémica (Diabetes care, 2016)
 - 3.3. **Enfermedad renal crónica:** Anormalidades en la estructura o función renal, presentes por más de 3 meses, con implicancias en la salud, representadas por marcadores de daño renal o por una tasa de filtrado glomerular menor a 60 mL/min/1.73m² (KDIGO, 2012)
 - 3.4. **ASA III o IV (ASA PHYSICAL STATUS CLASSIFICATION SYSTEM):** Enfermedad sistémica grave, incapacitante o no, como estado físico preoperatorio ².
 - 3.5. **Cirugías abdominopélvicas previas:** Antecedente de intervenciones quirúrgicas en abdomen o pelvis, por la posibilidad de producción de adherencias.

Características Quirúrgicas: En relación a la cirugía

- 1. Indicación quirúrgica:** Diagnóstico que sostiene la intervención quirúrgica
 - 1.1. Obstrucción intestinal:** Detención del tránsito intestinal por efecto mecánico
 - 1.1.1. Vólvulo de Sigmoides:** De ubicación más frecuente. Torsión del asa sobre su eje mesocólico.
 - 1.1.2. Cáncer colorrectoanal irresecable:** Neoplasia maligna de Colon, Recto o Ano que es operada sólo paliativamente derivando las heces.
 - 1.1.3. Fecaloma:** Por heces impactadas
 - 1.1.4. Bridas y adherencias:** Presente en quienes tuvieron intervenciones quirúrgicas abdominales o pélvicas.
 - 1.2. Enfermedad diverticular complicada:** Hinchey 3 o 4, para derivación de contenido intestinal y para permitir resolución de la inflamación.
 - 1.3. Fístulas colovesicales:** Comunicación colovesical
 - 1.4. Fístulas colovaginales:** Comunicación colovaginal
 - 1.5. Ostomía de protección:** En caso de resecciones anteriores ultrabajas y, en algunas ocasiones, anteriores bajas, para proteger las anastomosis por ante dehiscencias.
 - 1.6. Resección abdominoperineal (RAP):** Operación de Miles, en neoplasias malignas de recto inferior o ano, que sean resecables, con infiltración esfintérica
 - 1.7. Otras:** como hemangiomas o traumas.
- 2. TIPO DE COLOSTOMÍA:** Por la posibilidad de restituir la continuidad del colon.
 - 2.1. Temporal:** Se puede restablecer la continuidad del colon posteriormente.
 - 2.2. Definitiva:** No se podrá restablecer la continuidad, como en RAP o en neoplasias malignas irresecables.
 - 2.3. TIPO DE INTERVENCIÓN:** Por la forma del ostoma.
 - 2.3.1. Terminal:** El cabo distal es cerrado y el proximal se exterioriza.
 - 2.3.2. En asa:** El asa es abocada hacia fuera, se apertura después de la exteriorización, permite que drenen heces y moco.
 - 2.3.3. Colostomía más fístula mucosa:** colostomía con doble boca, por una se drena elimina heces y mediante la otra secreciones; ambas están divididas completamente, separadas o no por piel.

3. CARACTERÍSTICAS POSTQUIRÚRGICAS: Son las complicaciones

3.1. **Complicaciones:** Eventos adversos asociados a la cirugía desde su realización hasta el tiempo que dure su permanencia. Pueden ser tempranas o tardías (punto de corte: 30 días).

3.1.1. **Infección de sitio operatorio:** Proceso infeccioso en el lugar de intervención. Causa de fiebre después de 48 – 72 horas postcirugía

3.1.2. **Eventración paracolostómica:** Complicación tardía (la mayoría dentro de los dos primeros años). Eventración sintomática o eventración presente al examen físico, asociada al Colostoma. Favorecida por un anillo aponeurótico complaciente, debilidad tisular de la pared abdominal, obesidad y factores que aumenten la presión intraabdominal.

3.1.3. **Necrosis de Colostomía:** Complicación temprana. Necrosis superficial o profunda (úlceras) en el Colostoma, por isquemia, ocasionada por excesiva esqueletización del asa colostómica o compresión vascular.

3.1.4. **Abscesos intraabdominales:** Colección infecciosa, de estrecha relación con fuga anastomótica o contaminación quirúrgica. Causa de fiebre alrededor de 1 semana postcirugía.

