



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA
(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Dra. Eva Maria Iglesias Flores
Hospital Universitario Reina Sofía
Córdoba

DEFINICIÓN

El Síndrome de Intestino Corto (SIC) se puede definir como la patología que presenta un síndrome de malabsorción como resultado de una extensa resección de intestino. La gravedad y la clínica de este síndrome dependerá de la longitud del intestino remanente que haya quedado indemne tras la resección.

Exite otra definición más matemática que es la que dice que padecen este síndrome todos los pacientes con una longitud de intestino delgado menor de 200 cm.

Patología que presenta un síndrome de malabsorción como resultado de una extensa resección de intestino.

La gravedad y la clínica: longitud del intestino remanente indemne tras la resección.

Longitud de intestino delgado menor de 200 cm.

ETIOLOGÍA EN ADULTOS

La etiología del SIC, aunque en todos los casos se debe a una reducción de la superficie absortiva, varía según se refiera a niños o adultos.

En los adultos esta reducción de la superficie absortiva suele deberse a resecciones, fenómenos isquémicos o traumatismos. La causa más frecuente de resección es la presencia de una enfermedad de Crohn suponiendo la etiología más frecuente de SIC en pacientes jóvenes. Otras causas de resección son la enteritis por rd y la presencia de tumores como pólipos o desmoides.

La enfermedad vascular intestinal supone la causa más frecuente de resección intestinal en pacientes añosos mayores de 70 años.

Se han descrito series de pacientes con SIC consecuencia de la cirugía bariátrica mediante by pass ileoyeyunal, actualmente abandonada por sus importantes efectos colaterales.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



- Resección:

Enfermedad de Crohn
(resección + enfermedad remanente)
Enteritis por radiación
Tumores

jóven

- Enfermedad vascular intestinal:

Embolia o trombosis de AMS
Trombosis de VMS
Consecuencias de hernia estrangulada

>70

- Traumatismos.

- Otras: cirugía bariátrica mediante ileoyeyunostomía.

ETIOLOGÍA EN NIÑOS

La etiología del SIC en niños se debe principalmente a anomalías congénitas como la atresia intestinal (yeyunal o ileal), las gastrosquisis y la enfermedad de Hirschsprung. Existen también un pequeño nº de casos en relación con traumatismos y enterocolitis necrotizante.

Hasta hace poco tiempo la población infantil no era considerada como paciente de SIC debido a la escasa supervivencia de sus patologías de base, pero debido al avance de las técnicas quirúrgicas y tratamientos, en la actualidad más del 85% de estos niños sobreviven hasta la edad adulta.

- Anomalías congénitas.

Atresia intestinal (yeyunal o ileal).
Gastrosquisis.
Enfermedad de Hirschsprung.

- Traumatismos.

- Enterocolitis necrotizante.

85% sobreviven hasta la edad adulta

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



EPIDEMIOLOGÍA

Es difícil evaluar la incidencia y la prevalencia del SIC y la mayoría de datos de los que disponemos se han obtenido de forma indirecta por lo que existe un gran riesgo de sesgo.

Dificultad para evaluar la incidencia y la prevalencia del SIC.

- Reino Unido 1-2 pac/millón reciben NPT.
- EEUU 10-20.000 pacientes con NPT.
- Finlandia 1-2 pac/millón se someten a tx intestinal.

No se conocen datos de prevalencia ni incidencia pero está aumentando por diversos factores

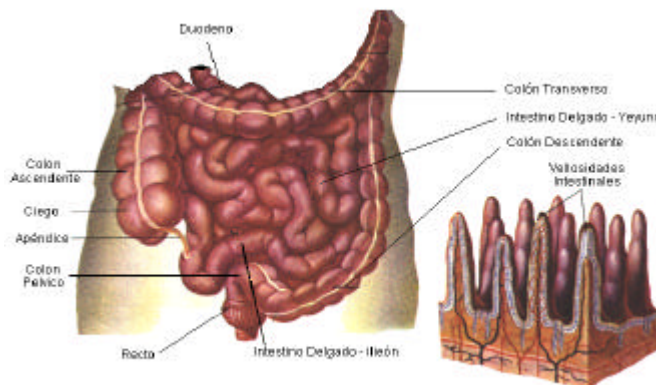
- Avances en técnicas anestésicas y quirúrgicas.
- Manejo de la NPT.
- Crecimiento de la población pediátrica.
- Desarrollo del tx intestinal.

