

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



INCIDENCIA DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POST OPERATORIAS

HÉCTOR HARED PALMA GUERRA

TESIS

Presentada ante las autoridades de la

Escuela de Estudios de Posgrados de la

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General

Para obtener el grado de

Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General

Febrero

2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Héctor Hared Palma Guerra

Registro Académico No.: 200210302

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Cirugía General**, el trabajo de TESIS **INCIDENCIA DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POST OPERATORIAS**

Que fue asesorado: Dr. Wenceslao Barrera Godoy MSc.

Y revisado por: Dr. Giovanni Oliva Catalán MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **febrero 2018**

Guatemala, 25 de enero de 2018




Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado




Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Cuilapa, Santa Rosa 16 de mayo de 2017

Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el **Doctor** Héctor Hared Palma Guerra DPI-2242365630101, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula **“INCIDENCIA DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POST OPERATORIAS HOSPITAL REGIONAL ADE CUILAPA”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. Palma Guerra, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Wenceslao Barrera Godoy
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
COP 14211

Dr. Wenceslao Barrera Godoy MSc.

Asesor y docente de tesis

Cuilapa, Santa Rosa 16 de mayo de 2017

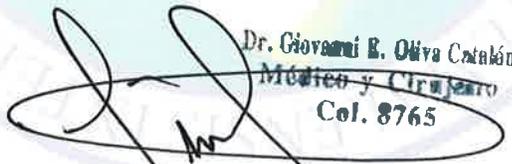
Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el **Doctor Héctor Hared Palma Guerra DPI-2242365630101**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía General, el cual se titula **“INCIDENCIA DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POST OPERATORIAS HOSPITAL REGIONAL ADE CUILAPA”**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Palma Guerra, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Giovanni R. Oliva Catalán
Médico y Cirujano
Col. 8765

Dr. Giovanni Oliva Catalán MSc.

Revisor y docente de Tesis



A: Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Coordinador General.
Programas de Maestrías y Especialidades.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 11 de Mayo 2017

Fecha de dictamen: 18 de Mayo de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

HECTOR HARED PALMA GUERRA

Título:

INCIDENCIA DE FISTULAS ENTEROCUTANEAS POST OPERATORIAS HOSPITAL
REGIONAL DE CUILAPA

Sugerencias de la revisión:

- Solicitar examen privado.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Postgrado



ÍNDICE

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Objetivos	7
	• 3.1 Objetivo General	
	• 3.2 Objetivos Específicos	
IV.	Material y Métodos	8
V.	Resultados	11
VI.	Discusión y Análisis de Resultados	22
	• Conclusiones	25
	• Recomendaciones	26
VII.	Referencias Bibliográficas	27
VIII.	Anexos	30

TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla y Gráfica No. 1	11
Tabla y Gráfica No. 2	12
Tabla y Gráfica No. 3	13
Tabla y Gráfica No. 4	14
Tabla y Gráfica No. 5	15
Tabla y Gráfica No. 6	16
Tabla y Gráfica No. 7	17
Tabla y Gráfica No. 8	18
Tabla y Gráfica No. 9	19
Tabla y Gráfica No. 10	20
Tabla y Gráfica No. 11	21

RESUMEN

El presente es un estudio Descriptivo Prospectivo Transversal donde se mostró la incidencia de las fístulas enterocutáneas en pacientes que son ingresados al Hospital Regional de Cuilapa durante el periodo comprendido en los años 2014-2015 los cuales fueron llevados a sala de operaciones en el cual se les realizó el procedimiento de laparotomía exploradora evidenciando la presencia de 32 casos de fístulas enterocutáneas dentro de los cuales 25 casos (45%) fueron resueltos con tratamiento conservador (Cierre espontáneo) o reintervención quirúrgica (42%). La Resección y anastomosis fueron las que presentaron la mayor frecuencia de fístulas enterocutáneas y éstas resolvieron en la mitad de los casos mientras que la mayoría de los casos presentados en el cierre primario fueron resueltos. Los pacientes permanecieron más de 15 días ingresados dentro del hospital, mientras que los pacientes que no presentaron fístulas enterocutáneas permanecieron aproximadamente de 7 – 8 días. La edad y el estado nutricional del paciente fueron fundamentales para la resolución de las fístulas enterocutáneas así como un adecuado manejo multidisciplinario para la buena evolución del paciente como el recurso necesario para su tratamiento postoperatorio. Es importante mencionar que los casos no resueltos se debieron a pacientes que fallecieron a consecuencia de sepsis intraabdominal o porque no se les dio el seguimiento adecuado debido a su egreso contraindicado o a la falta de asistencia a la consulta externa. Es imprescindible realizar un protocolo el cual pueda ser desarrollado dentro de las posibilidades del centro asistencial para el correcto tratamiento y manejo del paciente que presente dicha complicación.