3.1.5. **Prolapso de colostomía:** Complicación tardía. Medida mayor del ostoma durante el proceso de maduración. Por lo general solo de mucosa, aunque a veces compromete paredes del Colon (procidencia). Producido por orificio parietal grande, asa larga y móvil o meso largo y laxo que permite el deslizamiento colónico.

3.1.6. **Shock séptico:** Sepsis severa que no responde a fluidoterapia, generalmente de foco abdominal en estos pacientes.

3.1.7. **Estenosis del colostoma:** Complicación tardía. Se presenta por fibrosis progresiva alrededor del ostoma, más frecuentemente desde la piel.

3.1.8. **Evisceración paraostomal:** Complicación temprana. Entre el asa colostomal y la pared.

VARIABLES¹

Variables dependientes

1. Tipo de Colostomía: datos obtenidos de Historias clínicas
2. Tipo de intervención: datos obtenidos de Historias clínicas
3. Complicaciones: datos obtenidos de Historias clínicas

Variables independientes

1. Edad: datos obtenidos de Historias clínicas
2. Sexo: datos obtenidos de Historias clínicas
3. Comorbilidades: datos obtenidos de Historias clínicas
4. Indicación quirúrgica: datos obtenidos de Historias clínicas

MATERIALES Y MÉTODOS¹

Se realizó un trabajo transversal con una población de pacientes de 75 años o más, sometidos a Colostomía en el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) localizado en el distrito de Jesús María, departamento de Lima, Perú; de enero 2013 a diciembre del 2014 y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

1. Pacientes con edad igual o mayor a 75 años cumplidos, ingresados al Servicio durante el período mencionado, sometidos a intervención quirúrgica que incluyera, como base o complemento de la misma, la realización de Colostomía
2. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica que incluyese la realización de una Colostomía, en el servicio de Emergencia de Adultos durante el periodo mencionado, por médicos asistentes del Servicio de Cirugía de Colon, Recto y

Ano, y que, para el manejo postoperatorio, ingresaron al Servicio

3. Pacientes hospitalizados en el servicio y sometidos a una cirugía diferente o que no incluyera colostomía, que fueron reoperados, realizándoseles una Colostomía, por motivos inherentes a complicaciones de la cirugía primaria o de extensión de la enfermedad de base.
4. Pacientes hospitalizados en otros servicios, que durante su hospitalización fueron intervenidos, siendo sometidos a Colostomía electiva o de emergencia, a cargo de médicos asistentes del servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes colostomizados por médicos asistentes del Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano, y que, para el manejo postoperatorio, ingresaron a otros servicios de Cirugía General
2. Pacientes colostomizados por médicos asistentes de otros servicios, aunque ingresaran al Servicio luego para el manejo postoperatorio.
3. Pacientes con Historias clínicas incompletas
4. Pacientes con Historias clínicas no ubicables
5. Pacientes fallecidos en el periodo intraoperatorio

Se elaboró una ficha de recolección de la información que contiene las variables que permitirán cumplir con los objetivos planteados. La fuente de información fue de carácter indirecta, a través de revisión de expedientes clínicos que cumplan los criterios de inclusión.

A fin de garantizar los aspectos éticos en la investigación se manejaron todos los datos confidencialmente y no se consignarán los nombres de los pacientes para evitar su identificación.