FISIOPATOLOGÍA

El intestino delgado tiene una longitud variable entre 3 y 8 metros.

Su principal función es la absorción de nutrientes y electrolitos.

La consecuencia inmediata de la resección del intestino delgado es la reducción de la superficie mucosa que interviene en la reabsorción del contenido luminal.



- El intestino delgado tiene una longitud variable entre 3 y 8 metros.
- Su principal función es la absorción de nutrientes y electrolitos.
- La consecuencia inmediata de la resección de intestino delgado es la reducción de la superficie mucosa que interviene en la absorción del contenido luminal.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

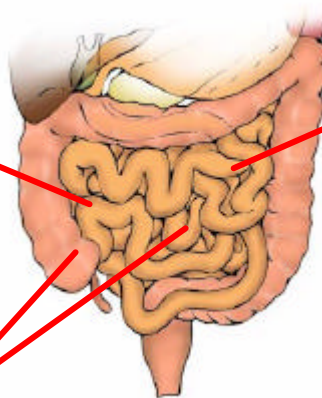
CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)

A nivel de yeyuno proximal se produce la absorción de gran cantidad de macro y micronutrientes entre los que destacan grasas, proteínas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas y oligoelementos.

A nivel del íleon terminal se produce la absorción de ácidos biliares y de la vit B12, mientras que la absorción de agua y electrolitos se produce conjuntamente entre intestino delgado y grueso.

Íleon terminal

- Ácidos biliares



Yeyuno proximal

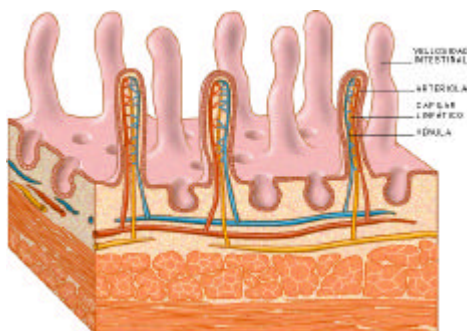
- Macronutrientes
- Micronutrientes
- Grasas
- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Minerales
- Vitaminas
- Oligoelementos

Int. Delgado/Grueso

- Agua
- Electrolitos

El intestino delgado está recubierto en su totalidad por enterocitos, pero las características de los mismos, con su consiguiente capacidad de absorción, son variables. A

Así, a nivel yeyunal las vellosidades son más altas, las criptas más profundas y existe una mayor actividad enzimática que justifica que el 90% de la digestión y absorción de nutrientes se produzcan en los primeros 100 cm de yeyuno.



El intestino delgado está recubierto por enterocitos, pero las características de los mismos, y por consiguiente, su capacidad de absorción son variables

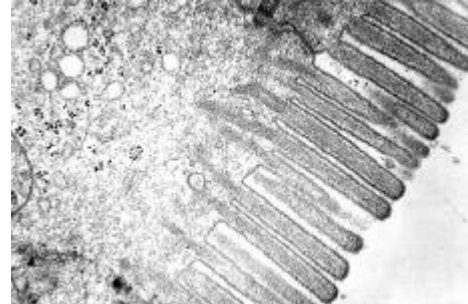


IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



A nivel yeyunal las vellosidades son más altas, las criptas más profundas y existe una mayor actividad enzimática



90% de la digestión y absorción de nutrientes se produce en los primeros 100 cm de yeyuno

MALABSORCIÓN DE AGUA Y ELECTROLITOS.

Junto al riñón, el intestino delgado desempeña un papel protagonista en el mantenimiento del equilibrio hídrico. El intestino delgado recibe diariamente unos 9 l de agua, de los cuales 8 son reabsorbidos a este nivel.