I. INTRODUCCIÓN

Las fístulas enterocutáneas (FEC) representan una patología grave que deben afrontar un gran número de médicos durante el ejercicio de la profesión. El tratamiento suele ser extremadamente complejo y siempre requiere de una intervención multidisciplinaria adaptada para cada caso en particular. (22)

El 75 al 85% se presentan como complicación posoperatoria con una incidencia de 0,8 al 2% de la cirugía abdominal, según los estudios realizados. (1,8)

Con el aumento de la expectativa de vida y el avance de la cirugía sobre patologías más complejas cabe esperar un incremento en su frecuencia.

En los últimos años se han logrado múltiples adelantos en la cirugía abdominal, como los procedimientos mínimamente invasivos, los trasplantes, las grandes resecciones gastrointestinales y biliopancreáticas con una morbimortalidad en constante descenso. (4)

Sin embargo, en el caso de las fístulas intestinales, todavía existen muchas incógnitas, en la actualidad en Guatemala se desconoce la incidencia de las FEC, siendo uno de los obstáculos para establecer registros de la evolución de los pacientes y del manejo en el tratamiento de las fístulas Enterocutáneas, entre los datos que se pueden obtener de algunos estudios realizados en Guatemala a las FEC se les atribuye el 15-17% de la mortalidad, (25) en donde se puede observar factores que predisponen a los pacientes de aumentar las tasas de morbi-mortalidad del país, como sepsis, desnutrición y desequilibrio hidroelectrolítico, ascendiendo la mortalidad y que puede superar el 60%. Por lo cual se debe tomar en cuenta dichos factores que influyen en la mejoría clínica de los pacientes. (21)

Como se mencionó anteriormente en Guatemala tenemos un subregistro de la incidencia de muchas patologías, en torno de lo que son los procedimientos quirúrgicos. En el Hospital Regional de Cuilapa anualmente se realizan 520 laparotomías exploradoras por múltiples causas siendo interesante conocer la incidencia de FEC que se pueden presentar secundarias a dichos procedimientos quirúrgicos, pero el número es desconocido al igual que si el manejo que se les proporciona es el adecuado, o si la estancia intrahospitalaria es prolongada.

Dicho de otra manera, es importante conocer la incidencia del Hospital Regional de Cuilapa ya que se debe ir recabando información necesaria para poner en práctica protocolos que ayuden a mejorar la calidad de atención, el tratamiento y la estancia intrahospitalaria de los pacientes post operados, pues conociendo las debilidades de los servicios de salud se pueden formar fortalezas para que en un futuro los pacientes cuenten con una adecuada atención; así como el tratamiento adecuado y oportuno.

II. ANTECEDENTES

La aparición de una FEC determina el planteo de interrogantes de difícil solución: ¿debe el paciente, ser sometido inicialmente a una intervención quirúrgica?, ¿hasta cuándo puede continuar con tratamiento médico?

Para una mejor comprensión del por qué de las indicaciones actuales y las controversias que aún se generan, es conveniente repasar la evolución histórica del tratamiento de esta patología.

Los primeros registros de FEC aparecen ya en el Viejo Testamento, escrito por Samuel entre 1043 a.c. y 1004 a.c., con referencia a lo que parecería haber sido una fístula postraumática: “Ehud tomó la daga en sus manos, y con ésta atravesó su vientre... y la suciedad salió” (13)

Existen relatos muy antiguos de fístulas entre el ciego y la piel, tales como los de Areteo de Capadocia (39 A.C.), de Saraceno quien describió una fístula fecal en un paciente de 50 años con un absceso en la fosa ilíaca derecha, el cual drenó espontáneamente 14 áscaris lumbricoides. (13)