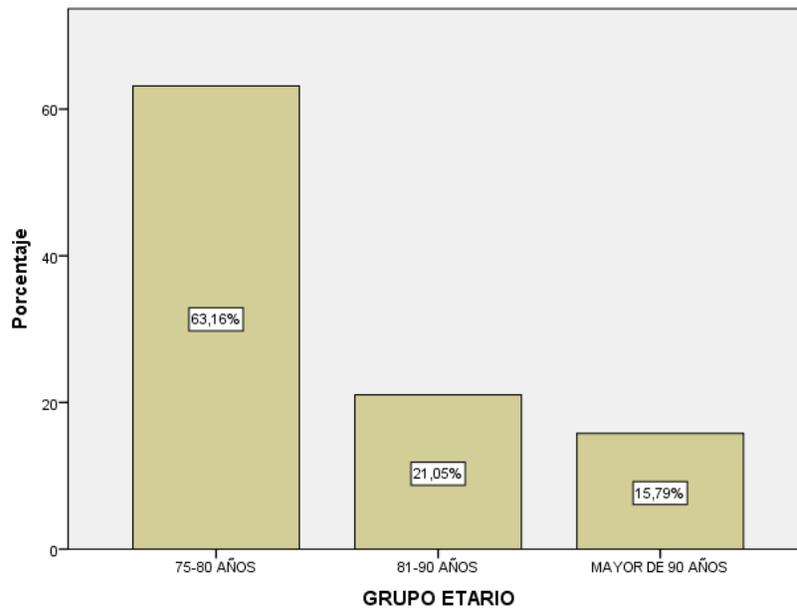
Para el procesamiento y elaboración de gráficas de resultados, tablas de doble entrada (distribución de frecuencias), medidas de tendencia central (media), y recuento en valores absolutos y porcentajes se utilizó el software SPSS 23.

RESULTADOS

Fueron sometidos a colostomía 128 pacientes, de los cuales 38 tenían 75 años de edad o más (29.7 %), que constituyó la población de estudio. La edad media fue 81.37 años.

Características pre quirúrgicas

GRÁFICA N°1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO



GRÁFICA N°2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SEXO

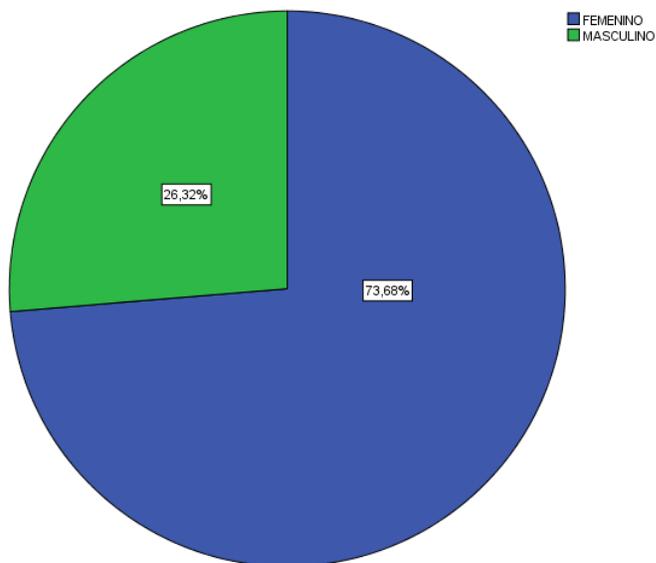
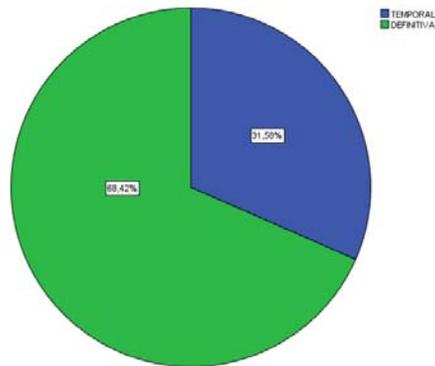


TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMORBILIDADES

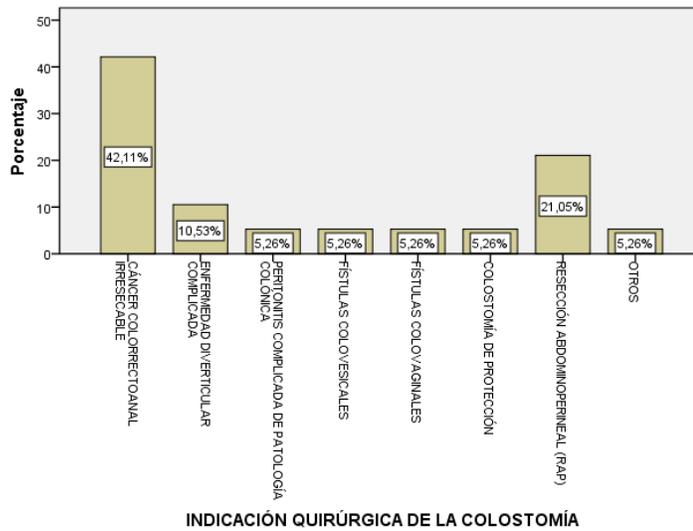
	<i>Respuestas</i>		<i>Porcentaje de casos</i>
	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>	
ANTECEDENTES ^a			
HIPERTENSION ARTERIAL	26	36,1%	81,3%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	6	8,3%	18,8%
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	6	8,3%	18,8%
CIRUGÍAS ABDOMINOPÉLVICAS PREVIAS	14	19,4%	43,8%
CLASIFICACIÓN ASA III - IV	20	27,8%	62,5%
Total	72	100,0%	225,0%