En resecciones extensas, con gran pérdida de superficie intestinal, se produce una diarrea muy abundante, que puede desencadenar episodios de hipovolemia, hipoNa e hipoK si no se limita la ingesta de alimentos y bebidas.

Como hemos indicado anteriormente, el colon también tiene una gran capacidad de absorción de agua y electrolitos, aproximadamente de 3-4 l, por ello, los pacientes con colon parcial o totalmente conservado, tienen pérdidas mucho menores.

- El I. delgado recibe diariamente unos 9 l, de los cuales 8 se reabsorben a este nivel.

- Hipovolemia
- Hiponatremia
- Hipopotasemia

- Los pacientes con colon, parcial o totalmente preservado, tienen pérdidas mucho menores.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERIA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



PÉRDIDA DE PROCESOS DE TRANSPORTE ESPECÍFICO.

La mayoría de macronutrientes son absorbidos a nivel de yeyuno proximal, debido a que estos segmentos suelen estar respetados en estos pacientes. No se conoce el riesgo de desarrollar déficit de Fe y P secundario a malabsorción en pacientes con yeyunostomías altas, pero la hipocalcemia y la hipomagnesemia son frecuentes.

La hipocalcemia se favorece por la precipitación de Ca en contacto con los ácidos grasos de cadena larga no absorbidos y por el déficit de vit D, habiéndose demostrado que la absorción de Ca mejora con una dieta baja en grasas.

La mayoría de macronutrientes son absorbidos a nivel de yeyuno proximal:

- Déficit de hierro y fósforo
- Hipocalcemia que se produce por la precipitación de Calcio en contacto con AGCL y por el déficit de vitamina
- Hipomagnesemia

El déficit de B12 y malabsorción de ácidos biliares es muy frecuente por carecer la mayoría de pacientes de íleon distal

Déficit de vitamina B12 y malabsorción de sales biliares a absorción de vitamina B12 y ácidos biliares se produce únicamente en íleon distal, por ello, el déficit de vit B12 y la malabsorción de ácidos grasos son muy frecuentes en estos pacientes ya que la mayoría de ellos carecen de íleon terminal.

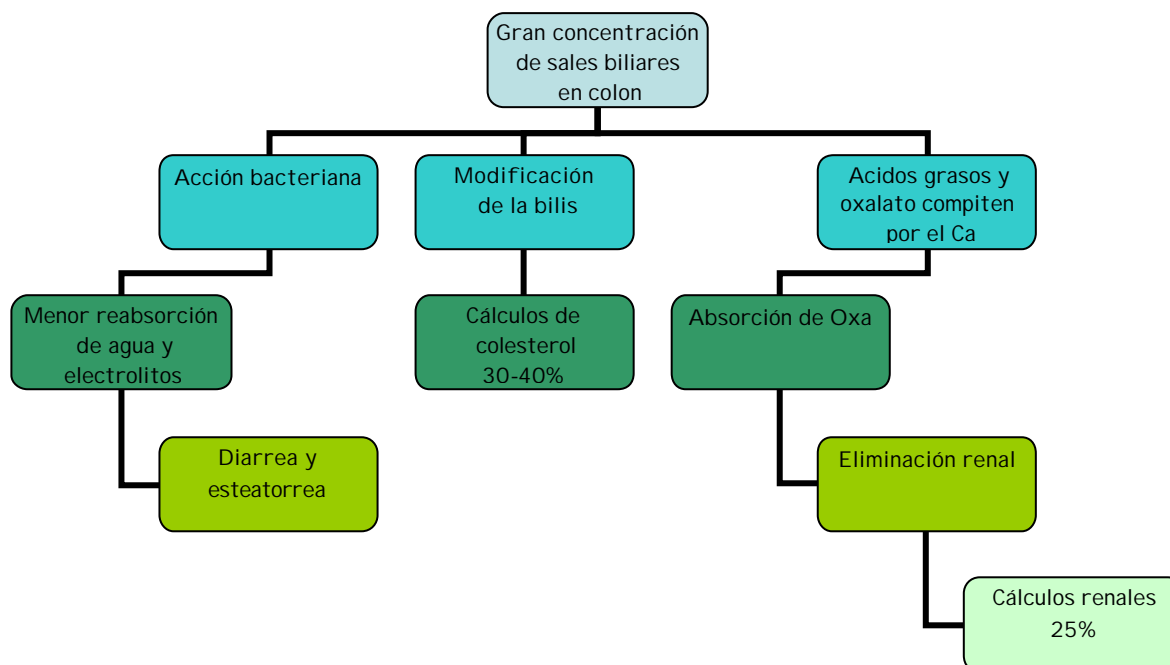
La falta de absorción de sales biliares hace q aumente su concentración en la luz colónica lo cual tiene consecuencias:

- 1- La acción bacteriana sobre una concentración aumentada de sales biliares y grasas da lugar a ácidos grasos hidroxilados y a la desconjugación de las sales biliares, ambos obstaculizan la absorción de agua y electrolitos en el colon, dando lugar a diarrea y esteatorrea.
- 2- Al producirse una interrupción de la circulación enterohepática de los ácidos biliares, se modifica la composición de la bilis dando lugar a la formación de cálculos de colesterol entre un 30-40% de los pacientes con SIC.
- 3- El oxalato presente en los alimentos precipita en forma de oxalato cálcico en la luz intestinal. En el colon, los ácidos grasos no absorbidos compiten por el oxalato clásico disponible, el oxalato se absorbe y se excreta por los riñones, desarrollándose así los cálculos renales q pueden estar presentes hasta en un 25% de los pacientes con SIC. Debe limitarse la ingesta de alimentos q contengan oxalato (cola, te, chocolate...). Si a pesar de ello persiste la hiperoxaluria que se detecta en orina, debe indicarse suplementos de calcio orales.

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)

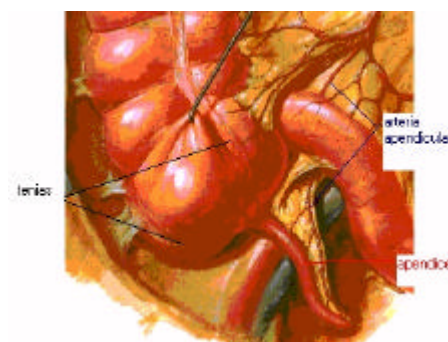


PÉRDIDA DE LA VÁLVULA ILEOCECAL.

La principal función de la válvula ileocecal es separar el contenido del intestino delgado del contenido del colon para minimizar la contaminación bacteriana y regular el vaciamiento ileal.

Con la válvula ausente puede producirse una contaminación bacteriana del intestino delgado acortado, seguida de desconjugación de las sales biliares, aumentando así la cantidad de sales biliares conjugadas y desconjugadas presentes en la luz intestinal acentuándose la malabsorción de grasas.

- La función de la válvula es separar el contenido del intestino delgado del contenido del colon
- Contaminación bacteriana del i. delgado acortado y desconjugación de las sales biliares
- Un mayor % de sales biliares conjugadas y desconjugadas en colon da lugar a la malabsorción de grasas

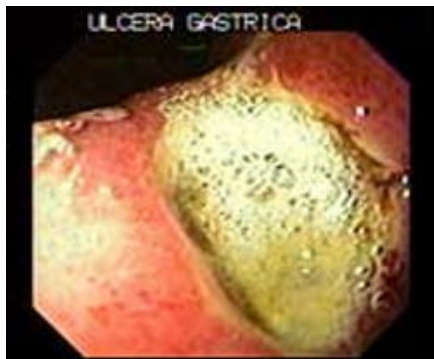


ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

Hipergastrinemia aparentemente transitoria y de mecanismo desconocido.

Un porcentaje de pacientes con resecciones extensas desarrolla hipergastrinemias con aumento de la secreción gástrica, aparentemente transitoria y de mecanismo desconocido.

Estos pacientes pueden desarrollar úlceras pépticas y dehiscencias de la anastomosis por este mecanismo.