En 1735 Amyand describió una fístula fecal originada en un apéndice cecal necrosado, dentro de una hernia inguinal estrangulada, que curó luego de la extirpación del apéndice (11) desde el primer intento de reparación quirúrgica reportado por Celsus, en el siglo I, las técnicas quirúrgicas primitivas y otras alternativas terapéuticas precarias no pudieron, durante varios siglos, reducir la altísima mortalidad. Fue John Hunter, en el siglo XVIII, quien propuso un tratamiento conservador. (5)

Con el desarrollo de la cirugía sobrevino nuevamente, en el siglo XIX, otra etapa netamente intervencionista que tampoco logró descender la mortalidad. Todo muestra una preocupación permanente y esfuerzos que, hasta entonces, mantenían dudas e insatisfacción.

El mejor conocimiento de la anatomía patológica, de la fisiopatología y de la cirugía, permitió llegar a la mayoría de los principios que rigen actualmente. El mencionado trabajo de Edmunds y colaboradores, publicado en 1960, representó el punto de partida del enfoque moderno de esta patología, identificando el desequilibrio hidroelectrolítico, la sepsis y la

desnutrición como factores agravantes y, si bien mantuvo la indicación de tratamiento quirúrgico, propuso implementar un período de estabilización previa.(4) Poco tiempo después, en 1964, Chapman y col. propusieron un manejo en cuatro etapas en las que se establece un tratamiento priorizando el enfoque de aquellos factores que provocan mayor mortalidad y relegando el tratamiento quirúrgico hasta la estabilidad hemodinámica y nutricional (3). Decía Chapman “la clave del manejo exitoso es”:

- 1) controlar la fístula,
- 2) combatir la sepsis
- 3) Desde el comienzo, mantener un adecuado aporte nutricional

Estos principios conjuntamente con el manejo secuencial siguen siendo la base del tratamiento de las FEC.

Manejo de las fístulas intestinales según el protocolo de
Chapman y col. (1964) (3)

Primera prioridad: (hasta 12 hs)	Tercera prioridad: (1 a 6 días)
<ul style="list-style-type: none"> A. Reponer el volumen sanguíneo B. Drenar abscesos accesibles C. Controlar la fístula y proteger la piel 	<ul style="list-style-type: none"> A. Pasar un tubo de alimentación a través de la fístula B. Yeyunostomía C. Drenar nuevos abscesos
Segunda prioridad: (hasta 48 hs)	Cuarta prioridad: (de 5 a 14 días)
<ul style="list-style-type: none"> A. Corregir el desequilibrio electrolítico B. Restituir la pérdida HE diaria C. Comenzar nutrición parenteral 	Cirugía mayor: <ul style="list-style-type: none"> A. Para drenar sepsis oculta B. Para cerrar la fístula

Cabe señalar además, que cada uno de los tres pilares del tratamiento de las FEC tienen su propia historia: Ya en 1945, Brunschwig y col. habían informado el tratamiento exitoso en un paciente con una fístula de intestino delgado de alto flujo con un régimen de alimentación intravenosa de 1.500 cal/día y 50 g/día de proteínas durante 55 días. (13)

Sin embargo recién en la década del 70, impulsado por la presentación de Dudrick y col. el método de alimentación parenteral se consolidó y difundió ampliamente. (4)

El combate de la sepsis avanzó en la medida en que se perfeccionaron los antibióticos y se aceptó la necesidad de remover precozmente los focos sépticos. En los últimos años el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento de las colecciones abdominales dieron un gran empuje.

El esfuerzo por controlar el débito de la fístula es el aspecto donde los resultados han sido menos satisfactorios. Richter en su tratado de "Hernias" citó un caso en el cual a un enfermo con FEC se le colocó trozos de carne vacuna muy pequeños en contacto con el intestino fistulizado y en toda la superficie de la herida obteniendo la curación. (18)

Acrell observó la curación de otro paciente que presentaba una "gangrena" en la porción del intestino fistulizado en el cual se limitó a resecar los tejidos comprometidos y realizar curaciones con vinagre. A lo largo del siglo XX, con el avance de la idea del tratamiento no quirúrgico se desarrolló una gran variedad de propuestas para el tratamiento local de las FEC. (2)

Algunas de ellas muy curiosas, como la aplicación de trozos de placenta humana y otros tejidos sobre el orificio externo de la fístula, la oclusión de la misma con sonda tipo Foley, dedos de guante y hasta goma de mascar (7)