Características quirúrgicas

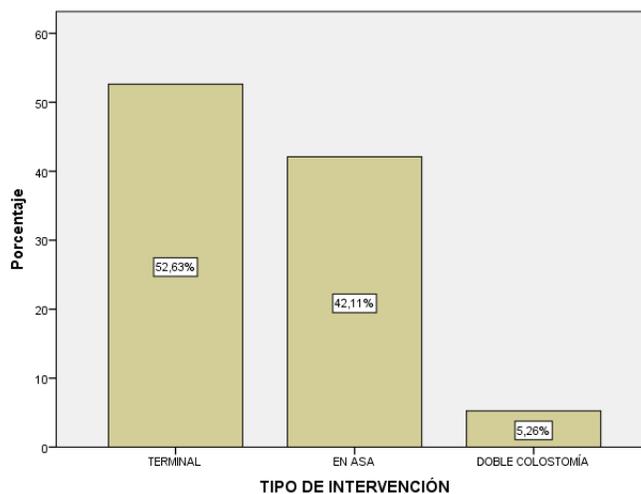
GRÁFICA N°3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN INDICACIÓN QUIRÚRGICA



GRÁFICA N°4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE COLOSTOMÍA

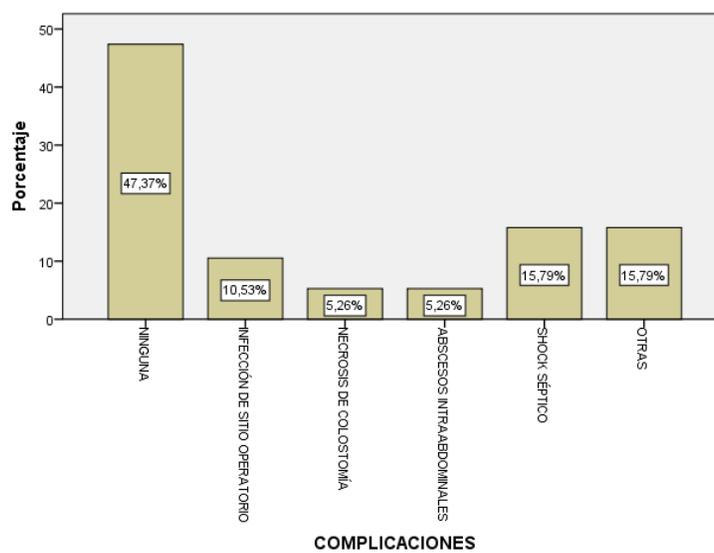


GRÁFICA N°5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN

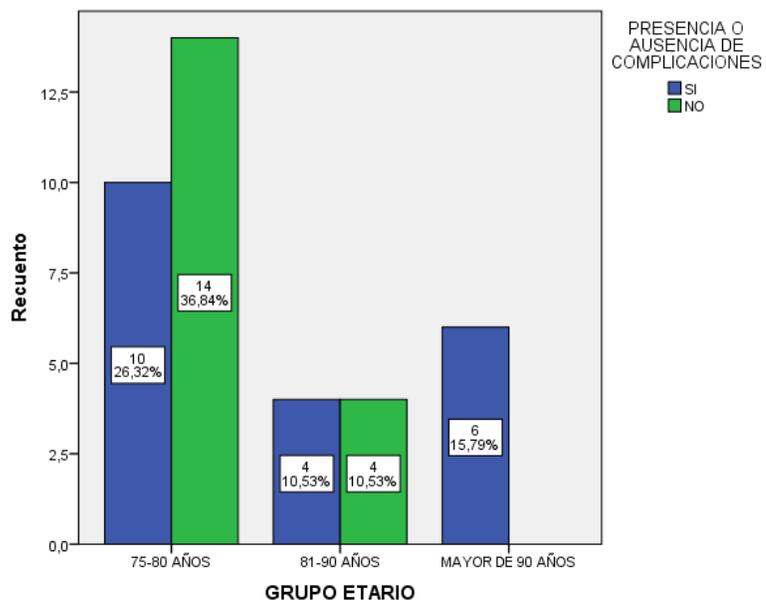


Características postquirúrgicas

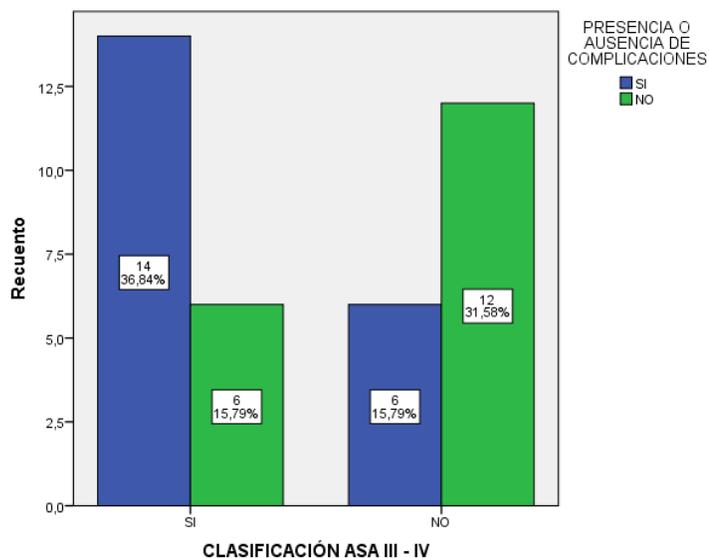
GRÁFICA N°6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN COMPLICACIONES



GRÁFICA N°7: DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA O AUSENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO



GRÁFICA N° 8: DISTRIBUCIÓN DE PRESENCIA O AUSENCIA DE COMPLICACIONES SEGÚN PRESENCIA O AUSENCIA DE CLASIFICACIÓN ASA III O IV



DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes estudiados fue de 81.37 años, distribuidos en el grupo etario de 75 a 80 años, lo que se encuentra en relación a la esperanza de vida en nuestro país que, según datos del 2014 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) es de 74.1 años².

Con respecto al sexo, se evidencia un notorio predominio femenino (73.68 %), lo que contrasta con la mayoría de estudios. Sanjinés Ticona, en Tacna (2015) o Morales y col., en Cusco, Seok In Seo (Corea del Sur, 2013) y Bouassida (Tunes, 2015) encontraron importante mayoría masculina en operados de patología colorrectal; sustentada, en lo referente a Colostomías, sobre