Úlceras gástricas

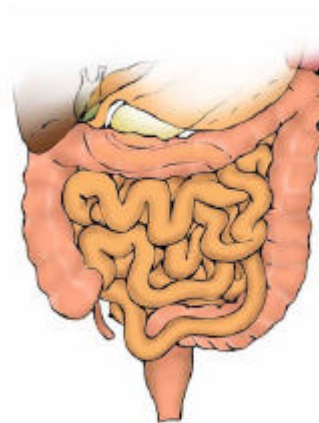


Dehiscencia de anastomosis

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas del SIC están determinadas por la cantidad y por la porción de intestino resecados. Los tipos de resección que con mayor frecuencia se observan en el SIC son:

- Resección ileal limitada con preservación de la válvula ileocecal
- Resección ileal extensa con hemicolectomía derecha
- Resección extensa del i. delgado con colectomía total y yeyunostomía alta resultante





IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



Los síntomas principales son diarrea y esteatorrea, que se acompañan de déficit de nutrientes, agua, electrolitos vitaminas y oligoelementos.

Los síntomas principales son diarrea y esteatorrea, que se acompañan de déficit de nutrientes, agua, electrolitos, vitaminas y oligoelementos.

La acidosis láctica es una complicación rara del SIC que solo se observa en pacientes con colon indemne y suele ser consecuencia de una ingesta excesiva de hidratos de carbono que son malabsorbidos y se fermentan por la flora bacteriana a ácidos grasos de cadena corta y lactato, lo que reduce el ph del colon. Esto favorece el desarrollo de anaerobios gram+ que producen D-lactato que da lugar a acidosis metabólica. El tratamiento consiste en la corrección de la acidosis mediante bicarbonato de Na y suspensión de la ingesta oral.

- **Privación calórica:** pérdida de peso, laxitud, fatiga.
- **Vit D, calcio, proteínas:** enfermedad ósea metabólica.
- **Ca, Mg:** tetania o espasmo carpopedal.
- **Vit K:** alteraciones en la coagulación.
- **Vit B12:** neuropatía periférica.
- **Vit B12, ácido fólico y Fe:** anemia.
- **Hipoalbuminemia:** edemas.
- **Otras:** úlceras pépticas, cólicos biliares y renales.
- **Rara:** Acidosis láctica en pacientes con colon conservado.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SIC no entraña dificultad, debido a que rara vez puede dar lugar a confusión al existir el antecedente de resección quirúrgica del intestino.

La longitud del intestino remanente se puede medir con estudios baritados. La analítica es de utilidad para la evaluación del estado nutricional y el diagnóstico de los distintos déficit y complicaciones. Tb se emplean las pruebas diagnósticas específicas para la malabsorción tanto de grasas como de hidratos de carbono.

Antecedente de resección quirúrgica del intestino

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



- Estudios radiológicos con contraste baritado.
- Pruebas hematológicas y bioquímicas.
- Pruebas diagnósticas específicas de malabsorción de grasas y de HC.



TRATAMIENTO

Debido a las muchas controversias que existen en el tratamiento del SIC, se recomienda un tratamiento multidisciplinar y de consenso que incluye a gastroenterólogos, cirujanos, endocrinólogos y médicos de atención primaria.

En el postoperatorio inmediato, la mayoría de pacientes con resecciones intestinales extensas permanecen en ayunas y son mantenidos con NPT, llevándose a cabo una cuidadosa monitorización del peso y del estado del volumen y determinación de las pérdidas estomales, fecales y urinarias de agua, Na y K para asegurar un buen equilibrio hídrico.

Los IBP intravenosos se usan para suprimir la hipersecreción gástrica secundaria a una posible hpergastrinemia y también para limitar las pérdidas de volumen.

Los antidiarreicos clásicos como la loperamida también pueden ayudar para limitar estas pérdidas.

Es importante el tratamiento de la enfermedad de base, como el Crohn, si se da el caso.

El éxito nutricional se alcanza con el paso de nutrición parenteral a oral que se inicia en el periodo postoperatorio tardío permaneciendo en ayunas hasta 10 días para permitir la cicatrización de las anastomosis entericas y evaluar las pérdidas basales de agua y electrolitos.

El manejo mas allá de la fase postoperatoria están determinados principalmente por el tipo de resección intestinal realizada que ahora desglosamos.

