



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**EFICACIA DE LA REVERSIÓN TEMPRANA VERSUS
CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ILEOSTOMIA.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MIGUEL ÁNGEL ARÉVALO REMACHE

DIRECTOR: DR. FAUSTO MARCELO QUICHIMBO SANGURIMA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**EFICACIA DE LA REVERSIÓN TEMPRANA VERSUS
CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ILEOSTOMIA. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MIGUEL ÁNGEL ARÉVALO REMACHE

DIRECTOR: DR. FAUSTO MARCELO QUICHIMBO SANGURIMA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORIA Y RESPONSABILIDAD

Miguel Ángel Arévalo Remache portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105562003**. Declaro ser el autor de la obra: **“Eficacia de la reversión temprana versus convencional en pacientes con ileostomía. Revisión bibliográfica”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 3 de febrero del 2025


.....

Miguel Ángel Arévalo Remache

C I 0105562003

CERTIFICACION DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Eficacia de la reversión temprana versus convencional en pacientes con ileostomía. Revisión bibliográfica”** realizado por **Miguel Ángel Arévalo Remache** con documento de identidad No. **0105562003**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 3 de febrero del 2025



Firmado electrónicamente por:
FAUSTO MARCELO
QUICHIMBO SANGURIMA

F:

Dr. Fausto Marcelo Quichimbo Sangurima

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A mis padres Hernán y Alicia quienes son las personas que más quiero, por su apoyo incondicional en todo momento, por brindarme la oportunidad de tener una excelente educación y ser siempre ejemplo de vida a seguir. Y a mis hermanos Jessica, Hernán y Adriana por su amor y ayuda siempre.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la serenidad, el valor y la sabiduría para permitirme llegar a este punto tan importante de mi vida.

A mi familia quienes han estado conmigo toda mi vida y en este trayecto durante mi carrera universitaria, brindándome su amor y consejos para seguir adelante siempre.

A mis maestros a lo largo de estos años, quienes me dieron las bases para aprender esta hermosa carrera y de manera especial al Doctor Fausto Quichimbo quien me apoyó en la realización de esta investigación.

RESUMEN

La ileostomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza con relativa frecuencia, sin embargo, representa un problema de salud pública ya que presenta una alta prevalencia de reacciones adversas. La reversión temprana de la ileostomía en los últimos años se ha vuelto un método llamativo debido a los beneficios que pueden obtener tanto pacientes como médicos, por lo que se ha buscado describir la eficacia de la reversión temprana versus convencional de la ileostomía. La mayoría de los estudios se centraron en la ileostomía como pilar del tratamiento del cáncer de recto tras una escisión meso rectal. Los resultados no mostraron diferencia estadística significativa en cuanto a la morbilidad general que presentan los pacientes tras la reversión temprana. Sin embargo, al evaluar aspectos específicos de la morbilidad tras la rehabilitación temprana de la ileostomía como tasas de obstrucción del intestino delgado y mejora en la calidad de vida, se observaron diferencias estadísticas significativas que pueden apoyar esta técnica novedosa. A pesar de ello, también hay estudios que no sugieren su utilización por presentar más efectos adversos, por este motivo es necesario que se realice una evaluación individualizada considerando los factores clínicos y psicosociales del paciente antes de tomar una decisión en cuanto al tiempo óptimo de rehabilitación de la ileostomía. Estos hallazgos son importantes ya que permiten explorar la viabilidad de la reversión temprana y con ello proponer que se realicen más estudios acerca del tema que permitan dilucidar el tiempo óptimo de cierre.

Palabras clave: Efectos adversos, Ileostomía, Rehabilitación

ABSTRACT

An ileostomy is a surgical procedure that is performed relatively frequently; however, it poses a public health problem due to its high prevalence of adverse reactions. Early reversal of ileostomy has become an appealing method in recent years because of the benefits it can provide to both patients and physicians. Therefore, efforts have been made to describe the efficacy of early versus conventional ileostomy reversal. Most studies focused on ileostomy as a cornerstone of rectal cancer treatment after a mesorectal excision. The results did not show a statistically significant difference in overall morbidity experienced by patients after early reversal. However, statistically significant differences that may support this novel technique were observed when evaluating specific aspects of morbidity following early ileostomy rehabilitation, such as rates of small bowel obstruction and improvements in quality of life. Despite this, some studies do not recommend its use due to a higher incidence of adverse effects. For this reason, it is necessary to conduct an individualized assessment considering the clinical and psychosocial factors of the patient before deciding the optimal timing for ileostomy rehabilitation. These findings are important as they allow for the exploration of the viability of early reversal and suggest that further studies should be conducted on the topic to clarify the optimal timing for closure.

Keywords: Adverse effects, Ileostomy, Rehabilitation

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
MÉTODOLÓGÍA	11
Objetivos	12
Marco teórico	13
Concepto	13
Complicaciones	15
Rehabilitación convencional de ileostomía	18
Rehabilitación temprana de la ileostomía	19
Resultados	20
Discusión	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFÍA	35
GLOSARIO	34
AUTORIZACION DE PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL ..	35

INTRODUCCIÓN

La creación de una ileostomía es un procedimiento que se realiza en patologías que afectan segmentos intestinales como el colon o recto, uno de sus propósitos es proteger anastomosis realizadas en estas porciones intestinales y así evitar complicaciones graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente, sin embargo, este procedimiento puede generar diversidad de reacciones adversas que se presentan hasta en más de la mitad de los casos y con ello afectar negativamente la calidad de vida de la persona con una ileostomía(1).

El cáncer colorectal y la enfermedad inflamatoria intestinal son las principales enfermedades que conllevan a la resección de segmentos intestinales y posterior anastomosis de estos, por lo que son patologías que representan las causas más prevalentes para realización de ostomía (2,3). Sin embargo, también son indicadas en muchas otras enfermedades como perforación intestinal, traumatismos y entre otras (4). Según las estadísticas del American Cancer Society, el cáncer colorectal es el segundo tipo más prevalente en hombres y el tercero en mujeres en todo el mundo (5).