En 1918 el cirujano uruguayo Nario propuso la aspiración de los "jugos digestivos" para evitar su acción deletérea sobre los tejidos. Veinte años después, con la introducción de la aspiración continua con trompa de agua, el método logró amplia aceptación. (16)

La idea de aplicar sustancias para neutralizar la acción de los fermentos digestivos data de hace muchos años. Pero se debe a Tremollieres y col. la generalización de su empleo cuando propuso, en 1961:

1. Las fístulas deben ser dejadas al aire libre, sin apósitos ni vendajes, ya que estos sirven para retener los líquidos digestivos que actúan sobre la superficie cutánea. (24)
2. El efluente intestinal debe ser succionado mediante un sistema de aspiración.
3. Para contrarrestar la acción digestiva del líquido alcalino, un sistema de instilación de una solución de ácido láctico procurando un pH inferior a 4,5 según la fórmula siguiente: de ácido láctico 4,5 gr, solución fisiológica 1.000 ml, solución de bicarbonato isotónico hasta lograr el pH 4,5 (20)

En datos estadísticos a nivel latinoamericano, destaca la experiencia de Gutiérrez y col. en la que, con una mortalidad del 45% sobre 84 casos, resaltaron la gravedad de la patología, y el Relato sobre el tema que Carpanelli presentó, en 1975, en el 46º Congreso Argentino de Cirugía.(10)

En los últimos veinte años se han propuesto más métodos con el objeto de bloquear el flujo intestinal: adhesivos biológicos (18), cilindros de submucosa intestinal de porcino, soluciones de aminoácidos de endurecimiento rápido, acrilatos, y otros. . Si bien algunos, en un primer momento, mostraron resultados alentadores no han logrado demostrar su eficacia. (6)

La utilización de la somatostatina y su análogo sintético, el octreotide, comenzó a principios de la década del 80 y se difundió ampliamente. Varios trabajos mostraron su utilidad en el tratamiento de las FEC por su potente efecto inhibitorio sobre la secreción gastrointestinal y biliopancreática. (9,12,19). Se propuso su utilización conjuntamente con la nutrición parenteral. A pesar de los controversiales resultados, es éste el tratamiento de mayor consenso en la actualidad por lo que será analizado más adelante. Esta breve reseña histórica muestra que, si bien se ha progresado en la terapéutica de las FEC, no se ha logrado el hallazgo de un tratamiento que tenga aceptación uniforme y que disminuya drásticamente la mortalidad.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

Establecer la incidencia de las fístulas Enterocutáneas post operatorias en el Hospital Regional de Cuilapa.

3.2 Específicos:

3.2.1 Identificar el procedimiento quirúrgico que presente el mayor número de casos de fístulas Enterocutáneas.

3.2.2 Determinar el tiempo hospitalario promedio relacionado con el tratamiento de las fístulas Enterocutáneas

3.2.3 Establecer el tratamiento más utilizado en la resolución de fístulas Enterocutáneas.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo prospectivo transversal

4.2 Población:

El universo está constituido por el total de pacientes ingresados a la unidad de cirugía de hombres y mujeres adultos del Hospital Regional de Cuilapa en el periodo comprendido durante los años 2014-2015

4.3 Selección y Tamaño de la Muestra:

4.3.1 Selección: La muestra es el total de pacientes que ingresaron a los servicios de cirugía de hombres y mujeres de adultos del Hospital Regional de Cuilapa y que se les realizó procedimiento quirúrgico abdominal que incluye: cierre primario, resección - anastomosis, y derivaciones a la pared abdominal.

4.3.2 Tamaño de la muestra:

$$N = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$N = \frac{240 \times (1.96)^2 \times (0.05) \times (0.95)}{(0.05)^2 \times (240-1) + (1.96)^2 \times (0.05) \times (0.95)}$$

$$N = \frac{43.77}{0.77}$$

$$N = 56$$

4.4 Unidad de análisis:

Evaluación de los pacientes postoperados que incluyan procedimientos intestinales

4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión:

4.5.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 12 años y menores de 70 años que ingresaron al servicio de cirugía de hombres y cirugía de mujeres

- Pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos abdominales que incluyen cierre primario, resección anastomosis y derivaciones.
- Pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente en este centro