todo, en la mayor frecuencia masculina en padecimientos como Obstrucción intestinal. Existen estudios con predominio femenino, como el de Leal de Alencar, en Brasil (2014), lo que se asocia a la incidencia creciente de Cáncer colorrectal en mujeres^{3,4,5,6,7}.

La Hipertensión aparece como la más frecuente (81.3 %) de las comorbilidades, muy por encima de otras enfermedades crónicas, mientras que 31.58 % de pacientes no padecía enfermedades crónicas. Esto difiere de lo reportado por Sanjinés Ticona y col., en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna (2015), 93.1 % sin antecedentes patológicos, siendo la Diabetes mellitus la única enfermedad presente (6.9 %); hallazgos similares a los de Morales y col., con 95.65 % de pacientes sin comorbilidades. Si bien es cierto, en el primero de ambos estudios, la población predominante fue joven (21 – 40 años, con 37.9 %), un porcentaje no muy lejano tenía de 61 a 80 años de edad (31.0 %), mientras que, en el segundo estudio señalado, la población predominante sí fue la geriátrica (61 – 70 años, 28 %); por lo que deben considerarse otros motivos para tales diferencias en la proporción comorbilidad / no comorbilidad, como el nivel de atención (por ejemplo, el Hospital Hipólito Unanue es un establecimiento de atención referencial especializada, nivel II-2, MINSA; mientras que el HNERM es de

categoría III-1, nivel IV de EsSalud), lo que deriva en mayor número de pacientes con comorbilidades^{3,4}.