En este sentido la ileostomía forma parte del tratamiento en estas patologías y generalmente es un procedimiento realizado con frecuencia. A pesar de ello, las complicaciones posquirúrgicas relacionadas con la ileostomía también siguen siendo frecuentes y conllevan una elevada morbilidad, así como altos costes sanitarios (6).

Varios estudios han propuesto disminuir el tiempo de espera para el cierre y reversión de las ileostomías con el objetivo de disminuir la cantidad de complicaciones relacionadas con la ostomía y mejorar de manera global la calidad de vida del paciente sometido a esta intervención (2,7). Por lo que la presente revisión bibliográfica tiene como objetivo describir la eficacia de la reversión temprana de la ileostomía versus reversión convencional, en base a la prevalencia de complicaciones postquirúrgicas tras la rehabilitación de la ileostomía.

MÉTODOLÓGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo cuantitativa con carácter observacional de tipo retrospectiva, que busco describir mediante artículos cuantitativos, la eficacia de la rehabilitación de la ileostomía en función del tiempo empleado para el cierre de la ileostomía. Los resultados obtenidos tras el análisis de la información se recopilaron en tablas que permitió comparar los distintos tipos de intervenciones con sus resultados obtenidos en las distintas investigaciones.

Se incluyó investigaciones como artículos cuantitativos, revisiones sistemáticas, meta análisis, artículos originales que tengan resultados claros relacionados con los objetivos de la revisión, estudios clínicos randomizados con un rango de 5 años de antigüedad (2019-2023). Entre los criterios de exclusión en esta revisión bibliográfica se excluyó tesis de grado, casos clínicos, cartas al editor y artículos cualitativos.

Los términos de búsqueda fueron: Ileostomía, efectos adversos, métodos, mortalidad, rehabilitación, estándares, estadísticas y datos numéricos, tendencias y complicaciones postoperatorias. En ingles: ileostomy, adverse effects, methods, mortality, rehabilitation, standards, statistics and numerical data, trends and postoperative complications. Se realizó la combinación de estos términos a través de los operadores booleanos "AND", "OR", "NOT" para la búsqueda de información. La información se obtuvo en el periodo de octubre del 2023 a través de bases de datos científicas de alto impacto como PubMed, Scopus, Web of Science y Taylor & Francis. Se consideraron artículos con un factor de impacto entre Q1 a Q4 calificados mediante indicadores cuantitativos como la Scimago Journal Rank.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir la eficacia de la reversión temprana versus convencional en pacientes con ileostomía temporal.

Objetivos específicos:

- Reconocer la prevalencia de complicaciones postquirúrgicas tras una reversión temprana de ileostomía.
- Reconocer la prevalencia de complicaciones postquirúrgicas tras una reversión convencional de ileostomía.
- Establecer el mejor tiempo para la reversión de la ileostomía.

MARCO TEÓRICO

Concepto

Las ostomías también denominadas estomas se definen como una apertura o un abocamiento de un órgano interno hacia el exterior del cuerpo, que puede ser creado de manera natural o artificial, en este contexto se da el sufijo ostomía a las intervenciones donde se realiza este procedimiento. Las ostomías se realizan frecuentemente en el tracto gastrointestinal. Donde la ileostomía corresponde a uno de los métodos más utilizados, es un procedimiento quirúrgico donde la parte terminal del intestino delgado denominada íleon, se desvía y se exterioriza a través de una apertura realizada en la pared abdominal, generalmente en el cuadrante inferior derecho, lo que permite que el contenido intestinal sea evacuado por medio de la apertura en la pared abdominal y así desviar el contenido intestinal de su recorrido anatómico normal (8,9).

El íleon principalmente cumple la función de absorción de vitamina B12 y sales biliares, el agua a su vez se absorbe a lo largo de todo el intestino delgado por medio de difusión pasiva, sin embargo, la mayor parte se absorbe a nivel del colon, debido a esto el gasto o el débito de la ileostomía tiene consistencia blanda y generalmente es líquida (9). En condiciones normales recibe aproximadamente entre 9 y 10 L de líquido diariamente de contenido donde gran parte de este volumen está constituido por secreciones salivales, gástricas, biliares, pancreáticas e intestinales. y la mayor parte de la absorción nutricional ocurre en los primeros 150 cm, se reabsorben casi 6 L de líquido en el yeyuno y 2,5 L en el íleon (8,10).

Normalmente, el débito diario de una ileostomía puede variar entre 200 y 1200 ml, considerándose como límite superior el mantener el gasto por debajo de 1500 ml al día (8,10). Los problemas de deshidratación, desequilibrios electrolíticos y alteraciones nutricionales están relacionados con un alto débito de la ileostomía. Sin embargo, no existe un consenso claro sobre

el umbral que se considera un alto gasto. Generalmente, se define una ileostomía de alto débito como aquella que presenta una salida superior a 2000 ml en un período de 24 horas (11). Otros autores también la consideran de alto débito cuando supera los 2000 ml en 24 horas y se mantiene así durante 3 o más días consecutivos, lo cual está acompañado por alteraciones bioquímicas en el paciente (12).

Entre las ileostomías realizadas con mayor frecuencia son las de tipo asa y terminales, las mismas pueden ser reversibles o temporales cuando se conserva el esfínter anal y se busca restaurar la función intestinal, se procede a la rehabilitación o reversión en un segundo tiempo quirúrgico una vez ha sanado la anastomosis distal, aunque también pueden llegar a ser irreversibles(9,13). Generalmente, las ostomías se realizan en el contexto de una obstrucción o derivación de los residuos intestinales con el fin de proteger anastomosis realizadas en los segmentos inferiores del colon, de esta manera, entre las condiciones específicas para realizar una ileostomía encontramos afectación gastrointestinal por enfermedades benignas o malignas como el cáncer colorectal, la enfermedad de Crohn, enfermedad diverticular, colitis ulcerosa o en casos de trauma donde haya afectación intestinal (4).