4.5.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 12 años y mayores de 85 años
- Pacientes con cirugía abdominal extrahospitalaria
- Pacientes ingresados a otros servicios
- Pacientes con cirugía abdominal que no incluyan cierres primario, resección anastomosis, derivaciones

4.6 Variables:

Edad, Sexo, Fístulas Enterocutáneas, Procedimiento quirúrgico Abdominal, Estancia Intrahospitalaria y Manejo Terapéutico Definitivo

4.7 Operacionalización de las Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de la Variable	Unidad de Medida
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Edad registrada en el expediente clínico	Cuantitativa, discreta	intervalo	Número de años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, animales y plantas	Sexo registrado en el expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Masculino/ femenino
Fistula enterocutanea	Comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas, entre dos órganos huecos o entre un órgano hueco y la piel.	Presencia de fistula en pacientes postoperados	Cualitativa	nominal	Si No
Procedimiento quirúrgico abdominal	Tratamiento quirúrgico cuya complicación sea una fistula enterocutanea	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre primario • Resección anastomosis • Derivaciones 	Cualitativa	nominal	Si no
Estancia intrahospitalaria	Tiempo en el cual un paciente se encuentra ingresado en un centro hospitalario	<ul style="list-style-type: none"> • Dias • Semanas • meses 	Cuantitativa	intervalo	1-5 dias 6-15 dias > 15 dias
Manejo terapéutico Definitivo	Difusión de las pautas para suministrar recursos médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre Espontaneo • Tratamiento Quirúrgico 	Cualitativo	Nominal	Si /No

4.8 Instrumento de recolección de datos:

Consta de dos partes:

- Evaluación inicial de los pacientes con boleta recolectora de datos
- Seguimiento cada 24 horas evaluando evolución de paciente.

4.9 Procedimiento para la Recolección de Información

Se localizan pacientes que ingresen a los servicios de cirugía de hombres y cirugía de mujeres del Hospital Regional de Cuilapa, los cuales hayan sido sometidos a procedimientos quirúrgicos de tipo abdominal en donde se incluyan procedimientos en los que se realizaron cierres primarios intestinales, resección anastomosis y/ o derivaciones intestinales durante un periodo de tiempo de 5-8 días previos al ingreso y a quienes se les intervino quirúrgicamente en este centro asistencial, en los cuales previo a utilizar los criterios de inclusión y exclusión se procederá a pasar la boleta recolectora de datos para recabar la información. Posteriormente se procede a la tabulación y análisis y la interpretación de resultados que lleven a las conclusiones del estudio. Se realizó un seguimiento de los pacientes por un periodo de 7 días para observar la evolución de las fístulas Enterocutáneas bajo determinado tratamiento establecido.

4.10 Procedimientos para Garantizar aspectos éticos de la Investigación:

El estudio se realizó a través de la recolección de datos en los archivos de expedientes, por lo que no se manipuló ninguna variable.

4.11 Procedimientos de Análisis de la Información:

Estudio descriptivo prospectivo transversal donde se realizó el análisis con el uso de la frecuencia de los casos encontrados tomando en cuenta su evolución y las patologías asociadas.