El 62.5 % de pacientes estuvo concentrado en los niveles III o IV de la clasificación ASA (*American Society of Anesthesiologists*). Bouassida y col., encontraron que el 48.4 % contaba con una clasificación ASA III o IV (en mayores de 70 años) así como en el 2010 en Grecia, Kesisoglou y col. en su estudio en mayores de 70 años, encontraron que 33.3 % contaban con una clasificación ASA III o IV. Recuentos considerables, aunque menores, al del presente estudio, considerando los 5 años de margen de diferencia en las edades mínimas de aquellos estudios con el que ahora se discute. Una elevada frecuencia de pacientes con clasificación ASA II o IV podría asociarse, como las comorbilidades, al nivel de atención del establecimiento de salud^{6,8,9}.

Con respecto a la indicación quirúrgica, se observa claro predominio por parte de la Obstrucción intestinal, representada de manera absoluta por el cáncer colorrectoanal irresecable (42.11 %), seguida por el cáncer de recto inferior o Ano resecables (con la Resección abdominoperineal como planteamiento quirúrgico); de esto deriva que son las neoplasias malignas colorrectoanales las responsables de la amplia mayoría de colostomías (en total, 63.16 %), detalle que pone evidencia el carácter netamente oncológico del servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del establecimiento de salud en estudio. Morales y col., en Cusco, hallaron, también, predominio de cáncer colorrectal como indicación de colostomías (52,78 %), seguido del vólvulo de Sigmoides (27.78 %), del que no hubo casos en el presente estudio. Ambos resultados contrastan con lo reportado por Sanjinéz Ticona, en Tacna (MINSA), ya que, a pesar de predominar la patología obstructiva (44.8 %), dentro de ella, como principal motivo quirúrgico, se encontró al Vólvulo de Sigmoides (46.2 % de los cuadros obstructivos), relegando al Cáncer de Colon a secundarlo (30.8 %), seguidos de la patología inflamatoria. La razón de estas distribuciones deviene de la orientación de cada servicio quirúrgico, aunque resalta, de todos modos, la presencia de patología neoplásica maligna como indicación importante en todos los estudios. Leal de Alencar y col. en su estudio sobre Perfil de ostomizados, encontraron como principal causa patológica asociada a ostomía, al igual que en el presente estudio, a la Neoplasia maligna colorrectal (80 %), sobre todo Colon descendente – sigmoides y Recto. Siguiendo la misma línea, Pavlidis y col. (población de pacientes mayores de 65 años) y Formijne y col. (edad media en

estudio de 67 años) también hallaron mayoría de Colostomías por patología maligna (54.17 % y 46 %, respectivamente). Todo ello refuerza la idea de que la patología obstructiva, sobre todo cancerosa, se yergue a la cabeza de las indicaciones quirúrgicas colostómicas^{4,3,7,10,11}.

Teniendo en cuenta el tipo de colostomía (posibilidad de restitución posterior de la continuidad colónica), la mayoría de Colostomías fueron definitivas (68.42 %), esto se explica por la alta frecuencia de neoplasias malignas irresecables, y por la también alta frecuencia de Resecciones abdominoperineales, que incluyen en su procedimiento, la realización de Colostomía definitiva. Este resultado, si bien aparenta contrastar marcadamente con el 6.9 % de Colostomías definitivas halladas por Sanjinéz y col., no es un detalle menor tener en consideración que los dos pacientes que representan ese porcentaje (de 61 y 65 años de edad, respectivamente) tuvieron el diagnóstico de Cáncer colorrectal, lo que, tomando en cuenta el hecho de que en este estudio no solo se consideraron pacientes geriátricos, podría sostener la idea de mayoría de Colostomías definitivas en pacientes con este último diagnóstico³.

Al tomar en consideración el tipo de intervención quirúrgica (tipo de colostomía según morfología), la terminal fue la más frecuente (52.63 %), debido quizás, de manera similar al resultado previo, a la mayoría de obstrucciones intestinales por Cáncer colorrectoanal irresecable y por resección abdominoperineal. Este predominio de las colostomías terminales coincide con el hallado por Sanjinéz Ticona, con un 72.4 %, principalmente por Obstrucción neoplásica y Diverticulitis aguda sigmoidea. Dos pacientes fueron sometidos a doble colostomía, teniendo como diagnóstico Peritonitis complicada de patología colónica, por dehiscencia de anastomosis previa, por lo que ambos cabos fueron exteriorizados, para facilitar una próxima restitución de tránsito y limpieza de secreción mucosa por la fístula (cabo distal). No se encontró antecedente de doble Colostomía en la literatura³.

