

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL USO DEL PROFILÁCTICO EN PRÓTESIS DE COLON; HOSPITAL BRACAMONTE, POTOSÍ (GESTIÓN 2003)

Autores: Castro Bellido V, Lafuente Mamani R, Mamani Gutiérrez A, Ricaldi Pinto I.

Asesores: Dr. José H. Ricaldi Pinto

Dr. Humberto Bracamonte

RESUMEN.

Objetivos. Evaluar la prótesis endoluminal con preservativo en cirugías de colon en pacientes operados, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad y diagnóstico de ingreso, Demostrar el porcentaje de complicaciones, determinar frecuencia de acuerdo a edad, sexo y procedencia, determinar frecuencia de localización anatómica de lesión para sutura de colon, preparación y hallazgos, Demostrar beneficios de técnica quirúrgica en colon preparado y no preparado y establecer protocolos de antibioticoterapia e inicio de dieta postoperatoria.

Diseño de Investigación. Corresponde a un Diseño experimental, porque el investigador produjo cambios intencionales en las variables, analizando y evaluando los efectos de los mismos y el estudio fue Transversal, descriptivo y prospectivo; porque el estudio se realizó en un solo momento del tiempo; se analizó y observó la información obtenida de los hechos ocurridos en el futuro describiendo las características de la enfermedad, su evolución y tratamiento.

Área de Estudio. Corresponde al Hospital Daniel Bracamonte que se encuentra en el Noroeste de la ciudad, es un Ente Público de 3er Nivel. Cuenta con la atención de consulta ambulatoria de Especialidades, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco - Obstetricia; con subespecialidades y servicios complementarios de alta tecnología. Cuenta con en banco de sangre y con una ventanilla de Willaykuna (ventanilla de información del Hospital con idiomas nativos).

Universo. Corresponde a 240 internaciones en el servicio de Cirugía del Hospital Bracamonte, en los meses de septiembre a diciembre de la gestión 2003; cuya muestra fueron 68 pacientes seleccionados con sutura de colon.

Metodología. Los métodos teóricos, fueron de tipo, Hipotético – Deductivo y Análisis – Síntesis, porque describió e interpretó los resultados obtenidos a partir de los experimentos que se realizó, posteriormente se obtuvo las conclusiones. El Método Empírico utilizado fue la “Hoja de Control”. El diseño de Campo corresponde a revisión de las historias Clínicas, monitorización clínico quirúrgico del paciente; después se registró los datos en el instrumento del método utilizado que fue la Hoja de Control; Posteriormente se realizó la tabulación Manual de los resultados, para luego presentarlos mediante gráficos en barras.

Resultados y Conclusiones. Los resultados más relevantes muestran el diagnóstico de ingreso fue de colostomía en 42 pacientes seguido por vólvulo en 18; la procedencia fue de Puna en 25 personas; el plano de sutura fueron dos en el 81% de los casos, la técnica más usada fue la Reconversión, el preparado de colon y uso de preservativo en su intervención fue en 33 casos y las complicaciones fueron pocas en todos los casos donde se usaron los preservativos, esto evidencian que el índice de complicaciones es menor frente a otras técnicas, que lo mayoría de los pacientes son del área rural donde predomina el sexo masculino; la técnica quirúrgica se reduce a un solo tiempo, el tiempo de estancia hospitalaria y el costo beneficio para el paciente es disminuido; además que la fisiología intestinal toma su funcionalidad en breve tiempo después de la intervención.

Palabras Clave: Profiláctico, Prótesis, autoexpandible, Ventajas, desventajas.

INTRODUCCIÓN.

La Prótesis de Colón, consiste en reemplazar la parte dañada de este órgano por otro sintético consecuente con enfermedades malignas avanzadas, mediante la colocación de prótesis autoexpandibles en obstrucción u otras patologías que requieran prótesis.⁴ Se preconiza la técnica de prótesis endoluminal con preservativo⁵ en cirugía de colon por los mayores beneficios frente a una anastomosis convencional ó dilatación con globo y láser.^{6, 7} El diagnóstico se basa en la inspección, palpación, percusión, examen digital y examen Radiológico.⁸ Sus síntomas son adelgazamiento, dolores abdominales, episodios

suboclusivos; deposiciones con mucosidades y sangre (melenas), dolor tipo cólico, detención de materias y gases y vómitos.⁹

Entre los Antecedentes a nivel Mundial, se tiene que en Teruel el 11.4%, presenta cáncer colorrectal; también se tiene que en España, los tumores malignos de colon y recto supone la tercera causa de muerte por cáncer, superado por el pulmón y estomago. Su incidencia parece ir aumentando en los últimos años. Las sociedades oncológicas estiman la incidencia anual de cáncer de colon y recto en España alrededor de 11.000 casos, que arroja un número de defunciones cercano a los 7.000 anuales.¹⁰

En Latino América, Un estudio estadístico muestra que el análisis de la tendencia de la mortalidad por cáncer de colon y recto en el Uruguay con cifras de los últimos 35 años nos proporcionan una media de 658 casos por año y una pendiente ascendente con valor positivo de 8,1. En la recta de regresión se ve claramente el aumento de este cáncer, previéndose que ocurrirían 853 muertes en el año 2000.¹¹