- Tratamiento multidisciplinar.
- Nutrición parenteral total.
- Inhibidores de la bomba de protones.
- Antidiarreicos.
- Tratamiento de la enfermedad primaria.
- Inicio de la nutrición oral.

RESECCIÓN ILEAL LIMITADA

- Diarrea secretora sin esteatorrea: COLESTIRAMINA (4 gr/12 horas)
- Malabsorción de grasas: SUPLEMENTOS DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES, Ca Y Mg
- Malabsorción de vitamina B12: VIT B12 1 mg IM CADA 2-3 MESES
- No se ha demostrado la utilidad de ninguna dieta específica en estos pacientes

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERIA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)

Sevilla – 28 de noviembre del 2007



Estos pacientes son los que menos síntomas desarrollan

La diarrea secretora sin esteatorrea es un hallazgo típico, que se resuelve bien con resinas fijadoras de ácidos biliares como la colestiramina

Si hay malabsorción de grasas resultan útiles los suplementos de vitaminas liposolubles, Ca y Mg

Los pacientes con déficit de B12 documentada deben recibirla vía parenteral de por vida.

No se ha demostrado la utilidad de ninguna dieta específica en estos pacientes.

Resección ileal extensa con hemicolectomía derecha

- Tratamiento de la enfermedad de base (Crohn).
- No se han demostrado ventajas entre una dieta hipograsa y una dieta normal.
- LOPERAMIDA.

Este es el tipo de resección que suele realizarse en pacientes con enfermedad de Crohn, por lo tanto el pilar básico de este grupo será el tratamiento de su enfermedad de base.

No hay ventajas entre una dieta hipograsa y una normal.

Los antidiarreicos clásicos pueden ser de utilidad.

Resección extensa de intestino delgado y colectomía.

- NPT prolongada
- IBP para reducir la secreción gástrica
- Suplementos de minerales, vitaminas y oligoelementos por vía oral o parenteral
- 50% NUEVA INTERVENCIÓN por complicaciones (estenosis, adherencias o recurrencia del Crohn).
- TRANSPLANTE INTESTINAL

Los pacientes con este tipo de resección son los pacientes con SIC más graves.

Precisan de una NPT prolongada en el tiempo. Solo el 50% de estos pacientes son capaces de reintroducir la alimentación oral tras 1-2 años, y su capacidad es proporcional a la longitud de yeyuno conservada.

Los pacientes con grandes pérdidas estomacales que exceden la ingestión de líquidos se benefician de la administración de un IBP que reduce la secreción gástrica (aunque no la pancreática ni la biliar)

Alrededor del 50% de los pacientes necesitarán una nueva resección debido a complicaciones de la inicial (estenosis o adherencias) o a una enfermedad de Crohn recurrente

De manera experimental se comenzó a realizar tx intestinal en estos pacientes. Hoy en día solo se lleva a cabo en 40 centros de todo el mundo, habiendo más experiencia en niños que en adultos, pero es una puerta abierta en el futuro del tratamiento de estas formas más complejas del SIC

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)