Tabla 1 *Indicaciones y contraindicaciones para creación de ileostomía en asa*

Indicaciones

- Protección para anastomosis colónicas distales (ej: resección anterior baja)
- Tratar obstrucciones distales del colon
- Manejo de las fugas anastomótica
- Para anular una fistula intestinal
- Manejo de la sepsis perianal severa (ej: gangrena de fournier, enfermedad de Crohn's)
- En trauma rectal, daño del esfínter
- Incontinencia fecal
- Colitis toxica fulminante

Contraindicaciones

- Carcinomatosis
 - Mesenterio corto
-

Nota. * No existe contraindicaciones absolutas para la formación de ileostomías

Fuente: Obtenido a partir de McGee M. et al (8); Pine J et al (9); Rajaretnam N et al (13).

A lo largo del tiempo y gracias a los avances en la medicina, la ileostomía se ha convertido en un método que busca facilitar, mejorar y paliar situaciones difíciles en las decisiones del cirujano. Para la formación de los estomas, siempre que las condiciones nos lo permitan, se prefiere la técnica laparoscópica ya que se informó que esta técnica demostró reducción del dolor y de fármacos narcóticos, una estancia hospitalaria más corta, la función intestinal se recuperó en un tiempo más corto y entre otras ventajas sobre la cirugía abierta(1,14).

Así pues, la ileostomía en asa se ha convertido en un pilar importante en el tratamiento multidisciplinario del cáncer colorectal, así tras la resección anterior baja con escisión meso rectal total o parcial para el cáncer de recto se suele colocar una ileostomía en asa de manera regular a los pacientes para proteger la anastomosis y reducir el riesgo de las complicaciones por fuga anastomótica (FA) (15,16). Se ha demostrado que existe una disminución en la aparición de sepsis y de necesidad de re intervenciones quirúrgicas de emergencia en pacientes con una ileostomía que presentan una FA, sin embargo el riesgo de FA es el mismo en pacientes quienes se le realizó ileostomía derivativa y en quienes no(4,7).

Complicaciones

La creación de ostomías suelen generar complicaciones o reacciones adversas postquirúrgicas en un porcentaje variable de pacientes que van desde el 10% hasta el 70% (1). Tras la realización de una ileostomía se pueden encontrar reacciones adversas relacionadas con el estoma, con la piel periestomal así como también de carácter sistémico. Adicionalmente, se pueden clasificar a las complicaciones postquirúrgicas en precoces cuando ocurren hasta en 30 días posteriores a la cirugía y en tardías cuando ocurren en un periodo mayor de tiempo(8,9). Dichas complicaciones se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2 *Complicaciones postquirúrgicas de la ileostomía*

Relacionadas a la estoma	
Precoces	
•	Localización equivocada
•	Retracción*
•	Necrosis isquémica
•	Desprendimiento
•	Formación de abscesos*
•	Extremo equivocado de abertura
Tardías	
•	Prolapso
•	Estenosis
•	Hernia periestomal
•	Formación de fistulas
•	Gases
•	Mal olor
Relacionadas con la piel periestomal	
Precoces	
•	Excoriación
•	Dermatitis*
Tardías	
•	Varices paraestomales
•	Dermatosis
•	Cáncer
•	Manifestaciones cutáneas de enfermedad inflamatoria intestinal
De carácter sistémico	
Precoces	
•	Debito elevado*
Tardías	
•	Obstrucción intestinal
•	Falta de cierre

Nota. * puede producirse también como complicación tardía.

Fuente: Obtenido a partir de McGee M. et al (8); Pine J et al (9); Rajaretnam N et al (13).

Se debe valorar la evolución normal de las ostomías realizadas, en el sitio quirúrgico la ostomía realizada recientemente tienen apariencia roja, húmeda, son brillantes y edematosas, suelen sangrar, pero generalmente solo tendría que ocurrir cuando se realiza la respectiva higiene, a lo largo del tiempo con respecto al desarrollo de la ostomía suele reducir su tamaño entre las primeras 6 semanas tras la cirugía, por lo que se debe valorar el tamaño y cambiar el tamaño de la abertura de la barrera cutánea con respecto a los cambios en el estoma y así mantener la piel periestomal protegida. Signos de daño necrótico a nivel periestomal aparecen con cambios de coloración a pálida, morada o negra en la ostomía(17–19).

Otra complicación a tener en cuenta es el síndrome de resección anterior baja (LARS) que representa un deterioro en la función intestinal tras una resección intestinal, manifestándose con incontinencia de flatos y/o heces, urgencia en la necesidad de defecación, aumento en su frecuencia, deposiciones impredecibles y dificultad para el vaciamiento, además de una disminución en la calidad de vida del paciente(20). Para objetivar la presencia de LARS se utiliza una encuesta validada con 5 preguntas que evalúa la función intestinal preguntando acerca de los signos y síntomas mencionados anteriormente, los resultados tienen un rango de 0 a 42 puntos, que se pueden subdividir en no hay presencia de LARS, LARS menor (>21 puntos) y LARS mayor (>30 puntos)(21). Este síndrome puede aparecer en un gran porcentaje de pacientes, así pues, Gomez J et al., en su estudio encontro la presencia de LARS hasta en un 56% de pacientes (22). Las reacciones adversas que afectan la piel periestomal son las que generalmente tienen una mayor proporción de aparición aproximadamente de 18 a 55%, la deshidratación que puede generar lesión renal aguda y con ello elevar la mortalidad ha sido reportada hasta en un 16%(4).

Las complicaciones al momento de la rehabilitación de la ileostomía se ha reportado que presentan una tasa de morbilidad del 17,3% con una mortalidad de 0,4%, entre las reacciones adversas se encontraron obstrucción del intestino delgado, infección de la herida, necesidad de nueva cirugía abierta, hernia incisional, dehiscencia, íleo prolongado, fistulas, sangrado y abscesos intra abdominales(4). Vergara O. et al indicó que se asocia a una mayor incidencia de hernia incisional a un cierre de la ileostomía en asa >3 meses y presencia de una hernia paraestomal (23). La infección del sitio quirúrgico es la reacción adversa más común al momento de la rehabilitación de la ileostomía reportada hasta en un 40% de casos, para prevenirla se pueden tomar en cuenta elementos como la preparación intestinal, la

administración de antibióticos perioperatorios apropiados, el uso de suturas absorbibles, irrigación de heridas con solución salina y cierre de la piel en bolsa de tabaco (16).

Tomando en cuenta todas estas posibles reacciones adversas se debe individualizar a cada paciente al momento de la rehabilitación de la ileostomía considerando los posibles riesgos y beneficios con el objetivo de evitar o disminuir las posibles complicaciones en la creación, durante el proceso y al momento del cierre de la ileostomía para así disminuir costos hospitalarios y mejorar la calidad de vida del paciente.

Rehabilitación convencional de ileostomía

La rehabilitación también denominada reversión o cierre de la ileostomía hace referencia al proceso mediante el cual se cierra la comunicación del estoma con el exterior, se disecciona el intestino delgado asociado a la pared abdominal que posteriormente es anastomosado con el uso de grapas o mediante sutura manual y se devuelve el recorrido intestinal a la normalidad (9,13).

De manera convencional, se realiza este procedimiento en un periodo aproximado de 6 a 12 semanas tras la cirugía índice o primaria periodo en el cual se espera que la anastomosis inferior este completamente curada (1,15,24), para objetivar la sanación y proseguir con la reversión se puede utilizar un enema de contraste con solución hidrosoluble y/o una sigmoidoscopia flexible (25).

A menudo, en la práctica clínica la permanencia de la ileostomía se prolonga en el tiempo pudiendo requerir de muchos meses y en algunos casos hasta años, afectando la calidad de vida

de los pacientes y exponiéndolo a un aumento de presentar reacciones adversas. Estos retrasos se pueden deber a la necesidad de quimioterapia adyuvante postoperatoria, fuga anastomótica sintomática, obstrucción del intestino delgado y recientemente se reportó un retraso debido a dificultades administrativas a causa de la pandemia por COVID – 19 que alcanzó un atraso de hasta 18 meses en la reversión del estoma(7,24).

Rehabilitación temprana de la ileostomía

No existe consenso acerca de un tiempo predeterminado para la reversión de la ileostomía. Por lo que diversos estudios han demostrado que ciertos pacientes sometidos a ileostomía de tipo reversible pueden verse beneficiados de una reversión temprana de la ileostomía y así evitar complicaciones relacionadas con la ostomía y la morbilidad en general (7,15,26).

Si se reduce el tiempo de permanencia de un estoma también puede encontrarse beneficio de manera global en la calidad de vida del paciente, debido a que se ha demostrado que existe afectación en el desempeño mental y físico del paciente, ya que la permanencia y el cuidado adecuado que debe tener la ostomía interfiere en aspectos sociales, culturales, religiosos y sexuales pudiendo desencadenar enfermedades psiquiátricas(20). En relación con esto se ha propuesto un tiempo comprendido entre 14 a 30 días para la reversión temprana (7,15,27).

RESULTADOS

Inicialmente, la búsqueda tuvo una base de 1441 resultados según los cuatro motores de búsqueda, se realizó la filtración dejándonos con 86 artículos que tienen relación con el tema de investigación, se excluyeron 34 artículos duplicados, 11 por no contar con acceso libre. Los artículos incluidos inicialmente fueron 41, consistentes en ensayos controlados aleatorizados, meta-análisis y revisiones sistemáticas relacionados con la ileostomía y su rehabilitación... Posteriormente, tras la revisión de texto completo se eliminó 26 revisiones tras el segundo análisis por no correlacionar el tema principal de la investigación, dando un total de 15 artículos que comparaban la reversión temprana versus convencional de la ileostomía presentando resultados específicos del tema de estudio.

Tabla 3. Prevalencia de complicaciones postquirúrgicas tras una reversión temprana y convencional de ileostomía

Autores/año	Titulo	Tipo de estudio	Población o muestra	Resultados	Conclusiones
Ellebæk M et al. 2023(26).	Early versus late reversal of diverting loop ileostomy in rectal cancer surgery: a multicentre randomized controlled trial.	Ensayo clínico aleatorizado randomizado multicéntrico prospectivo	257 pacientes elegibles, se excluyeron 68 (77 en RT y 69 a RC)	<p>Índice global de complicaciones (IGC)</p> <p>A los 30 días tras reversión(P=0.716)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 7.58 • RC: 6.66 <p>A los 90 días (P=0.361).</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 23.1 • RC: 19.05 <p>Puntuación de complicaciones relacionadas con el estoma fue mayor en la RC (0.63; 95% CI 0.08, 1.17; P=0.024).</p> <p>Fuga anastomótica</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 4 • RC: 1 	El IGC fue similar en ambos grupos, se debe tomar en cuenta el riesgo de desarrollar FA tras la RT
Banzade A, Dehghankhalili M, Bahrami F, Mohammad S, Ghaffarpassand F. 2023 (28).	Outcome of early versus late ileostomy closure in patients with rectal cancers undergoing low anterior resection: A prospective cohort study	estudio de cohorte prospectivo	107 pacientes, 38 excluidos (32 en RT y 37 RC)	<p>Numero de complicaciones tras el cierre (P=0.086)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 12 • RC: 13 	RT < 2 semanas después de LAR en pacientes con adenocarcinoma de recto es una técnica factible y

					segura en comparación con el cierre tardío (>2 meses)
Bausys A et al. 2019(15).	Early versus standard closure of temporary ileostomy in patients with rectal cancer: A randomized controlled trial	Ensayo controlado aleatorizado unicéntrico	163 pacientes, 77 excluidos (RT 43 y RC 43)	<p>Morbilidad a los 30 tras la rehabilitación (P = 0.024; odds ratio, 4.516; 95% confidence interval, 1.165-17.497)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 27,9% • RC: 7,9% <p>Readmisiones en los 30 días fue similar en ambos grupos (P = 0.618, odds ratio, 2.775, 95% confidence interval, 0.276-27.871)</p>	RT de la ileostomía a los 30 días tras la resección anterior baja no es segura y no se debería realizar
Keane C, Sharma P, Yuan L, Bissett I, O'Grady G. 2019(29).	Impact of temporary ileostomy on long-term quality of life and bowel function: a systematic review and meta-analysis	Revisión sistemática y meta análisis	7 artículos completos incluidos	<ul style="list-style-type: none"> • No diferencia en disfunción intestinal entre RT y RC (mayor LARS 73% versus 60%, P = 0.3) <p>Subescala BFI urgencia/suciedad (P=0.02)</p>	Los datos actuales sugieren que existe el doble de riesgo de desarrollar LARS grave, pero no hay diferencias significativas en la vida para los que tienen una ileostomía derivadora. Se