Un 52.63 % de pacientes presentó alguna complicación, como principal evento adverso asociado a la cirugía, se encontró al shock séptico (15.79 %, 6 pacientes, todos fallecidos por esa razón) y como principal complicación local, hallamos la Infección de sitio operatorio (10.53 %). Sanjinéz Ticona reporta sólo 16.9 % de complicaciones, la gran mayoría local (Necrosis colostomal como la más frecuente), lo que sustenta, nuevamente, las diferencias en base a nivel de

atención en los establecimiento de salud, además de tratarse, este último, de un estudio en población más joven y con menos comorbilidades, por lo que ambas variables, edad y comorbilidades (y probablemente la clasificación ASA), podrían estar asociadas con las complicaciones, por lo que conviene ahora analizar las gráficas que distribuyen complicaciones según grupos etarios y presencia o no de clasificación ASA III o IV³.

Analizando la frecuencia de complicaciones según grupo etario, es posible notar como la relación entre pacientes complicados y no complicados se va invirtiendo a medida que aumenta el grupo etario, llegando a complicarse todos los pacientes mayores de 90 años. Esto podría sugerir asociación entre la edad y la presencia de complicaciones; sin embargo, es muy importante mencionar que todos los pacientes con edades mayores a 90 años en el presente estudio, tenían una clasificación ASA III o IV y había mayor frecuencia de pacientes con dicha clasificación de estado físico a medida que se progresaba en el grupo etario. Pavlidis y col. encontraron, en su población de pacientes de 65 años o más sometidos a cirugía colorrectal, 23.8 % de complicaciones, mientras que Hermans y col. en su estudio realizado en Holanda, buscando evaluar el pronóstico de los pacientes mayores de 75 años postoperados de Cáncer de Colon, identificaron 43 % de complicaciones, aunque, al tratarse de un estudio comparativo, pudo evidenciarse que los pacientes menores de 75 años se complicaron en el mismo porcentaje, disminuyendo la relevancia del factor edad en este estudio. Kesisoglou, por su parte, halló 66.67 % de complicaciones dentro del grupo de pacientes mayores de 70 años postoperados de Cáncer colorrectal frente a un 40 % de complicaciones en menores de esa edad. La disparidad en el recuento de complicaciones en grupos etarios geriátricos, aunque sin tener mismos valores etarios mínimos y máximos, sumado a la similitud de complicaciones en geriátricos o no geriátricos intervenidos por patología Colorrectal en algunos estudios (como el de Hermans) indicaría que no es específicamente la edad, la variable asociada a las complicaciones ^{10,12,9}.

Finalmente si evaluamos la gráfica N°8 (ASA vs. Presencia de complicaciones), llama la atención que, de los 20 pacientes con complicaciones, 14 tenían una clasificación ASA III o IV, y de los 18 no complicados, 12 no tuvieron dicha clasificación ASA. Desde otro enfoque, más cronológico, de los 20 pacientes con clasificación ASA (estado físico preoperatorio) III o IV, 14 se complicaron posteriormente, mientras que, de los 18 pacientes que, antes de ser

intervenidos, no tenían tal clasificación, solo 6 se complicaron. El número de pacientes complicados y no complicados es similar, así como los recuentos de pacientes con clasificación ASA III o IV y los que no la tenían (es decir, clasificación ASA I o II), lo que permite mejor visualización y análisis del comportamiento de estas variables. Por todo ello, se podría deducir que la clasificación ASA debería tener relación con la morbilidad postoperatoria, afirmación que debe confirmarse con estudios analíticos. Estos hallazgos son reforzados por los encontrados por Kesisoglou y colaboradores, que señalan que, de los 11 pacientes con clasificación ASA III o IV, 10 padecieron de alguna complicación; mientras que, de los 33 pacientes con una clasificación ASA I o II, 14 se complicó (complicación en grupo con clasificación ASA III o IV de 90.9 %, frente a una de 42.4 % en el otro grupo). Este último estudio permite, a la vez, observar que a medida que la clasificación ASA aumenta (del I al IV), la proporción entre complicados y no complicados también lo hace. Si se añade el hecho de que los pacientes fallecidos fueron los 6 con edades mayores a 90 años, todos con clasificación ASA III o IV, podría decirse que la clasificación ASA tiene que ver con morbimortalidad⁹.