V. RESULTADOS

GRÁFICA No. 1

Sexo de pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

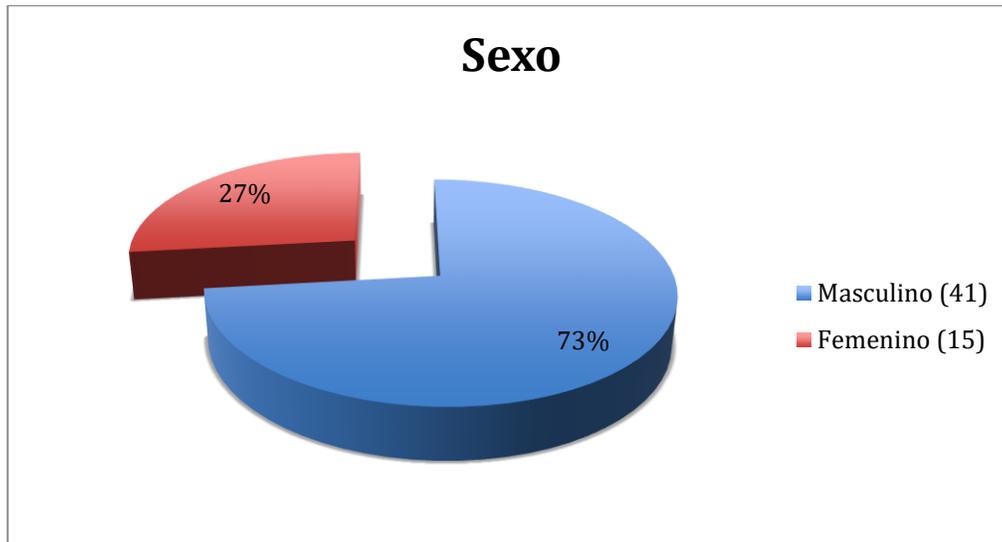


TABLA No. 1

Sexo de pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	41	73 %
Femenino	15	27 %
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 2

Edad de pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

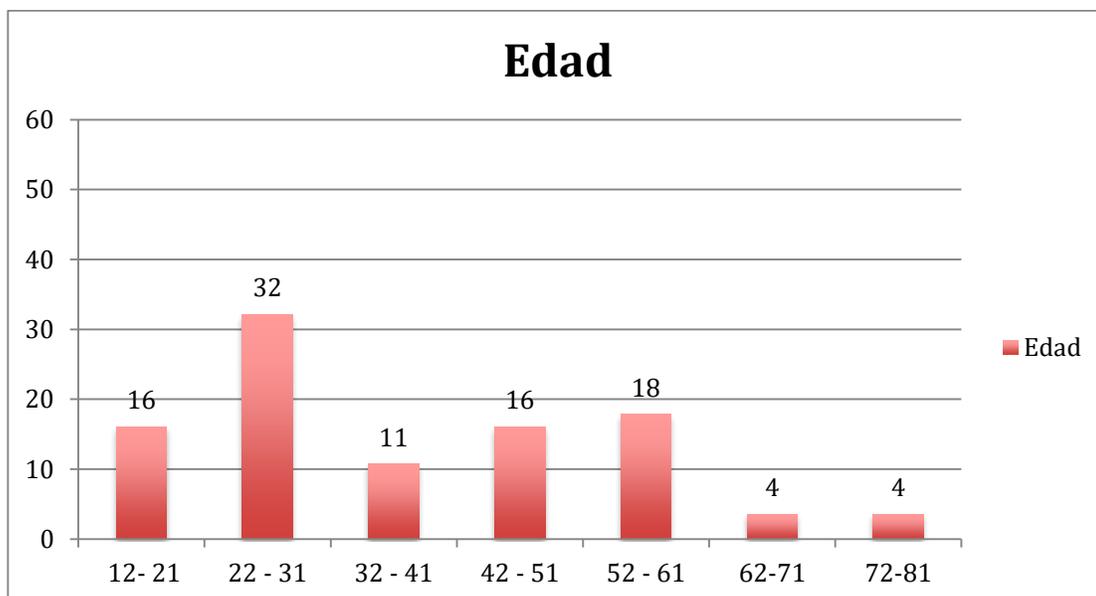


TABLA No. 2

Edad de pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

	Edad	Porcentaje
12- 21	9	16 %
22 - 31	18	32 %
32 - 41	6	11%
42 - 51	9	16%
52 - 61	10	18%
62 - 71	2	4 %
72 - 81	2	4 %
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 3

Indicación de procedimientos a pacientes sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