				<ul style="list-style-type: none"> • RT: 17 • RC: 14 <p>Necesidad de estoma permanente (P = 0.05)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 2% • RC: 13% <p>RT obtuvo una puntuación media superior a RC en las subescalas que evalúan el rol físico y la frecuencia evacuatoria de calidad de vida a los 3 meses (EORTC QLQCR29; 34 versus 0, P < 0.001).</p>	necesitan más estudios para confirmar este hallazgo y evaluar los mecanismos subyacentes.
<p>—————Elsner A et al. 2021(30).</p>	Closure of Temporary Ileostomy 2 Versus 12 Weeks After Rectal Resection for Cancer	Ensayo controlado randomizado prospectivo multicéntrico	77 pacientes, 6 excluidos (37 RT y 34 RC)	<p>Entre los resultados más representativos, Total, de complicaciones menores (P=1.00):</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 12 • RC:12 <p>morbilidad general después del cierre del estoma (P= 0.145)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 18 • RC: 10 	RT no proporciona una mejor calidad de vida 6 semanas y 4 meses después de la resección rectal baja, pero presenta una viabilidad significativamente adversa y una morbilidad mayor en comparación con RC. No se puede recomendar

				<p>Fuga anastomótica del intestino grueso (P= 0.240)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 3 • RC: 0 	<p>RT después de la resección rectal.</p>
<p>Clausen F, Dohrn N, Rosenkrantz E, Klein M, Gögenur I. 2020 (31).</p>	<p>Safety of early ileostomy closure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</p>	<p>Revisión sistemática y meta análisis</p>	<p>6 artículos completos</p>	<p>No se encontró diferencia estadística significativa entre el grupo de RT y RC</p> <p>Totales de eventos tras la reversión (P = 0,45)</p> <p>RT: 16</p> <p>RC: 10</p>	<p>Esta revisión sistemática y meta análisis sobre la seguridad de la RT versus RC después de la resección rectal muestran que la RT no se asocia a una mayor tasa de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, la bibliografía actual tiene importantes limitaciones en forma de tamaños de muestra pequeños, seguimientos breves y riesgo de sesgo que limitan esta evaluación de la seguridad.</p>

<p>Ng Z, Levitt M, Platell C. 2020 (32).</p>	<p>The feasibility and safety of early ileostomy reversal: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Revisión sistemática y meta análisis</p>	<p>9 artículos completos</p>	<p>Porcentaje total de morbilidad tras la reversión (RD) -0.05 (95% confidence interval (CI) -0.22 to 0.11, $P = 0.531$) RT: 20,6% RC: 32%</p>	<p>El concepto de reversión precoz del estoma es atractivo. A pesar de las reciente evidencia que ha demostrado su viabilidad y seguridad, los y los criterios de valoración son heterogéneos y deben interpretarse con cautela. Se necesitan más ensayos bien diseñados antes de adoptar este concepto en la práctica diaria.</p>
<p>O'Sullivan N et al. (7)</p>	<p>Early vs. standard reversal ileostomy: a systematic review and meta-analysis</p>	<p>Revisión sistemática y meta análisis</p>	<p>6 artículos completos</p>	<p>Porcentaje total de morbilidad tras la reversión (OR, 1.24; 95% CI 0.82–1.88; $p=0.31$) RT: 25,5% RC: 21,6%</p>	<p>Para la mayoría de los resultados, nuestra revisión no observó diferencias entre la RT y la RC de la ileostomía disfuncionante después de la rectal. Sin embargo, el grupo</p>

					<p>de RT tuvo una mayor tasa de mayor morbilidad y/o reintervención. En general, el cierre precoz parece ser una opción factible en casos muy selectivos con un buen asesoramiento perioperatorio y una toma de decisiones compartida. La repercusión del RT en la calidad de vida general requiere una evaluación más exhaustiva. evaluación</p>
Copaescu C, Smeu B, Catanescu E, Andrei D, Tomulescu V. 2019(27)	Early Laparoscopic Ileostomy Reversal After Rectal Cancer Surgery – Technique and Outcomes	Estudio de cohorte retrospectivo	21 pacientes (11 en RT y 10 en RC)	No se encontro diferencia significativa en las complicaciones postoperatorias RR=0.454 (C.I.=[0.048, 4.280])	La reversión laparoscópica de la ileostomía puede ser una opción primaria para la rehabilitación ileostomía tras una

					resección colorectal. La reversión precoz de la ileostomía es segura y mejoró los resultados postoperatorios en pacientes seleccionados. La investigación cuidadosa y la selección rigurosa de los pacientes es obligatoria.
Shaikh S, Laghari Z, Laghari Q, Abro S, Dal N. 2020(33).	Early or Delayed Reversal of Temporary Ileostomy after Typhoid Perforation: A Comparative Study at Tertiary Care Hospital	Estudio prospectivo comparativo	78 pacientes (39 en RT y 39 en RC)	Complicaciones postoperatorias fueron menores en el grupo de RT en comparación con el grupo de RC (P=0,653) Los días de estancia hospitalaria también fueron menores en el grupo de RT vs RC (P=0,004)	Se concluyó que la reversión temprana de la ileostomía temporal es factible y segura, una reversión temprana de la ileostomía temporal generaría beneficios económicos y administrativos para el departamento y beneficios

					personales para los pacientes.
Dulskas A et al. 2021 (34).	Quality of Life and Bowel Function Following Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients with Rectal Cancer: A Report from a Single-Center Randomized Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado unicéntrico	51 pacientes (26 en RT y 25 en RC)	<p>Presencia de LARS</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 46% • RC: 56% <p>LARS mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 23% (6 pacientes) • RC: 32% (8 pacientes) <p>No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,858$).</p>	No encontramos diferencias en la calidad de vida o el funcionamiento intestinal en el período posoperatorio tardío después del cierre temprano versus tardío de la ileostomía según dos cuestionarios y un tamaño de muestra pequeño. Se debe realizar un ECA muy grande con un diseño de no inferioridad que evalúe la calidad de vida y se debe diseñar la función intestinal como resultado primario.
Podda M et al. 2022(2)	Early versus delayed defunctioning ileostomy closure after low anterior resection for rectal cancer: a meta-analysis and trial sequential	revisión sistemática y un metanálisis	11 artículos completos	No se encontro diferencia estadística significativa en cuanto a la morbilidad general tras la rehabilitacion de la ileostomía entre el grupo	Los hallazgos de este metanálisis indican que podría existir una estrecha ventana de posibilidades para

	analysis of safety and functional outcomes			de RT y RC (RR 0,99; IC del 95%: 0,78 a 1,78; P = 0,95; I ² = 37%), Complicaciones Clavien-Dindo ≥ 3 fue menor en el grupo de RT en comparación con RC (RR 0,57; IC del 95%: 0,34 a 0,97; P = 0,04; I ² = 0%, efectos fijos)	el cierre temprano entre el octavo y el decimocuarto día postoperatorio después de la LAR.
Guo Y, Luo Y, Zhao H, Bai L, Li J, Li L. 2020 (35)	Early Versus Routine Stoma Closure in Patients With Colorectal Resection: A Meta-Analysis of 7 Randomized Controlled Trials	Meta análisis	7 artículos completos	No diferencia significativa para la morbilidad postoperatoria (OR: 1.30; 95% CI: 0.89 to 1.90; P = 0.17) <ul style="list-style-type: none"> • RT: 26,8% • RC 16,6% Complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica (OR: 2.61; 95% CI: 1.43 to 4.76; P = .002) <ul style="list-style-type: none"> • RT: 17,6% • RC: 7,8% Obstrucción del intestino delgado (OR:	Este meta-análisis ha demostrado que la RT es un enfoque terapéutico seguro y factible en pacientes con cirugía colorectal; la RT se asoció con una menor obstrucción intestinal, pero con una mayor tasa de complicaciones de la herida. En el futuro, se deberían realizar estudios apropiados para confirmar los

				0.37; 95% CI: 0.15 to 0.87; P = .02) <ul style="list-style-type: none"> • RT: 3,1% • RC: 8,4% 	hallazgos de este analisis
Wang L et al. 2021 (36)	Early versus late closure of temporary ileostomy after rectal cancer surgery: a meta-analysis	Meta análisis	4 artículos completos	Complicaciones totales (CI 1.19–2.42, P=0.004) <ul style="list-style-type: none"> • RT: 31,7% • RC: 18,8% 	Con menos complicaciones y menos graves, la RC tendía a ser más aplicable en el cáncer rectal con ileostomía temporal. No se observaron diferencias en las complicaciones médicas ni en las tasas de reintervención
Cheng Z et al. 2021(37).	Early Versus Late Preventive Ileostomy Closure Following Colorectal Surgery: Systematic Review and Meta-analysis With Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials	Revisión sistemática y meta análisis	6 artículos completos	Tasa de morbilidad tras la rehabilitación de la ileostomía, sin mostrar diferencias estadísticas significativas (OR, 1,05; IC 95 %, 0,67–1,64; p = 0,84) <ul style="list-style-type: none"> • RT: 20,1% • RC: 20,0% 	En pacientes seleccionados, se puede considerar la RT de la ileostomía después de la cirugía colorectal debido a su menor incidencia de OID/IPO postoperatoria y menor tiempo

				<p>Se encontró diferencia significativa entre las tasas de OID/IPO (OR, 0,37; IC 95 %, 0,17–0,79; p = 0,01)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 3,0% • RC:7,8% <p>Tasas de ISQ (OR, 3,10; IC 95 %, 1,44–6,66; p = 0,004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT: 11,3% • RC: 3,6% 	<p>operatorio total, pero tiene una tasa de ISQ relativamente alta.</p>
--	--	--	--	---	---

DISCUSIÓN

Los resultados presentados en esta revisión bibliográfica sugieren que no existe una diferencia estadística significativa en cuanto al total de complicaciones post quirúrgicas tras la reversión de la ileostomía temprana versus convencional, la gran mayoría de los estudios analizados se realizaron en el contexto de pacientes con cáncer rectal en quienes se realizaron una escisión meso rectal total o subtotal con preservación del esfínter anal y una ileostomía en asa derivativa o protectora para los segmentos intestinales anastomosados. Sin embargo, al analizar individualmente las reacciones adversas tras la rehabilitación de la ileostomía se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la tasa de obstrucción del intestino delgado, de esta manera Guo Y et al. indicó que fue menor en el grupo de RT 3,1% en comparación con el grupo de RC 8,4% (OR:0.37; 95% CI: 0.15 to 0.87; P = 0.02)(35). Resultado similar al obtenido por Cheng Z et al. quien encontró una menor tasa de obstrucción del intestino delgado, además de menor porcentaje de íleo postoperatorio en el grupo de RT 3,0% que en el grupo de RC 7,8% (OR, 0,37; IC 95 %, 0,17–0,79; p = 0,01), no obstante halló una mayor cantidad de ISQ en el grupo de RT 11,3% que en el de RC 3,6% (OR, 3,10; IC 95 %, 1,44–6,66; p = 0,004) (37).