Alrededor del 20% de los cánceres del intestino grueso necesitan de cirugía urgente debido a sus complicaciones, siendo la más frecuente la obstrucción seguida de la perforación. En el año 1991, Carriquiry en un estudio sobre 554 cánceres de colon diagnosticados en la ciudad de Montevideo, encuentra que el 24% se presentaron clínicamente como casos de urgencia.¹² En una estadística de la Clínica Quirúrgica "A" del Profesor Abel Chifflet en Montevideo, sobre 21 pacientes operados de un cáncer de colon izquierdo en oclusión a los cuales se les realizó una resección primaria la mortalidad fue de 0%. Nuevamente en el año 1976, luego del análisis de una casuística de 115 pacientes, concluye que la mortalidad de la resección primaria no es mayor a la de las operaciones de derivación y resección escalonadas.¹³

En Bolivia, un estudio realizado en la Ciudad de La Paz, demuestra la frecuencia del dólíco-mega-colon. Es muy posible que ambas causas tengan influencia; pero se considera como el principal factor es la distensión de los gases en el colon explicada por la ley física de Boyle y Mariotte: Esto significa que el disminuir la presión el volumen aumenta, lo que explicaría un aumento de volumen en el colon (distensión), originando un incremento de sus dimensiones.¹⁴

Se fundamenta por la importancia del problema a nivel mundial y nacional, ya que día a día aumenta el factor predisponerte para adquirir enfermedades a nivel del Colon.¹⁵ En la ciudad de Potosí no existen referencias epidemiológicas en torno; es esta la razón que impulsa a realizar esta investigación.

Es importante porque es necesario el conocimiento de la eficacia de la técnica con prótesis frente a la anastomosis convencional, la necesidad de encontrar técnicas que coadyuven en la disminución de complicaciones frente a la patología asociada con los factores de riesgo, como es la protección de la anastomosis, los beneficios de una cirugía protegida en un solo tiempo en la relación de costo beneficio y la disminución de alteraciones psicosociales de paciente portador de colostomía; como respuesta a: ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del uso del profiláctico en la prótesis de colon, en el servicio de Cirugía del Hospital Daniel Bracamonte de la Ciudad de Potosí, en el Cuarto Trimestre de la Gestión 2003?.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la prótesis endoluminal con preservativo en cirugías de colon en pacientes operados, de acuerdo al tiempo de evolución de la enfermedad y diagnóstico de ingreso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demostrar el porcentaje de complicaciones.
- Determinar frecuencia de acuerdo a edad, sexo y procedencia.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La colostomía es la causa más frecuente de una cirugía en Colon, seguido por el vólvulo de sigmoides, más frecuente en pacientes de 40 a 70 años, como diagnóstico de ingreso y en menor porcentaje las fistulas. Es más frecuente en pacientes naturales y procedentes de municipios infestados por vinchucas.

La mayoría de las cirugías requirieron de sutura en dos planos por que da más confiabilidad y protección de la síntesis de los tejidos, para evitar complicaciones como dehiscencia de puntos, fistulas, etc.

La oclusión del intestino se realizó con la técnica de la Reconversión en la mayoría de los casos dando como resultado mínimas molestias; pero todas las técnicas son útiles dependiendo de la evolución de la enfermedad, estado del paciente y la viabilidad del asa comprometida. Aunque el uso de prótesis endoluminal tiene mayores beneficios que la técnica convencional en la relación costo beneficio con cirugías de un solo tiempo.

En la anastomosis se usó el preservativo con mayor frecuencia en casos del colon preparado y no preparado; por que presentaba mucha más eficacia porque muestra eficacia durante el pots – quirúrgico. El diagnóstico se realizó clínica y radiológicamente.

La morbilidad fue de 8.8% en relación a otros trabajos de 12% hasta 39%. Si la elección de técnica es adecuada, la morbilidad postoperatoria será dependiente de otros factores.

BIBLIOGRAFIA

1. Farreras V. P. Medicina interna. 14º edición. Italia: ediciones Harcourt, S.A.; 2000. p. 1087-92.
2. Autores colectivos. Diccionario Médico. Nueva Edición. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.; 1990. p. 547.
3. Autores colectivos. Diccionario Médico. Nueva Edición. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.; 1990. p. 121.
4. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
5. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
6. Puente M. Prótesis autoexpandibles en la obstrucción Colónica Maligna. 2003. [Pantallas nº1] disponible en: http://www.gastroenlared.com.ar/template.php?pagina=../Articulos/V_6/StentsAutoexpandiblesColon/StentsAutoexpandiblesColon.htm.
7. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
8. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
9. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
10. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>.
11. Vassallo, J. Cánceres de esófago, estómago y colo-recto. Su ubicación actual en el Uruguay. Lucha contra el Cáncer. 1996; 1/1: 11-2.
12. Steele, G; Meyer, R. Adenocarcinoma de colon y recto. Zuidema. Cirugía del aparato digestivo. Argentina. Panamericana 3ª. Edición. 19934; 147.
13. Gonzáles G. D. Tratamiento del Cáncer de colon izquierdo en oclusión. 2006. [Pantallas nº 1] disponible en: <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/monografias/tccio.pdf>
14. Rev. Pac. Med. Fam. Revista Paceña de Medicina Familiar actualizaciones. El megacolon en la altura. La Paz. Panamericana. 2005; 2(1):21-6.