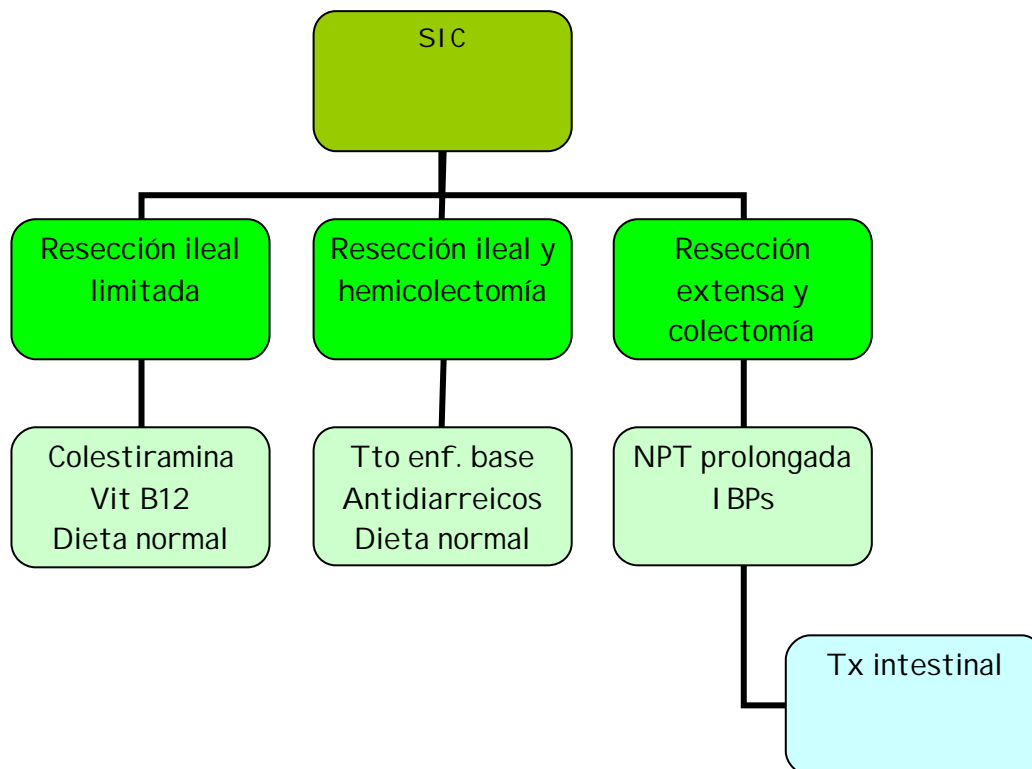


IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL SIC



MANEJO DE SITUACIONES ESPECIALES EN EL SIC

Nutrición parenteral domiciliaria

La mayoría de los pacientes responden muy bien a la NPD, con tasas de supervivencia a los 4 años de más del 80% en los pacientes con Crohn y del 70% en los pacientes con trastornos derivados de isquemia. La mayoría de las muertes se relacionan más con la enfermedad subyacente o con complicaciones médicas que con la NPD

Los problemas derivados de la NPD son:

- Sepsis repetidas y trombosis que suponen la pérdida de accesos venosos.
- Disfunción hepatobiliar.
- Limitación en la independencia que interfiere en la vida (social y sexual).

ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA

Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERÍA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)



IX JORNADAS SOBRE E.I.I. EN SEVILLA

(Enf. de Crohn y Colitis Ulcerosa)
Sevilla – 28 de noviembre del 2007



ESTOMAS

En muchas ocasiones los pacientes con SIC serán portadores permanentes de estomas, que precisaran unos cuidados específicos en su manejo a la hora de evitar complicaciones.

Es importante una correcta educación sanitaria que debe realizarse previa al alta hospitalaria que consistirá en como realizar la higiene, identificar los materiales que precisa y el uso correcto de los dispositivos (como vaciar la bolsa si procede, medir el estoma, colocar el colector.....) así como mantener una correcta hidratación de la piel periestromal

A veces, es tan, o mas importante que la educación sanitaria, el apoyo psicoemocional de estos pacientes.

- Completa educación sanitaria previa al alta hospitalaria.
 - Higiene.
 - Identificar los materiales que precisa.
 - Uso correctos de los dispositivos.
 - Correcta hidratación de la piel periestromal.
- Apoyo psicoemocional de estos pacientes.



ASOCIACIÓN DE ENFERMOS DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA DE SEVILLA
Residencial Conde de Bustillo, 11 Local – 9 – 41005 – Sevilla Telf.: 954 639 407

CIF 41914599 - Nº REGISTRO PROVINCIAL DE ASOCIACIONES 6.713- MIEMBRO DE A.C.C.U. ESPAÑA --MIEMBRO DE LA F.A.M.S.-
REGISTRO MUNICIPAL DE ENTIDADES Nº 1.204 SUR - REGISTRO EN LA CONSEJERIA DE SALUD 608/01- MIEMBRO DE LA
E.F.C.C.A. (FEDERACIÓN EUROPEA DE ASOCIACIONES DE ENF. DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA)