

Macias

11209
2 of 39



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social

"ANALISIS DE LA PRACTICA DE ILEOSTOMIA EN
PACIENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
IMSS. PUEBLA "

TESIS

Para Obtener el Grado de Especialista en
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA

Dr. SALVADOR MACIAS HERNANDEZ



J983 -- 1986

PAJALA DE ORIGEN

Macias
HOSPITAL ESPE

Jefatura de
Enseñanza e Investigación
PUEBLA, PUE.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE :

INTRODUCCION	I
OBJETIVOS	2
MATERIAL Y METODOS	2
RESULTADOS	3
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFIA	28

ANALISIS DE LA PRACTICA DE ILEOSTOMIA EN PACIENTES
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS. PUEBLA

* DR. JESUS GUZMAN CARRERA. *
** DR. SALVADOR MACIAS HDEZ. *

INTRODUCCION:

La Ileostomia es una fístula intencional del -
intestino delgado efectuada por medios quirúrgicos (I2).

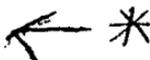
BROWN en 1913 fué la primera persona en Améri-
ca que efectuó una Ileostomia terminal en un paciente que-
padecía de Colitis Ulcerativa, según refieren los trabajos-
de Turnbull y Weakley (I4). Años más tarde Barber y cols. -
(2); Catell (11); y Mckittrick y Miller (I3) introdujeron im-
portantes conceptos con respecto a la operación y sus indi-
caciones, que han llevado a disminución importante de las -
complicaciones tempranas y tardias que lleva consigo la -
técnica.

Una importante innovación fué el desarrollo de
la empresa "Straus and Straus" de un artefacto adherente -
para el estoma, desarrollado por Koenig y Rutzen (I3), que-
hoy conocemos comúnmente como equipo de colo o Ileostomia.

La indicación de la Ileostomia ha ido en aumen-
to en los últimos años debido por una parte a la simplici-
dad de su creación y por otra parte a la introducción de -
un número nuevo de indicaciones erróneas (I), producto en-
muchas de las veces de la inexperiencia del cirujano o fal-
ta de criterio quirúrgico.

* Director de tesis.
Jefe de División de cirugía HRE. IMSS. Puebla.
Profesor adjunto del curso de Cirugía General.

** Cirujano general.



El Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano Del Seguro Social por ser un Hospital de los llamados de tercer nivel y que da apoyo a los hospitales Generales de Zona de la Delegación y Extradelegacionales del Sureste de la República, recibe y maneja pacientes que fueron sometidos a Ileostomía por patología diversa, los cuáles son enviados para recibir atención por el servicio de Nutrición Parenteral, además de las complicaciones por sepsis abdominal, implicando para el Hospital; estancia prolongada, incremento de la morbi-mortalidad, además de costo elevado de la atención médica.

OBJETIVOS:

El objetivo del presente trabajo es presentar un procedimiento quirúrgico que ha sido causa de abuso en "Su Uso" en nuestra Institución, teniendo como fin normar criterios en cuanto a su indicación y manejo, así como tener una idea global del problema que implica por sí misma la Ileostomía. Se hace una revisión de los pacientes y de la literatura al respecto.

MATERIAL Y METODOS:

Se efectúa un estudio retrospectivo analizando en forma exhaustiva los expedientes de 47 pacientes del HRE. IMSS. Puebla que fueron sometidos a Ileostomía por patología diversa en un lapso de tiempo de 3 años, de 1983 a 1985.

Las variantes manejadas fueron: Sexo y edad; Estado nutricional; Gasto de la Ileostomía; Hospital y lugar en donde se efectuó la Ileostomía; Indicaciones de la Ileostomía; Complicaciones presentadas durante la Ileostomía; Complicaciones presentadas después del cierre de la Ileostomía; Tiempo de nutrición parenteral; días en UCI; Días hospi

tal; Laboratorio y métodos de gabinete efectuados; Número de cirugías efectuadas en el paciente; Morbilidad y Mortalidad.

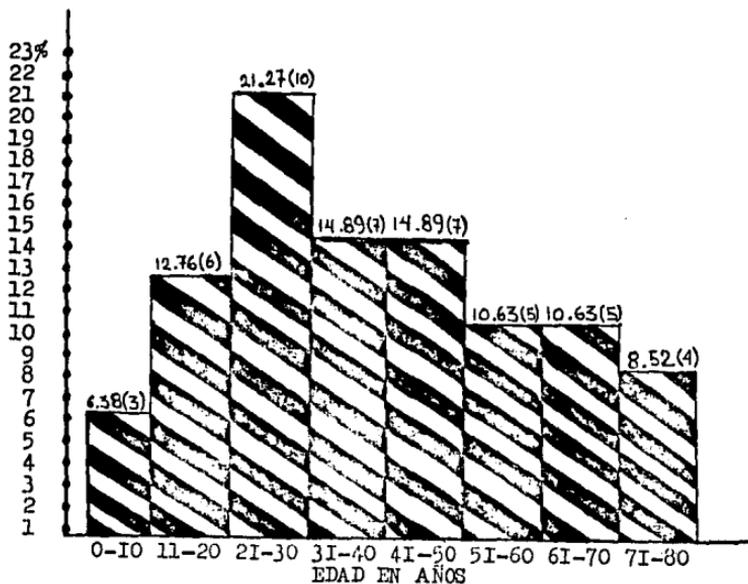
RESULTADOS:

EDAD:

De los 47 pacientes estudiados, el promedio de edad fué de 39 años 4 meses, con un rango de 5 a 79 años y con una distribución por edades como se muestra en la gráfica I.

GRAFICA I

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS PACIENTES
SOMETIDOS A ILEOSTOMIA.

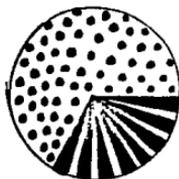


FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

SEXO:

Correspondieron 31 pacientes al sexo masculino que representa el 66% y el restante 34% correspondió al sexo femenino con 16 pacientes, como se muestra en la gráfica 2.