Es de destacar, los hallazgos de Keane C et al y Dulskas A et al. quienes evaluaron a los participantes utilizando la escala LARS, en sus estudios no se encontró diferencia entre la presencia de LARS en los grupos de RT y RC (29,34). A pesar de ello, Keane C et al. reportó que los pacientes sometidos a una RT tuvieron una mejor calidad de vida en los dominios rol físico (P = 0.03) y de frecuencia evacuatoria (P < 0.001) a los 3 meses según la escala en SF-36 y EORTC QLQ CR-29 respectivamente comparación con el grupo de RC (29). Es importante considerar el aspecto psicosocial del paciente ya que es fundamental conocer el impacto de la ileostomía en la calidad de vida de la persona con un estoma, así pues el disminuir

el tiempo de permanencia de la ileostomía puede aliviar el efecto que esta genera en la psique de la persona.

A pesar de ello, Bausys A et al. informó que la morbilidad global a los 30 días tras la rehabilitación de la ileostomía era mayor en el grupo de RT 27,9% frente a 7,9% del grupo de RC ($P = 0.024$; odds ratio, 4.516; 95% confidence interval, 1.165-17.497) (15). De manera similar Wang L et al. en su meta análisis que incluyó 324 pacientes en los 4 estudios analizados detallo que la RC tenía menor tasa de complicaciones en comparación con la RT (18,8% frente a 31,7%) ($P=0,004$) (36).

A diferencia de los estudios mencionados anteriormente, Shaik S et al. realizó la comparación entre RT y RC de ileostomía temporal que se realizó tras una perforación intestinal causada por *Salmonella typhi*, donde encontró menor tasa de complicaciones postquirúrgicas en el grupo de RT, aunque sin significancia estadística significativa ($P=0,653$), no obstante, en cuanto a la duración de la estancia hospitalaria si demostró tener beneficio la RT versus RC($P=0,004$) (33).

Según los resultados obtenidos por los distintos autores, aún sigue siendo controversial el tiempo óptimo para la rehabilitación de la ileostomía, a pesar de que la RT sea un procedimiento atractivo por los posibles beneficios que puede suponer a los pacientes y médicos, se debe tener en cuenta también los riesgos que se mencionaron en los resultados de los distintos estudios que puede representar el llevar a cabo este método, adicionalmente a pesar de que la mayoría de estudios acerca de RT se basen en esta técnica en el marco del cáncer colorectal los artículos tienen cierto grado de heterogeneidad y riesgo de sesgo. Por lo que la RT se podría considerar como un procedimiento adecuado si se individualiza a cada paciente tomando en cuenta consideraciones como la evolución postoperatoria tras la cirugía índice, diagnóstico de base por

el cual se realiza la ileostomía, estado de cicatrización de la herida, necesidad de tratamiento ayudante, la actitud y el entorno del paciente.

CONCLUSIONES

La mayoría de los resultados no mostraron diferencia significativa en las complicaciones postquirúrgicas entre la RT y RC de la ileostomía. Sin embargo, al analizar individualmente distintos aspectos de la morbilidad tras la rehabilitación de la ileostomía como la tasa de obstrucción del intestino delgado se observaron diferencias estadísticas significativas, sugiriendo posibles ventajas de la RT. A pesar de los potenciales beneficios de la RT, la divergencia entre los resultados de distintos artículos sugiere que se debe tomar una decisión individualizada para cada caso, con un buen asesoramiento peri operatorio y toma de decisiones conjuntas entre el médico y el paciente. El impacto de la RT y su posible viabilidad hace necesario que se realicen más investigaciones con un número más grande de participantes y estudios con menos cantidad de sesgo con respecto al tema para esclarecer los datos obtenidos previamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gluszek S, Matykiewicz J. Closing A Temporary Stoma – The Procedure Tactics. *Pol Przegl Chir.* 2022; 94(6):71–6.
2. Podda M, Coccolini F, Gerardi C, Castellini G, Wilson MSJ, Sartelli M, et al. Early versus delayed defunctioning ileostomy closure after low anterior resection for rectal cancer: a meta-analysis and trial sequential analysis of safety and functional outcomes. *Int J Colorectal Disease.* 2022; 37(4): 737–56.
3. Gilshtein H, Ghuman A, Dawoud M, Yellinek S, Kent I, Sharp SP, et al. Indications for, and outcomes of, end ileostomy revision procedures. *Colorectal Dis.* 2022;24(11):1352–7.
4. Plasencia A, Bahna H. Diverting Ostomy: For Whom, When, What, Where, and Why. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32(3):171–5.
5. American Cancer Society [Internet]. Atlanta: Estadísticas sobre el cáncer colorrectal. 2023 [cited 2023 Apr 13]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>
6. Murken D, Bleier J. Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2019;32(3):176–82.
7. O’Sullivan N, Temperley H, Nugent T, Low E, Kavanagh D, Larkin J, et al. Early vs. standard reversal ileostomy: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2022; 26(11): 851-62.
8. McGee M, Cataldo P. Intestinal Stoma. In: Steele S, Hull T, Read T, Saclarides T, Senagore A, Whitlow C, editors. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.* New York. Springer: 2016; p. 971-1013
9. Pine J, Stevenson L. Intestinal stomas. *Surg.* 2017; 35(3): 165–70
10. Bullard K, Rothenberg D. Colon, recto y ano. In: Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews J, Pollock R, editors. *Schwartz Principios de Cirugía.* 11th ed. Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA: 2020; p. 1191–4.
11. Castro S, Araya C. Ostomías de alto gasto en pacientes adultos. *Rev Cienc y Salud Integr Conoc.* 2021;5(1):102-106
12. Takeda M, Takahashi H, Haraguchi N, Miyoshi N, Hata T, Yamamoto H, et al. Factors predictive of high-output ileostomy: a retrospective single-center comparative study. *Surg Today.* 2019; 49(6): 482–7.
13. Rajaretnam N, Lieske B. *Ileostomy.* edición 1. Philadelphia: StatPearls Publishing; 2023.
14. Davis B, Valente M, Goldberg J, Lightner A, Feingold D, Paquette I. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. *Dis Colon Rectum.* 2022;65(10):1173–90.
15. Bausys A, Kuliavas J, Dulskas A, Kryzauskas M, Pauza K, Kilius A, et al. Early versus standard closure of temporary ileostomy in patients with rectal cancer: A randomized controlled trial. *J Surg Oncol.* 2019; 120(2): 294–9.
16. Takemasa I, Hamabe A, Miyo M, Akizuki E, Okuya K. Essential updates 2020/2021: Advancing precision medicine for comprehensive rectal cancer treatment. *Ann*