CONCLUSIONES

Primera: El grupo etario más frecuente fue el que va de 75 a 80 años de edad, con preponderancia en el sexo femenino, la Hipertensión arterial y la clasificación ASA III o IV las comorbilidades más frecuentes.

Segunda: La neoplasia maligna representó la principal indicación quirúrgica; las colostomías fueron definitivas más frecuentemente, y terminales, si tenemos en cuenta su morfología.

Tercera: Algo más del 50 % de los pacientes tuvieron alguna complicación postoperatoria. Dentro de las complicaciones sistémicas, fue el Shock séptico el principal; y la infección de sitio operatorio constituyó la principal complicación local.

Cuarta: Cuanto más aumentaba el grupo etario se verificaba que la relación entre recuento de pacientes complicados y no complicados también creció. Cabe indicar que este aumento podría estar en relación a variables como la clasificación ASA.

Quinta: En Los pacientes ASA III o IV encontramos más complicaciones que en los que se clasificaron como ASA I o II.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lobato Jerí CH. Características clinicoquirúrgicas de pacientes de 75 años o más sometidos a colostomía por el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo rebagliati Martins en el periodo 2013 -2014 [tesis para el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014.
3. Sanjinéz M. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de las colostomías realizadas en pacientes mayores de 14 años del Servicio de Cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2011. Tacna; 2015.
4. Morales A, Ezra D, Aedo J, Becerra J. Auditoría en colostomias, ileostomias y otras enterostomias. Rev Situa [Internet]. 1999 [cited 2016 Dic 11];14(7):24–31. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/1999_n14/auditoria.htm
5. Seo SI, Yu CS, Kim GS, Lee JL, Yoon YS, Kim CW, et al. Characteristics and risk factors associated with permanent stomas after sphincter-saving resection for rectal cancer. World J Surg. 2013;37(10):2490-6.
6. Bouassida M. Surgery for Colorectal Cancer in Elderly Patients: How Could We Improve Early Outcomes? J Clin Diagnostic Res [Internet]. 2015;9(5):4–9. Available from: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=5&page=PC04&issn=0973-709x&id=5973
7. Leal A, Maria E, Rangel L, Miranda SM. Perfil de pacientes estomizados : revisão integrativa da literatura Profile of ostomy patients : integrative review of the literature Perfil de los pacientes ostomizados : revisión integrativa de la literatura. 2014.
8. American Society of Anesthesiologists physical status scale Last approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2014. [citado 2016 Dic 11]. Disponible en: <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standards-guidelines/asa-physical-status-classification-system.pdf>
9. KESISOGLOU I, PLIAKOS I, SAPALIDIS K, DELIGIANNIDIS N, PAPA VRAMIDIS S. Emergency treatment of complicated colorectal cancer in

the elderly. Should the surgical procedure be influenced by the factor “age”? Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2010;19(6):820–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2354.2009.01119.x>

10. Pavlidis TE, Marakis G, Ballas K, Rafailidis S, Psarras K, Pissas D, et al. Safety of bowel resection for colorectal surgical emergency in the elderly. Colorectal Dis [Internet]. 2006;8(8):657–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16970575> 25

11. Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. Int J Colorectal Dis [Internet]. 2012;27(8):1095–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00384-012-1413-y> 4

12. Hermans E, van Schaik PM, Prins HA, Ernst MF, Dautzenberg PJJ, Bosscha K. Outcome of colonic surgery in elderly patients with colon cancer. J Oncol [Internet]. 2010;2010(January 2004):865908. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77954637075&partnerID=tZOtx3y1>

Correspondencia:

Magdiel José Manuel Gonzales Menéndez

Dirección: Av. Benavides 5440, Surco, Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma.

Teléfono: 708-0000 Anexo 6011

Correo electrónico: magdiel.gonzalesm@urp.pe