



O-116 - ESTUDIO DE COHORTES SOBRE LA ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE PARA EL CIERRE DE ILEOSTOMÍA: RESULTADOS CLÍNICOS Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Pastor Riquelme, Pablo; Valle Rubio, Ainhoa; García-Quijada García, Javier; Sánchez Sánchez, Estefanía; Ferrer Martínez, Alicia; Jiménez Carneros, Virginia; Ramos Rodríguez, José Luis; Jover Navalón, José María

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Resumen

Introducción: La ileostomía derivativa es un mecanismo de protección temporal útil para limitar los daños de una fuga fecal en anastomosis de riesgo en cirugía colorrectal. La confección de una ileostomía implica el aislamiento al tránsito intestinal de un segmento de intestino y colon, y la posterior atrofia de las vellosidades. La estimulación del asa eferente previo a la reconstrucción del tránsito puede prevenir la aparición de complicaciones como el íleo paralítico. El objetivo del estudio es estudiar la tolerancia del paciente a la estimulación del asa eferente y la reducción de íleo paralítico asociada.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de dos cohortes de pacientes sometidas a reconstrucción del tránsito intestinal. La primera cohorte son todos los pacientes con cierre de ileostomía entre enero 2016 y diciembre de 2018 (grupo N). La segunda, los intervenidos entre enero 2019 y diciembre de 2020, sometidos a estimulación del asa eferente (grupo E). El estímulo del asa eferente se realiza mediante la instilación de suero con espesante (goma xantana). Se aplican volúmenes y densidades crecientes hasta un máximo de 12 gramos en 500 cc. Se han seleccionado todos los pacientes en los que se ha realizado un cierre de ileostomía en asa. Se han recogido variables demográficas, clínicas y quirúrgicas relacionadas con el proceso inicial y con la reconstrucción del tránsito intestinal. Se ha establecido la relación entre la incidencia de íleo paralítico y distintas variables. Por último, se ha identificado un cuadro clínico de mala tolerancia a la estimulación que consiste en náuseas, vómitos, dolor cólico o disconfort abdominal y reflujo de la preparación por el asa eferente.

Resultados: Total incluidos: grupo N = 48; grupo E = 22. Características basales: Grupo N vs. E: Hombres 28/48 (58%) vs. 12/22 (55%), edad media 65 (32-83) vs. 66 (46-86) años, patología oncológica 40/48 (83%) vs. 17/22 (77%), laparoscopia para primera cirugía 36/48 (75%) vs. 18/22 (83%) y complicaciones tras la misma 16/48 (33%) vs. 8/22 (36%). Cierre de ileostomía manual 16/48 (33%) vs. 12/22 (55%). Resultados relacionados con el íleo paralítico: Grupo N vs. E: Tiempo medio entre la cirugía recto y reconstrucción del tránsito: 318 vs. 341 días. Tiempo promedio hasta inicio de heces o ventoseo: 3,2 días vs. 1,8 días. Íleo paralítico: 9/48 (19%) vs. 1/22 (5%) RR: 4,8. Estancia media 8 vs. 5,8 días. Complicaciones menores 11/48 (23%) vs. 4/22 (18%) RR: 1,28. Complicaciones mayores (requieren intervención) 2 vs. 0. Tolerancia a la preparación: pacientes cumplen protocolo

24/25 (1 paciente excluido a las 6 sesiones por mala tolerancia; intraoperatoriamente se diagnosticó de una neoformación inflamatoria en íleon distal por lo que se realizó resección ileocecal). Mediana de sesiones 6 (3-16), duración media 8 días (3-55). Molestias inespecíficas, náuseas y vómitos 4/25 (16%), reflujo estoma eferente 4/25 (16%). Deposición líquida inmediata tras la estimulación sin continencia 3/25 (9%).

Conclusiones: Los resultados asociados a la estimulación del asa eferente, en nuestra experiencia, asocian una mejoría en las tasas de íleo paralítico y estancia posoperatoria sin implicar un aumento de la morbilidad significativo. Además, la tolerancia del paciente a la preparación, nos ha permitido identificar aquellos que potencialmente padecerían dificultad a la ingesta oral en el posoperatorio y modular la prehabilitación intestinal antes de la cirugía.