GRAFICA 2
DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS
ILEOSTOMIZADOS

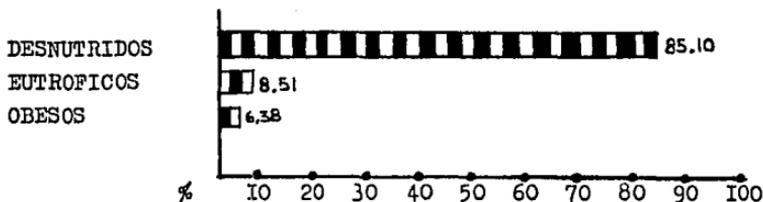


CLAVE:  Masculino;  Femenino.
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

ESTADO NUTRICIONAL:

Se encontraron 40 pacientes desnutridos que correspondió al 85.10%; Eutroficados el 8.51% producto de 4 pacientes y 3 pacientes obesos que correspondió al 6.38%. Se muestra en la gráfica 3.

GRAFICA 3
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
ILEOSTOMIZADOS



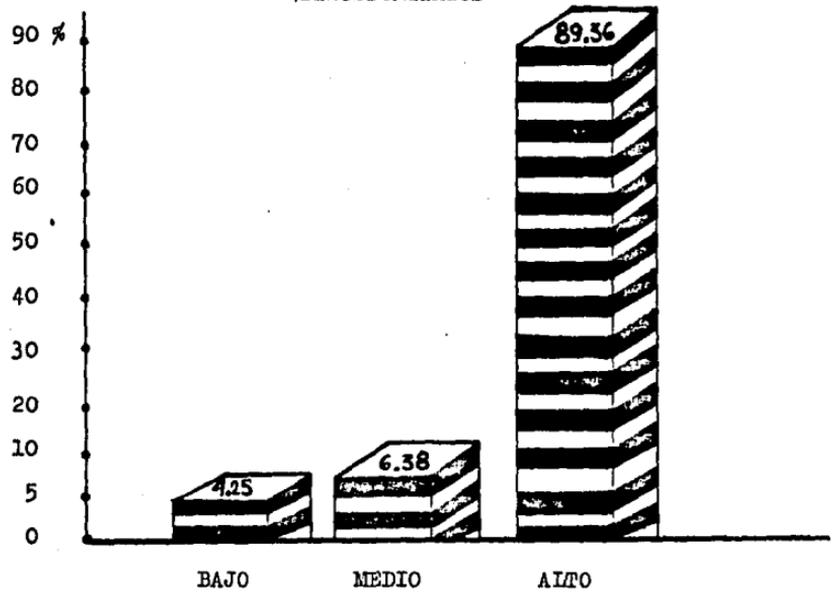
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

GASTO DE LA ILEOSTOMIA:

De acuerdo con los criterios de Elman R. (7), el 89.36 % (42 pacientes) presentaron gasto alto; el 6.38 % - (3 pacientes) fueron de gasto medio y solo el 4.25 % - (2 pacientes) fueron de gasto bajo. Ver gráfica 4.

GRAFICA 4

GASTO DE LOS PACIENTES ILEOSTOMIZADOS



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

HOSPITAL EN DONDE SE EFECTUO LA ILEOSTOMIA:

Se cuantificaron 16 hospitales en donde se efectuó la ileostomia en nuestros 47 pacientes, 14 de los cuáles eran del IMSS. y solo 2 de otras Instituciones como se ilustra en la TABLA I. Siendo el HGZ. PUEBLA y HGZ. TEHUACAN los proveedores principales de pacientes ileostomizados.

TABLA I.

HOSPITAL EN DONDE SE EFECTUO LA ILEOSTOMIA.

HOSPITAL	N'	%
ORIZABA VER. IMSS.	4	8.51
JALAPA VER. IMSS.	2	4.25
VERACRUZ VER. IMSS.	2	4.25
MINATITIAN VER. IMSS.	1	2.12
HGZ. PUEBLA IMSS.	12	25.53
HRE. PUEBLA IMSS.	3	6.38
TEHUACAN PUE. IMSS.	9	19.14
CHIAUTLA PUE. IMSS.	1	2.12
EL SECO PUE. IMSS.	3	6.38
HUP. PUEBLA.	1	2.12
NIVEL PRIVADO PUEBLA.	3	6.38
OAXACA OAX. IMSS.	1	2.12
HUAJUAPAN DE LEON OAXACA IMSS.	1	2.12
TLAXCALA TLAX. IMSS.	2	4.25
VILLAHERMOSA TABASCO IMSS.	1	2.12
C.M.N. IMSS.	1	2.12

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

INDICACION DE LA ILEOSTOMIA:

Se encontraron 24 indicaciones diferentes para la elaboración de la ileostomia; 20 de las cuáles fueron indicación incorrecta efectuandose en el 80.86% (38 pacientes) y solo 4 fueron indicación correcta que correspondió al 19.14% (9 pacientes). Las indicaciones correctas fueron: Amibiasis invasora fulminante de colon derecho (8); Megacolon Tóxico (5) - Poliposis Familiar (3) y fistulas multiples de colon (15). Todo esto se muestra en la tabla 2.

TABLA 2
INDICACIONES DE LOS ILEOSTOMIZADOS

PATOLOGIA	N°	%
PERFORACION DUODENAL EN TRAUMA ABDOMINAL	1	2.12
PERFORACION DE YEYUNO POR ARMA DE FUEGO	1	2.12
PERFORACION DE ILEON POR ARMA DE FUEGO	1	2.12
PERFORACION DE ILEON POR LISIS DE ADHERENCIAS	3	6.38
PERFORACION DE ILEON POR SALMONELLA	8	17.02
PERFORACION DE ILEON POR TRAUMA ABDOMINAL	1	2.12
PERFORACION DE ILEON POR LEGRADO	1	2.12
NECROSIS SEGMENTARIA DE ILEON POR HERNIA ESTRANGULADA	2	4.25
DEHICENCIA DE SUTURA EN ILEON	4	8.51
TUMORACION EN ILEON	1	2.12
DEHICENCIA DE ANASTOMOSIS EN INTESTINO DELGADO	5	10.63
FISTULA ENTEROCUTANEA	1	2.12
VOLVULO DE CIEGO	1	2.12
DEHICENCIA DE COLONORRAFIA	1	2.12
FISTULAS MULTIPLES DEL COLON POR TEXTILOMA	1	2.12
PERFORACION DE COLON ASCENDENTE POR ARMA DE FUEGO	1	2.12
AMIBIASIS INVASORA FULMINANTE DE COLON DERECHO	5	10.63
PERFORACION DE CIEGO POR LISIS DE ADHERENCIAS	1	2.12
NECROSIS DE CIEGO POR MALROTACION INTESTINAL	1	2.12
MEGACOLON TOXICO	2	4.25
TUMORACION EN CIEGO	1	2.12
TRIBOSIS MESENTERICA SEGMENTARIA	2	4.25
COLON N.UROGENICO	1	2.12
POLIPOSIS FAMILIAR	1	2.12

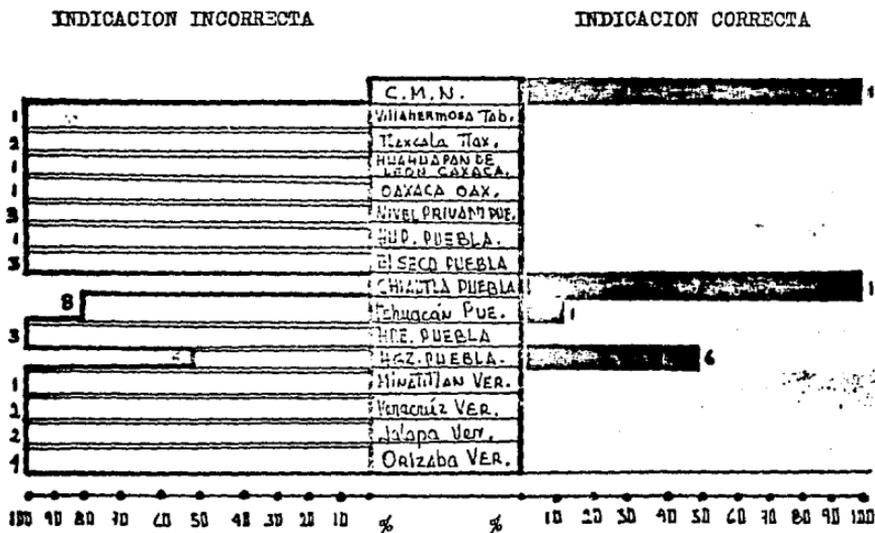
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

Aunque indicación incorrecta; la indicación más frecuente encontrada en nuestros pacientes fué la perforación de fleon por Salmonella, la cuál fué efectuada en el 17.02 % (8 pacientes), sin embargo el 75 % de estos pacientes (6 pacientes), presentaron nueva perforación en otro segmento de fleon a pesar de la ileostomia.

La relación entre indicación correcta, incorrecta y hospital en donde se efectuó la ileostomia se muestra en la gráfica número 5.

GRAFICA 5

RELACION ENTRE INDICACION CORRECTA, INCORRECTA Y HOSPITAL EN DONDE SE EFECTUO ILEOSTOMIA

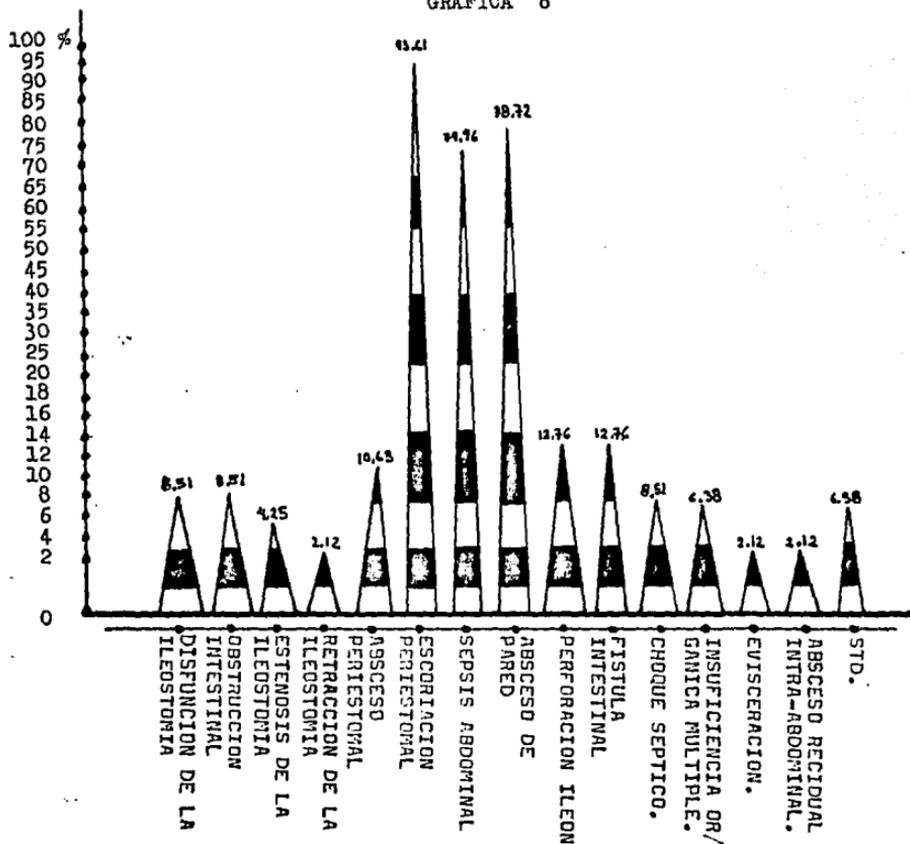


FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE LA ILEOSTOMIA:

Se encontraron 16 diferentes complicaciones - siendo las principales: escoriación periestomal, sepsis abdominal y absceso de pared entre otras. Gráfica 6.

