



O-086 - RESULTADOS TRAS EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA PACIENTES PORTADORES DE ILEOSTOMÍA EN ASA POR CÁNCER DE RECTO

Santofimia Chordá, Raquel; de Andrés Gómez, Alejandra; Alfonso García, Fernando; Melero Abellán, Antonio; Ivorra García-Moncó, Purificación; Salvador Martínez, Antonio; Villalba Ferrer, Francisco Leopoldo; Artigues Sánchez de Rojas, Enrique Ignacio

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción y objetivos: Las ileostomías en asa se realizan en un 10-30% de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de recto medio o bajo, como medida preventiva ante la fuga anastomótica, cuya incidencia oscila entre el 10-15%. No obstante, estas ileostomías pueden generar complicaciones significativas, especialmente relacionadas con el alto débito (1-17%), pudiendo conllevar deshidratación, alteraciones electrolíticas y fallo renal. Estas complicaciones son responsables de hasta el 43% de los reingresos hospitalarios en pacientes con ileostomía. Nuestro objetivo es analizar los resultados tras la implementación de un protocolo para pacientes portadores de ileostomía en asa tras cirugía por cáncer de recto.

Métodos: En mayo de 2023 se implementó un protocolo específico para el manejo de pacientes con cáncer de recto medio o bajo sometidos a cirugía con confección de ileostomía en asa. El día de la intervención, se solicita interconsulta a enfermería estomaterapeuta y a endocrinología y nutrición. Se establece un seguimiento estricto del débito del estoma y de la diuresis, junto con la administración de fluidoterapia intravenosa estandarizada. El protocolo posoperatorio sigue las guías ERAS y la vía RICA, permitiendo la ingesta oral desde el mismo día de la cirugía. Si el paciente tolera líquidos, el primer día posoperatorio, se suspende la fluidoterapia intravenosa y se inicia la administración de 1 litro diario de solución de rehidratación oral. En caso de ileostomías de alto débito (> 1.000 ml/día), se instaura tratamiento escalonado con loperamida, codeína y, si es necesario, octreótido. Al alta, los pacientes reciben dietas progresivas estandarizadas, suero oral, tratamiento farmacológico, si es necesario, y control ambulatorio en consultas de endocrinología, cirugía y enfermería estomaterapeuta.

Resultados: El protocolo se aplicó a 22 pacientes con resección anterior de recto e ileostomía en asa. El 81,8% (18 pacientes) siguieron el protocolo correctamente. La tasa global de reingresos fue del 13,6% (3 pacientes). Solo uno de los pacientes que siguió el protocolo reingresó por íleo paralítico, resuelto de forma conservadora. Los otros dos reingresos se presentaron en pacientes que no siguieron el protocolo: uno por *shock* hipovolémico y otro por complicaciones intrabdominales y deshidratación, requiriendo ingreso en UCI. Aunque se observaron menos complicaciones en el grupo adherente al protocolo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,47$). De las ileostomías realizadas, se cerraron el 59,1%. Entre los pacientes que mantienen la ileostomía (40,9%), la mayoría (6 pacientes) siguen en tratamiento sistémico por enfermedad metastásica, los demás (3 pacientes) están pendientes de cirugía. El tiempo medio entre la confección y el cierre de la ileostomía fue de 7,67 meses (DE 2,535) con un máximo de 12 meses. Todos los pacientes que siguieron el protocolo completaron el seguimiento ambulatorio con los servicios

correspondientes.

Conclusiones: El control riguroso del débito de la ileostomía en asa, en combinación con recomendaciones dietéticas adecuadas y el inicio precoz de tratamiento farmacológico desde el momento de su confección, se asocia con una reducción en la incidencia de complicaciones y reingresos durante el periodo de tiempo en que el paciente permanece ostomizado.