



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-117 - IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA CIERRE PRECOZ DE ESTOMA EN UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA. RESULTADOS PRELIMINARES

Blanco Terés, Lara; García Septiem, Javier; Cerdán Santacruz, Carlos; García del Álamo Hernández, Yaiza; Maqueda González, Rocío; Delgado Búrdalo, Livia; Tovar Pérez, Rodrigo; Martín Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: Basándonos en la morbilidad asociada a la confección y cierre del estoma de protección en nuestros pacientes, se realizó un protocolo multidisciplinar para seleccionar candidatos a cierre precoz (CP) del mismo. Presentamos los resultados preliminares de la implantación de dicho protocolo en una Unidad de Coloproctología.

Métodos: Estudio prospectivo, controlado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes sometidos a cierre de ileostomía lateral desde la implantación del protocolo en enero/2020 hasta febrero/2021. Se seleccionaron como controles pacientes sometidos a cierre de ileostomía lateral de forma convencional (desde enero/2014 a enero/2020). Se definió CP a aquel realizado en los 30 primeros días posoperatorios a la confección del estoma, llevándose a cabo en aquellos pacientes con una evolución posoperatoria favorable sin datos de dehiscencia ni infección; realizando previamente un control radiológico mediante enema-TC a partir del 7º día de la creación del estoma para descartar dehiscencia de anastomosis previo al cierre. Se realizó un análisis caso-control 2:1 según el Índice de Charlson (IC) entre la cohorte histórica con cierre convencional y el grupo de CP para evaluar las complicaciones propias del estoma y del cierre.

Resultados: 103 pacientes fueron intervenidos consecutivamente mediante cierre de ileostomía de protección entre enero de 2014 a febrero de 2021, de los cuales 21 pacientes lo hicieron tras la implantación del protocolo. El tiempo desde la confección del estoma al cierre del mismo se redujo tras la implantación de forma estadísticamente significativa de 7,52 meses (Co, 4,43-13,45) a 1,45 meses (CP 0,64-7,22) (p 80 años CP 45,5% vs. Co 11,4%, p = 0,016) y mayor comorbilidad (IC \geq 5 CP 36,4% vs. Co 5,4%, p = 0,001). Tras el apareamiento 2:1 entre el grupo de cierre convencional (Co = 22) y el de cierre precoz (Cp = 11) según el IC, no se observaron diferencias en la tasa de complicaciones globales propias del estoma (CP 54,5% vs. Co 63,6%) ni específicas por trastornos hidroelectrolíticos (CP 0% vs. Co 4,5%). La tasa de readmisión por el estoma se redujo sin llegar a alcanzar la significación estadística (CP 0% vs. 13,6%). Tampoco se evidenciaron diferencias en cuanto a complicaciones posoperatorias tras el cierre globales (CP 54,5% vs. Co 45,5%), complicaciones mayores definidas por la clasificación de Clavien Dindo \geq IIIA (CP 0% vs. Co 13,6%); o de infección profunda de herida quirúrgica del lugar del cierre (CP 9,1% vs. 13,6%).

Conclusiones: Según nuestros resultados preliminares, la implantación de un protocolo de CP de estoma no parece aumentar las complicaciones posoperatorias incluso aplicado en pacientes de edad avanzada y comorbilidades, consiguiendo un descenso significativo del tiempo con el estoma y la repercusión que ello conlleva para el paciente.