



P-373 - ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE EN PACIENTES CON ILEOSTOMÍA LATERAL PREVIO A LA RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Román García de León, Laura; Arrontes Caballero, Gemma; Alonso Sebastián, Isabel; León Gámez, Carmen Lucero; Rial Justo, Xiana; Remírez Arriaga, Xabier; Equisoain Azcona, Aritz; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Describir los resultados iniciales de un protocolo de irrigación del asa eferente en pacientes portadores de ileostomía lateral, previo a la reconstrucción del tránsito intestinal.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes incluidos en el protocolo a lo largo del año 2018, haciendo principal énfasis en los datos relacionados con la tolerancia y el tránsito intestinal. Nuestro protocolo consiste en la instilación de 500 cc de suero glucosalino mezclado con espesante alimenticio (Resource[®]) a través del asa eferente del estoma mediante una sonda de Foley. El procedimiento es realizado por la enfermera estomaterapeuta entre una y dos semanas previo a la intervención para el cierre del estoma.

Resultados: Se han incluido hasta el momento en el protocolo 11 pacientes, 6 varones (55%) y 5 mujeres (45%), con una edad media de 59, 2 años (rango 34-78). Solo 1 (9%) tenía antecedente de cirugía abdominal, y ninguno había sido portador de estoma previamente. El estoma se realizó de manera profiláctica en 7 pacientes (64%), a los cuales no se les realizó cierre precoz de la misma; mientras que fue secundario a fuga anastomótica en 4 (36%). Se han llevado a cabo de media 5,5 sesiones de irrigación (rango 2-8), sin haberse descrito complicaciones. El tiempo hasta la reconstrucción del tránsito fue de 243 días de media (rango 142-327). La anastomosis se realizó de forma manual en 4 pacientes (36%) y de forma mecánica en los otros 7 (64%). La intervención fue realizada por un cirujano de la unidad en 6 casos (55%) y por el residente en 5 casos (45%). En el postoperatorio, presentaron náuseas y vómitos en las primeras 24 horas 2 pacientes (18%), sin embargo solo 1 (9%) desarrolló íleo posquirúrgico. El tiempo hasta la tolerancia a sólidos fueron 1,7 días de media (rango 1-3). La media de días para el inicio del tránsito para gases fue de 1,7 (rango 1-3), con un tiempo hasta la deposición de 2,2 días de media (rango 1-3). Las complicaciones más frecuentes fueron las derivadas de la herida, con 2 infecciones (18%) y un hematoma (9%), que se resolvieron en todos los casos de manera conservadora. Solo se recogió 1 caso (9%) de rectorragia y ningún paciente presentó fístula anastomótica. La estancia media fue de 6,1 días (rango 4-13).

Conclusiones: La ileostomía de protección es un procedimiento habitual, que se realiza para prevenir las graves consecuencias derivadas de la fuga anastomótica. Sin embargo, su creación conlleva una serie de cambios estructurales en el intestino desfuncionalizado que pueden dificultar

el tránsito intestinal tras la reconstrucción, siendo el íleo postoperatorio la complicación más frecuente e importante en este tipo de intervenciones, con una incidencia de hasta el 30% según las series. Por ello, se han desarrollado diferentes estrategias encaminadas a disminuir esta complicación, entre ellas la irrigación del asa eferente, que ya describió de manera sistematizada Abrisqueta. Los buenos resultados iniciales impulsan la estandarización de estos protocolos y la inclusión progresiva de un mayor número de pacientes.