GRAFICA 6



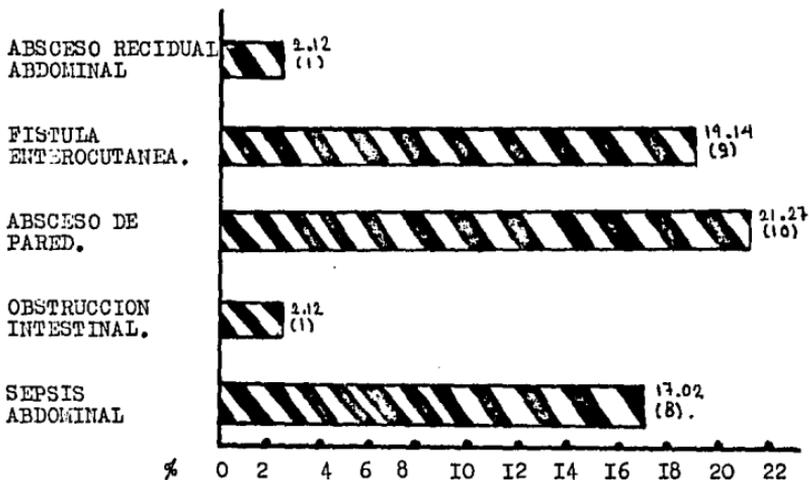
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

COMPLICACIONES PRESENTADAS DESPUES DEL CIERRE DE ILEOSTOMIA:

Las complicaciones presentadas despues del re-
establecimiento intestinal y cierre de la ileostomia dis-
minuyeron considerablemente en su porcentaje y solo se -
presentaron 5 complicaciones diferentes como se muestra
en la grafica 7.

GRAFICA 7

COMPLICACIONES PRESENTADAS DESPUES DEL
CIERRE DE LA ILEOSTOMIA.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

El promedio y rango de tiempo de nutrición parenteral total; días en UCI. ; días de estancia hospitalaria; diferentes estudios de laboratorio y gabinete así como número de cirugías a que fué sometido el paciente y morbilidad y mortalidad se muestran en la tabla 3.

La relación entre indicación correcta, incorrecta y mortalidad se muestra en la grafica 8 y la relación entre mortalidad y hospital en donde se efectuó la ileostomía se puede observar en la gráfica 9.

TABLA 3

DATOS GENERALES DE LOS ILEOSTOMIZADOS

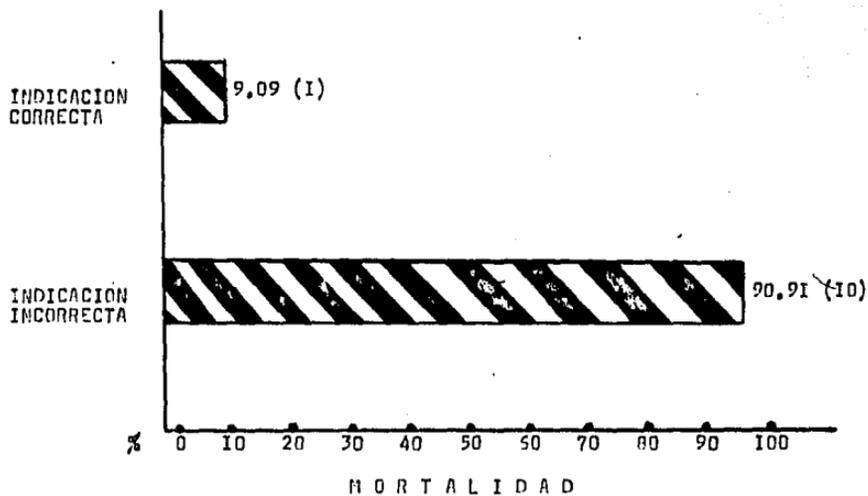
VARIANTE	PROMEDIO	RANGO
DIAS DE NUTRICION PARENTERAL	39	2-95
* DIAS EN UCI,	10	5-25
DIAS HOSPITAL	55	2-146
BIOMETRIA HEMATICA	4	2-11
QUIMICA SANGUINEA	3	2-7
EXAMEN GENERAL DE ORINA	2	2-6
CREATININA Y NITROGENO UREICO	5	3-10
ELECTROLITOS	2	1-4
GLUCOCETONURIAS	20	2-52
PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA	1	1-3
RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN	1	1-3
RADIOGRAFIA DE TORAX	1	1-2
NUMERO DE CIRUGIAS EFECTUADAS	3	1-5

MORBILIDAD 100 %
MORTALIDAD 23.40 %

* SOLO la ameritaron el 12.76 % (6 pacientes).

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

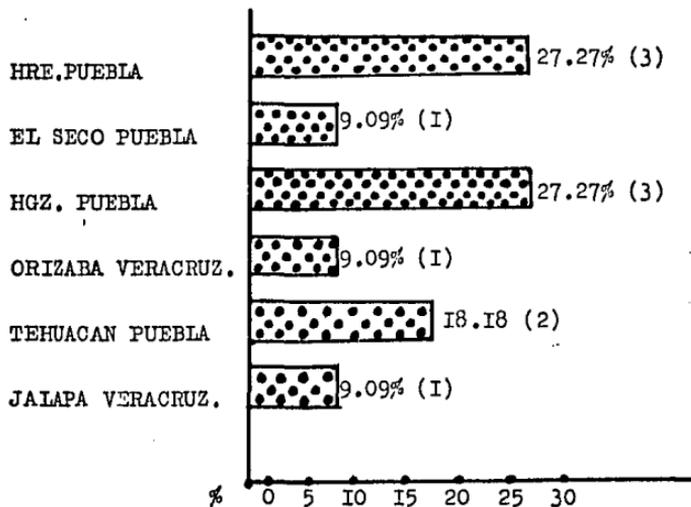
GRAFICA 8

RELACION ENTRE INDICACION CORRECTA
INCORRECTA Y MORTALIDAD

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

GRAFICA 9

RELACION ENTRE MORTALIDAD Y
HOSPITAL EN DONDE SE EFECTUO ILEOSTOMIA



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

DISCUSION:

La Ileostomia es una fístula intencional del intestino delgado efectuada por medios quirúrgicos(12) cuya simplicidad en su manufactura ha hecho que se abu se en su elaboración sin indicación precisa.