- Gastroenterol Surg. 2023; 7(2): 198–215.
17. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò G. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(1): 79-99
 18. Ratliff C, Goldberg M, Jaszarowski K, McNichol L, Pittman J, Gray M. Peristomal Skin Health: A WOCN Society Consensus Conference. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2021; 48(3): 219–31.
 19. Finlay B, Sexton H, McDonald C. Care of patients with stomas in general practice. *Aust J Gen Pract*. 2018; 47(6): 362–5.
 20. Vogel I, Reeves N, Tanis P, Bemelman W, Torkington J, Hompes R, et al. Impact of a defunctioning ileostomy and time to stoma closure on bowel function after low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2021; 25(7): 751–60.
 21. Juul T, Elfeki H, Christensen P, Laurberg S, Emmertsen K, Bager P. Normative Data for the Low Anterior Resection Syndrome Score (LARS Score). *Ann Surg*. 2019; 269(6): 1124–8.
 22. Jimenez-Gomez L, Espin-Basany E, Trenti L, Martí-Gallostra M, Sánchez-García JL, Vallribera-Valls F, et al. Factors associated with low anterior resection syndrome after surgical treatment of rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2017; 20(3): 195–200.
 23. Vergara-Fernández O, Trejo-Avila M, Salgado-Nesme N. Multivariate analysis of risk factors for complications after loop ileostomy closure. *Cir Cir*. 2019; 87(3): 337–46.
 24. Aljorfi A, Alkhamis A. A Systematic Review of Early versus Late Closure of Loop Ileostomy. *Surg Res Pract*. 2020; 2020(1): 1–8.
 25. Taylor D, Besson A, Faragher I, Chan S, Yeung J. Investigations and time trends in loop ileostomy reversals following anterior resections: a single Australian institution seven-years' experience. *ANZ J Surg*. 2021; 91(5): 938–42.
 26. Ellebæk M, Perdawood S, Steenstrup S, Khalaf S, Kundal J, Möller S, et al. Early versus late reversal of diverting loop ileostomy in rectal cancer surgery: a multicentre randomized controlled trial. *Sci Reports*. 2023; 13(1): 1–9.
 27. Copaescu C. Early Laparoscopic Ileostomy Reversal After Rectal Cancer Surgery - Technique and Outcomes. *Chirurgia (Bucur)* 2019; 114(3): 392 - 400.
 28. Bananzade A, Dehghankhalili M, Bahrami F, Tadayon SMK, Ghaffarpasand F. Outcome of early versus late ileostomy closure in patients with rectal cancers undergoing low anterior resection: A prospective cohort study. *Asian J Surg*. 2023 ; 46(10): 4277–82.
 29. Keane C, Sharma P, Yuan L, Bissett I, O'Grady G. Impact of temporary ileostomy on long-term quality of life and bowel function: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg*. 2020; 90(5): 687-692.
 30. Elsner A, Brosi P, Walensi M, Uhlmann M, Egger B, Glaser C, et al. Closure of Temporary Ileostomy 2 Versus 12 Weeks After Rectal Resection for Cancer: A Word of Caution From a Prospective, Randomized Controlled Multicenter Trial. *Dis Colon Rectum*. 2021; 64(11): 1398–406.
 31. Clausen F, Dohrn N, Hölmich E, Klein M, Gögenur I. Safety of early ileostomy closure:

- a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis.* 2021; 36(2): 203-212.
32. Ng Z, Levitt M, Platell C. The feasibility and safety of early ileostomy reversal: a systematic review and meta-analysis. *ANZ J Surg.* 2020; 90(9):1580-1587.
 33. Shaikh S, Laghari Z, Laghari Q, Abro S, Dal N. Early or delayed reversal of temporary ileostomy after typhoid perforation: A comparative study at tertiary care hospital. *J Liaquat Univ Med Heal Sci.* 2020; 19(2): 78–81.
 34. Dulskas A, Petrauskas V, Kuliavas J, Bickaite K, Kairys M, Pauza K, et al. Quality of life and bowel function following early closure of a temporary ileostomy in patients with rectal cancer: A report from a single-center randomized controlled trial. *J Clin Med.* 2021;10(4):1–10.
 35. Guo Y, Luo Y, Zhao H, Bai L, Li J, Li L. Early Versus Routine Stoma Closure in Patients With Colorectal Resection: A Meta-Analysis of 7 Randomized Controlled Trials. *Surg Innov.* 2020; 27(3):291-298.
 36. Wang L, Chen X, Liao C, Wu Q, Luo H, Yi F, et al. Early versus late closure of temporary ileostomy after rectal cancer surgery: a meta-analysis. *Surg Today.* 2021; 51(4): 463-471.
 37. Cheng Z, Dong S, Bi D, Wang Y, Dai Y, Zhang X. Early Versus Late Preventive Ileostomy Closure Following Colorectal Surgery: Systematic Review and Meta-analysis With Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dis Colon Rectum.* 2021; 64(1):128-137.

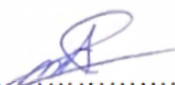
GLOSARIO

- **RT:** Rehabilitación temprana / reversión temprana
- **RC:** Rehabilitación convencional / reversión convencional
- **LARS:** Síndrome de resección anterior bajo
- **ISQ:** Infección del sitio quirúrgico

AUTORIZACION DE PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Miguel Ángel Arévalo Remache portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0105562003**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Eficacia de la reversión temprana versus convencional en pacientes con ileostomía. Revisión bibliográfica”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 3 de febrero del 2025

F: 

Miguel Ángel Arévalo Remache
C.I. **0105562003**