En el grupo de pacientes que reportamos hubo 24 indicaciones diferentes para efectuar Ileostomia y de ellas sólo 4 fueron indicación correcta efectuadas en solo el 19.14 % de nuestros pacientes.No obstante ser una indicación incorrecta la más frecuente fué la perforación de ileon por Salmonella, la cuál fué efectuada en el 17.02 % de nuestros pacientes y de estos el 75 % presentaron nueva perforación en otro segmento de ileon, lo que confirma lo dicho por Waugh y cols.(2) en el sentido de que la Ileostomia no descarta la posi bilidad de una nueva perforación, y recomienda según el caso, sutura primaria o resección intestinal hasta tener segmentos por anastomosar viables por lo menos macroscópicamente; drenaje adecuado de cavidad y tratamiento específico contra Salmonella.

Para efectuar una Ileostomia la primera consideración es el diagnóstico, habiendo indicaciones precisas que demandan su elaboración, entre las cuáles revisando la literatura se incluyen:

I.) ENFERMEDAD DE CROHN: Barber y cols. (2) - en sus trabajos se menciona que se pueden obtener resultados buenos con una resección segmentaria más conservadora, sin embargo cuando las lesiones son extensas y que abarquen ano, se efectuará proctocolectomia e Ileostomia, ya que se ha observado que no hay tratamiento conocido que prevenga las recaídas, pero hay la impresión de que cuando el intestino enfermo se extirpa en su totalidad con derivación la frecuencia de recaída será remota.

Cuando se efectua resección y anastomosis hay una tasa elevada de recurrencia en las líneas de sutura intestinal o próximal a ellas que el autor las ha observado en un 50 a 90 %.

2.) COLITIS ULCERATIVA INESPECIFICA: David A. y Morowitz (5), mencionan que el tratamiento quirúrgico de ésta entidad, esta reservado a sus complicaciones como son: Enfermedad activa rebelde, formación de abscesos-perforación del colon, hemorragia masiva, dilatación aguda del colon (Megacolon Tóxico) y aparición de carcinoma; de éstas, las 4 últimas indicaciones el tratamiento - conservador significa una mortalidad del 100 % .

La mayoría de los cirujanos prefieren en estos casos proctocolectomia con Ileostomia ya que si no se extirpa el recto, el peligro de recurrencia de la enfermedad es alto.

En un estudio interesante; Korelitz y cols. (6) evaluaron los resultados obtenidos de 146 pacientes de Colitis Ulcerativa, solo tratados con colectomia subtotal e Ileostomia. En este grupo 94 % de los enfermos necesitaron una resección abdominoperineal ulterior por persistencia de los trastornos en los segmentos distales. Solo en 3 casos se anastomosaron los segmentos y en 2 de ellos recurrió la enfermedad. Los autores concluyeron que puesto que el segmento de recto afectado por colitis ulcerativa rara vez es aprovechable para una anastomosis exitosa, esta indicada la proctocolectomia más - Ileostomia.

Por otra parte en estos pacientes puede desarrollarse carcinoma secundario cuyo peligro aumenta con los años en forma considerable, por lo que hay controversia en efectuar la cirugía como profilaxis.

3.)POLIPOSIS FAMILIAR DEL COLON:Chapman R. y cols. (3),mencionan que es una enfermedad rara pero importante debido a que desarrolla malignidad antes de los 40 años en el 100 % de los pacientes no tratados.

La proctocolectomia total con ileostomia elimina el riesgo del cáncer.Sin embargo los pólipos rectales a menudo van desapareciendo después de la colectomia abdominal y de anastomosis Ileorectal que sería un tratamiento más conservador sin embargo los pacientes deben ser seguidos muy de cerca y nuevos pólipos que aparezcan en el recto,deberán ser fulgurados.Si los pólipos no van desapareciendo o si aparecen nuevos con rapidez y en gran cantidad,el recto deberá de extirparse estableciendose una ileostomia permanente.

Este hecho permite preguntarse si vale aún la pena defender el tratamiento conservador de ésta afección.

4.)AMIBIASIS INVASORA FULMINANTE DEL COLON:

Es la principal indicación correcta en nuestro medio Fowler y cols. (8),mencionan que esta entidad ocasiona una mortalidad elevada y generalmente se presenta en forma de apendicitis o multiples perforaciones en ciego,colon ascendente o en todos sus segmentos.

Roy PH (11) recomienda colectomia subtotal o total de acuerdo al caso con elaboracion de fístula mucosa e ileostomia,pudiendo re-establecer la continuidad intestinal 45 a 60 días después,debiendo además de iniciarse tratamiento anti-amibiano.

5.)Wiley F. y cols. (15),mencionan otras indicaciones como son:

- a.-Multiples sitios de cáncer, en colon.
- b.-Fistulas colonicas multiples.
- c.-Isquemia amplia colonica.

No obstante de su aparente simplicidad, la -
creación de una buena ileostomia requiere ciertos principios y normas para su configuración (4).

Siendo este trabajo retrospectivo no se hallaron detalles técnicos de la elaboración de la ileostomia ni sitio del abdomen en donde se efectuó, para poder analizar este hecho, sin embargo consideramos conveniente desarrollar la técnica y detalles de la misma.

Herbert B. Greenlee y cols. (9) hace las siguientes consideraciones:

SITIO DE LA ILEOSTOMIA: El lugar conveniente del estoma es dado independientemente del diagnóstico - un lugar dentro del musculo recto anterior del abdomen - debe de ser escogido, aunque otros autores mencionan el borde lateral. (10).

El sitio debe de ser en una posición lo suficientemente cómoda como para usar el cinturón del aparato de la ileostomia sin causar molestia, ya que ésta sea tanto de 2 o 4 agarraderas. No deberá de efectuarse cerca de la cicatriz umbilical o de cicatrices antiguas especialmente si ellas interceptan el estoma; también no se efectuará en pliegues profundos de la pared abdominal que pueden comprimir el estoma con la flexión. (margen - costal o articulación de la cadera).

El efectuar un estoma en mal lugar puede llevar al fracaso ya sea por escoriaciones, acodamientos - y que tendría que ser reemplazada a otro sitio quirúrgicamente.

Algunos pacientes tienen un espacio bastante grande para hacer elección del sitio de ileostomia - (XXX) en tanto que en otros; cresta iliaca y reborde costal están tan cerca entre si y con el borde lateral del musculo recto que solo hay un sitio adecuado. Fig. I.

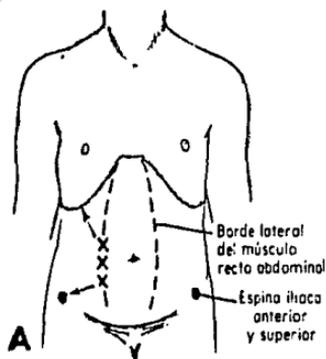


FIGURA I ;Sitio adecuado de la Ileostomia.

Otra consideración es que no basta con una herida por transfixión para efectuar una Ileostomia - sino que deben extirparse botones de piel y fascia - para evitar la estenosis. Figura 2.



FIGURA 2 .

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR**

Quizá la técnica más importante ideada es la "Yema Ileal" por medio de la sutura mucocutánea de everción de espesor total de Brooke (9), en la cuál la pared del -
fleon se voltea sobre si misma y la mucosa se fija a la -
piel de tal forma que el fleon sale 2.5 a 4 cms. por encima
de la piel. Figura 3.

Este método da buenos resultados e impide no solo la estrechez y la disfunción, sino también la retracción y -
en cierto grado el prolapso y la irritación cutánea. La sutu
ra debe de ser absorbible y los puntos colocados entre las
capas submucosa y subcuticular de la piel ya que el abarcar
todas las capas de piel e intestino pueden llevar a retrac-
ción de la mucosa o quistes epidermoides en las margenes mu
cocutaneas.

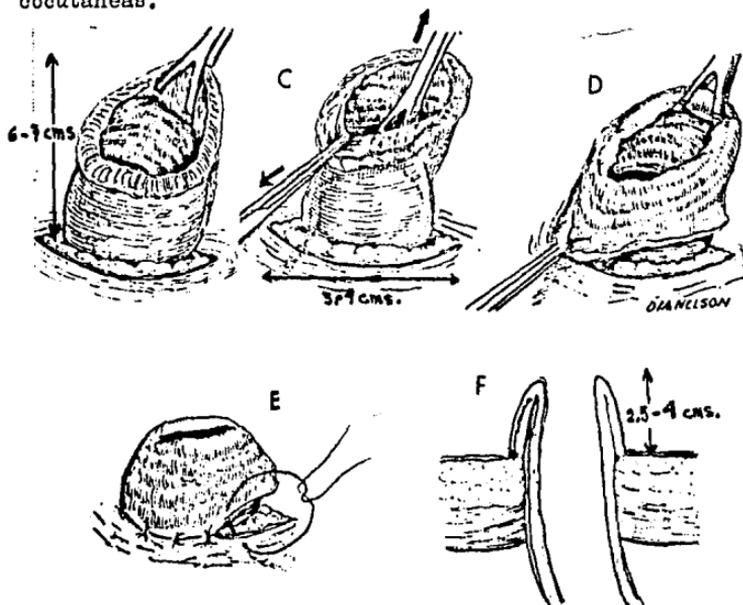


FIGURA 3

A pesar de la demostración repetida de que muchos sujetos pueden lograr una vida totalmente normal después de que se les practica ileostomia permanente, (6) una fracción importante de ellos, sufrirá escoriaciones cutáneas intensas en algún momento de la vida. De mayor importancia otros más sufren extraordinarias dificultades para superar factores psicológicos (10); la salida incontrolable de material fecal por la pared abdominal y los problemas de olor, derrames y ruido, son un recordatorio constante para ellos y quienes los rodean del problema que sufren. Los sentimientos de inadecuación sexual e indeseabilidad personal, también pueden tener un impacto psíquico devastador en una persona (11).

En éstos casos la opción sería la elaboración de la llamada ileostomia continente.

Kock (1), después de revisar éstos problemas creó un método en el cual se usa el ileon terminal para formar un depósito o reservorio junto con una válvula en Niple, para conservar la continencia del depósito y con ello depender de la presión intraluminal del mismo, para promover o facilitar la propia continencia, por lo que ésta técnica da todas las ventajas funcionales requeridas.

Sin embargo se encuentra ésta técnica contraindicada en la enfermedad de Crohn (2), ya que siendo un proceso inflamatorio transmural que muestra notable propensión a reaparecer después de resección quirúrgica, obligaría a eliminar un tramo de intestino delgado suficiente para incapacitar al enfermo, en cuanto a conservar su nutrición adecuada.

El entusiasmo por ésta técnica se ha difundido rápidamente. En una revisión colectiva, Goldman y Rombeau (15) obtuvieron datos de 14 series publicadas que comprendían 479 pacientes. En promedio 60 % de los sujetos fueron sometidos a la práctica de ileostomia continente en el momento de la proctocolectomia. La mortalidad global fué de sólo el 2%.

Las complicaciones más frecuentes fué la disfunción de la válvula de Niple, que se observó en el 16,5% de todos los pacientes. Casi todas las disfunciones de éste tipo produjeron pérdida de la continencia y obligaron a una revisión quirúrgica.

Se necesitan 45 cms. de íleon terminal para la elaboración del depósito con válvula en Niple. Se suturan juntas 2 asas de 15 cms. de intestino delgado después de abrir el borde antimesentérico y de éste modo se construye la pared posterior del depósito. (5).

Hay modificaciones en las que se pueden utilizar asas más largas de íleon o 3 asas de 15 cms. para mejorar la capacidad del depósito. Figura 4.

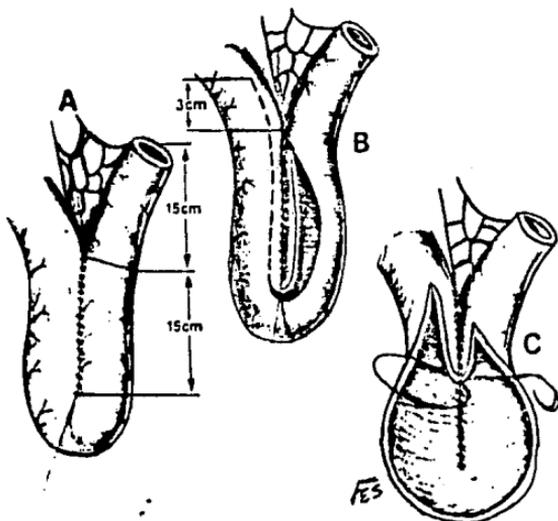


FIGURA 4. Bolsa de Kock y elaboración de la misma.

Una vez terminada la pared posterior del depósito o bolsa, se comienza a elaborar la válvula de Niple, al invaginar la rama eferente dentro de la bolsa, ya elaborada la válvula se deja una sonda ya sea de Foley o neolaton, en tanto se termina la colocación de las líneas de sutura anterior. (6).

El depósito se prueba al instalar aire o solución salina en él y extraer el cateter para así demostrar la continencia de la válvula. Fig. 5.

Este depósito se vacia varias veces durante el transcurso del día mediante la inserción de una sonda en el estoma.

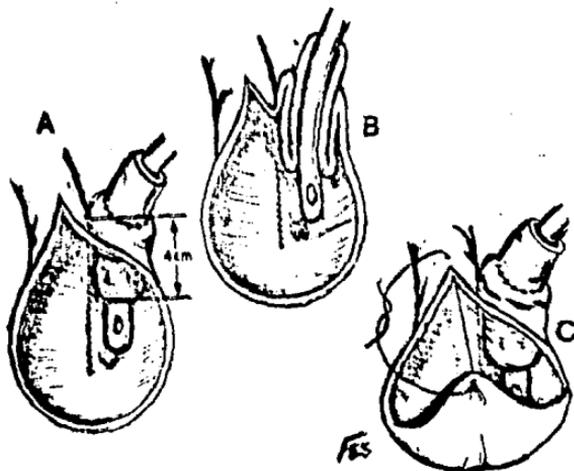


FIGURA 5. Elaboracion de la válvula de Niple.

La edad promedio de nuestros pacientes fué de 39 años aproximadamente, que difiere de la edad promedio de 25 años encontrada en los estudios de Roy PH. (11) - explicable por la diferencia de indicaciones para elaborar la Ileostomia, sin embargo coincide en el sexo masculino como predominante.

El 85.36% de nuestros pacientes se encontraban desnutridos en diferente grado. Goldman y cols. (8) han demostrado que los individuos con carencias nutricionales, toleran inadecuadamente las operaciones mayores y en ellos hay un riesgo muchísimo mayor de sepsis y muerte. Confirmandolo con nuestro estudio como veremos más adelante.

De acuerdo a los criterios de Elman R. (7) para el gasto de la Ileostomia (Gasto bajo menos de 250 cc. al día; medio 250-500 cc al día y alto mayor de 500-cc al día) Se encontró en nuestros pacientes que el 85.10 % presentaron gasto alto de la Ileostomia en diferente grado. Cook, W.T. y cols. (8) Refieren que el alto gasto en las Ileostomias son debidas por alteraciones homeostaticas y funcionales principalmente por la pérdida de la capacidad de absorber agua y electrolitos del colon, pudiendo cuantificarse al día hasta 3-4 litros de liquido, sin embargo el volumen del efluente disminuye de 800 a 1200 cc/día después de 1 a 2 meses. Esta pérdida de liquido es obligatoria y no puede ser reducida mediante manipulaciones en la dieta.

Estas alteraciones fisiologicas vuelven al paciente con Ileostomia susceptible a la depauperación aguda de electrolitos y agua (3). La gastroenteritis o diarreas debidas a cualquier causa, la exposición al calor en climas trópicos o el ejercicio vigoroso son situaciones contra las cuáles el paciente deberá de cuidarse.

En éstas circunstancias se aumentará la ingestión de agua y sal. Los pacientes con Ileostomía nunca deberan de estar en alguna situación donde falte agua y sal. No se requiere dieta especial en estos pacientes sin embargo, Prudenn y cols. (10) han demostrado que ciertos alimentos como por ejemplo: pescado, huevo, pimienta y cebolla pueden causar olor excesivo y producir abundante gas por lo cuál éstos - alimentos deben ser evitados.

Es interesante saber que en nuestro estudio el - HGZ. Puebla y el HGZ. Tehuacán fueron los que mayor número de Ileostomías practicaron y que juntos sumaron el 44.67 % de los pacientes estudiados, siendo el HGZ. de Tehuacán el - que mayor número de indicaciones incorrectas envió con un - 89 % en comparación con el 50 % del HGZ. Puebla. Si bien hubo hospitales en nuestro estudio que presentaron el 100 % - de indicaciones incorrectas y otros 100 % de indicación correcta, no son significativos por el reducido número de pa- cientes.

Esto probablemente se solucionaría con educación- médica continua a los cirujanos de éstas unidades acerca - de la Ileostomía.

Continuando el análisis del trabajo, hubo 16 dife- rentes complicaciones durante el tiempo que el paciente es- tuvo con la Ileostomía, siendo las principales: la escoriación periestomal, la sepsis abdominal y el absceso de pared entre otras.

La primera como secuela casi inevitable del con- tacto entre el contenido ileal y piel (15), sin embargo pu- diéndose minorizar a través de un buen sitio de la Ileosto- mia sobre la pared abdominal; simetría en la yema Ileal (12) exteriorización sobre la piel de por lo menos 2.5 cms. (9) y aplicación inmediata de una bolsa de Ileostomía denomina- da de Hollister con un anillo preformado de Karaya autoadhe- rible, en la cuál la apertura es ajustada a la boca de exte- riorización (3).

Las complicaciones presentadas después del cierre de la ileostomía y re-establecimiento de la continuidad intestinal, disminuyeron considerablemente en porcentaje y en número, siendo las principales encontradas: absceso de pared, fistula enterocutánea y sepsis abdominal, explicable por la cirugía séptica a que son sometidos los pacientes. (14).

El 100% de nuestros pacientes requirieron por una u otra causa nutrición parenteral total (NPT) y fué el principal apoyo para poder manejar en forma adecuada a éstos pacientes, ya que sin ella los malos resultados y la mortalidad se hubieran elevado en forma importante y muchas de las veces habría sido casi imposible su manejo.

Las alteraciones homeostáticas que implica la ileostomía así como la administración por vía central de aminoácidos, lípidos, líquidos etc. hacen que éstos pacientes necesiten control continuo de laboratorio y gabinete. (8). Nuestros pacientes requirieron en promedio los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete: 4 biometrías hemáticas; 3 químicas sanguíneas; 2 exámenes generales de orina 5 creatininas y nitrógeno ureico; 2 estudios de electrolitos; 20 glucocetonurias; 1 prueba de función hepática; 1 radiografía simple de abdomen; Y una radiografía de torax.

Por otra parte necesitaron nuestros pacientes - 39 días con NPT, 55 días de hospitalización y 3 cirugías - en promedio, para poder resolver el problema del paciente.

La morbilidad fué del 100 % y la mortalidad del 23.40 %, observándose además la relación directamente proporcional que existe entre indicación incorrecta y mortalidad. De nuestros pacientes que fallecieron el 90.91 % - tenían indicación incorrecta y solo hubo un solo paciente que falleció con indicación correcta por insuficiencia orgánica múltiple. (fistulas múltiples en colon por textiloma). Los hospitales de Puebla y Tehuacán juntos sumaron el 72.72 % de las muertes. Todo esto implica para el hospital estancia prolongada, incremento de la morbi; mortalidad además de costo elevado de la atención médica.

CONCLUSIONES:

Se concluye que la Ileostomia es una técnica quirúrgica que se ha abusado en su uso, sin indicación precisa. A medida que pasa el tiempo se incrementan las indicaciones incorrectas producto de la inexperiencia del cirujano jében o falta de criterio quirúrgico en otros.

Hay indicaciones precisas para su elaboración y no es una panacea de los procesos patológicos abdominales agudos.

No obstante de su aparente simplicidad, la creación de una buena Ileostomia requiere ciertos principios y normas para su configuración.

La Ileostomia practicada por perforación del Ileon por Salmonella no excluye la posibilidad de una nueva perforación en otro segmento de Ileon.

La nutrición parenteral total fué el principal apoyo para poder manejar en forma adecuada éstos pacientes, ya que sin ella muchas de las veces hubiera sido casi imposible su manejo.

Los pacientes Ileostomizados son difíciles en su manejo, no solo por las alteraciones homeostáticas que implica el estoma sino también por factores psicológicos difíciles de superar. En éstos pacientes la elaboración de la Ileostomia continente sería una de las opciones.

El HGZ. Puebla y el HGZ. Tehuacán son los principales proveedores de Ileostomizados a nuestro hospital y también los que mayor porcentaje de indicación incorrecta y mortalidad tuvieron.

Además nuestros pacientes ameritaron prolongada administración de NPT y estancia prolongada así como un gran número de exámenes de laboratorio y gabinete para su control y por lo menos 2 intervenciones quirúrgicas para solucionar el problema.

Y si ha ésto agregamos una morbilidad del-
100 % y una alta mortalidad del 23.40 %,el elaborar-
una Ileostomia tendrá que ser con una indicación pre
cisa. Además como la mayoría de los pacientes son -
foráneos el gasto al hospital por concepto de viáti-
cos aumenta considerablemente.

Todo ésto implica para el hospital estan-
cia prolongada, incremento de la morbi-mortalidad, ade
más de costo elevado de atención médica.

Si todo ésto se traspalara a medio particu-
lar, sólo las personas millonarias podrían sostener -
un manejo así.



DR. SALVADOR MACIAS HERNANDEZ.

ABRIL DEL 86

BIBLIOGRAFIA:

- I.) Backcook G., Bivins BA. y cols.; Technical complications of Ileostomy; South Med. J. 1980; 73 (3)-329-31.
- 2.) Barber, K. W. Jr. Wauhg, J.M., Beahrs, OH., and Saur W.G.; Indication for and the results of the surgical treatment of regional enteritis; Ann. Surg., 108; 157, 1964.
- 3.) Chapman, R, Foran, R., and Dumphy, J. E.; Management of intestinal fistulas. Amer. J. Surg., 156; 472, 1962.
- 4.) Curtis P. Artz and James D. Hardy; Complicaciones de la Ileostomia; Complicaciones en cirugia y su tratamiento; 3 Edic. 633; 1975.
- 5.) David A., Morowitz MD.; Ileostomy in Ulcerative Colitis; Am. J. Surg.; 108I; 14I; 370.
- 6.) Dozois RR.; Kelly KA.; Beart RW.; Improved results with continent Ileostomy; AM. Surg. 192 ; 319; 1980
- 7.) Elman R.; Use of parenteral feeding in the surgical treatment of intestinal fistula; Postgrad. - Med. ; 3; 265, 1962.
- 8.) Fowler. DI., Cook, W.T-Brook, BN., and Cox.; Ileostomy and electrolyte excretion. Amer. J. Dig. Dis 4; 10; 1970.
- 9.) Herbert B. Green Lee; Ileostomia con everción de - espesor total; Cirugia intestinal; I edic. 86, 1976.
- 10.) Prudden J. F.; Psychological problems following - Ileostomy; Cáncer; 1971; 28; 236.
- 11.) ROY PH.; y cols.; Experience with Ileostomies; Evaluation of long term rehabilitations in 497 patient; AM. J. Surg. 1970; 119-77.
- 12.) Rusell K.; Pearl MO. and Clinic. and cols.; A - survey of technical consideration in the construction of intestinal stoma; The American Surg. 55 ; 462; 1985.
- 13.) Sach. D.; and Barker, WF.; Immediate posoperative - management of the Ileostomy; Surgery., 59; 378, 1979.
- 14.) Turnbull R. B.; Jr. and Weakley F.L.; Atlas of intestinal stomas (ST. Louis; The C.V. Mosby Company 1967).
- 15.) Wiley F.; Barker MD. Ileostomy; Currents problems - in surgery ; Vol. 12; 12; 24-1975.