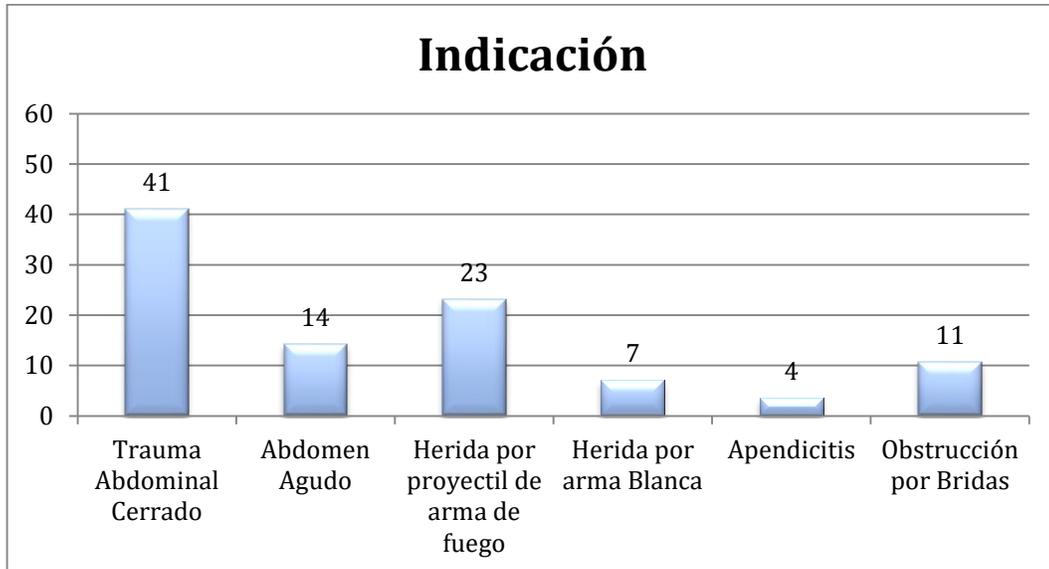


TABLA No. 3

Indicación de procedimientos a pacientes sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

Indicación	Frecuencia	Porcentaje
Trauma Abdominal Cerrado	23	41%
Abdomen Agudo	8	14%
Herida por proyectil disparado por arma de fuego	13	23%
Herida por Arma Blanca	4	7%
Apendicitis	2	4%
Obstrucción por Bridas	6	11%
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 4

Diagnósticos post operatorios de pacientes sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se hayan incluido cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

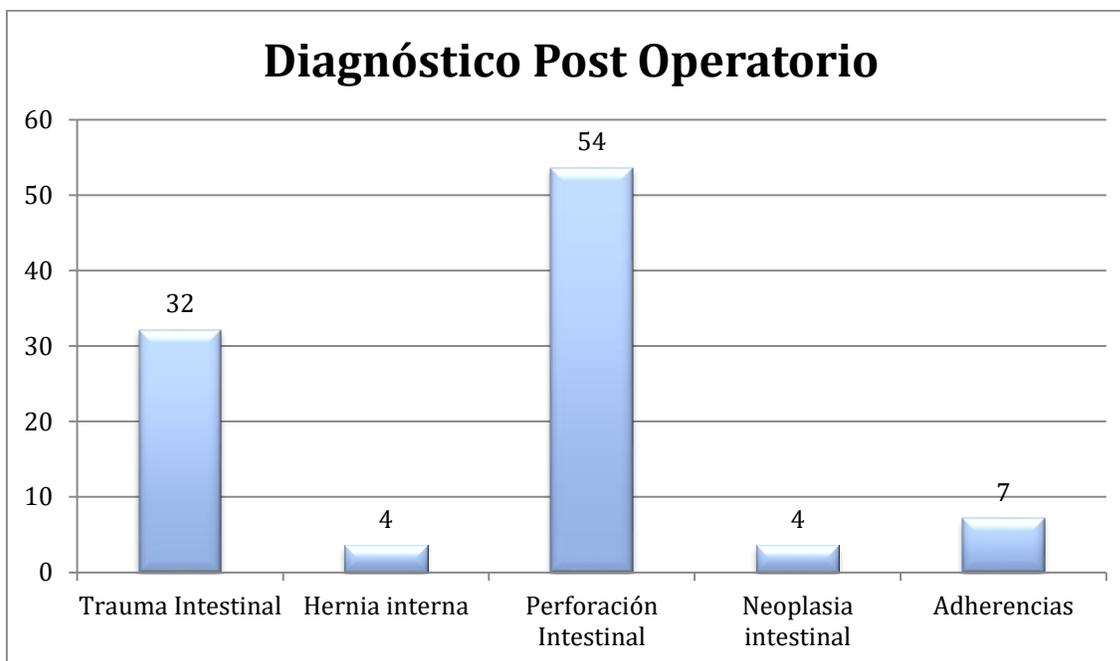


TABLA No. 4

Diagnósticos post operatorios de pacientes sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se hayan incluido cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Trauma Intestinal	18	32.0%
Hernia Interna	2	4.0%
Perforación Intestinal	30	54.0%
Neoplasia Intestinal	2	4.0%
Adherencias	4	7.0%
Total	56	100.0%

GRÁFICA No. 5

Fístula Enterocutánea en pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones.

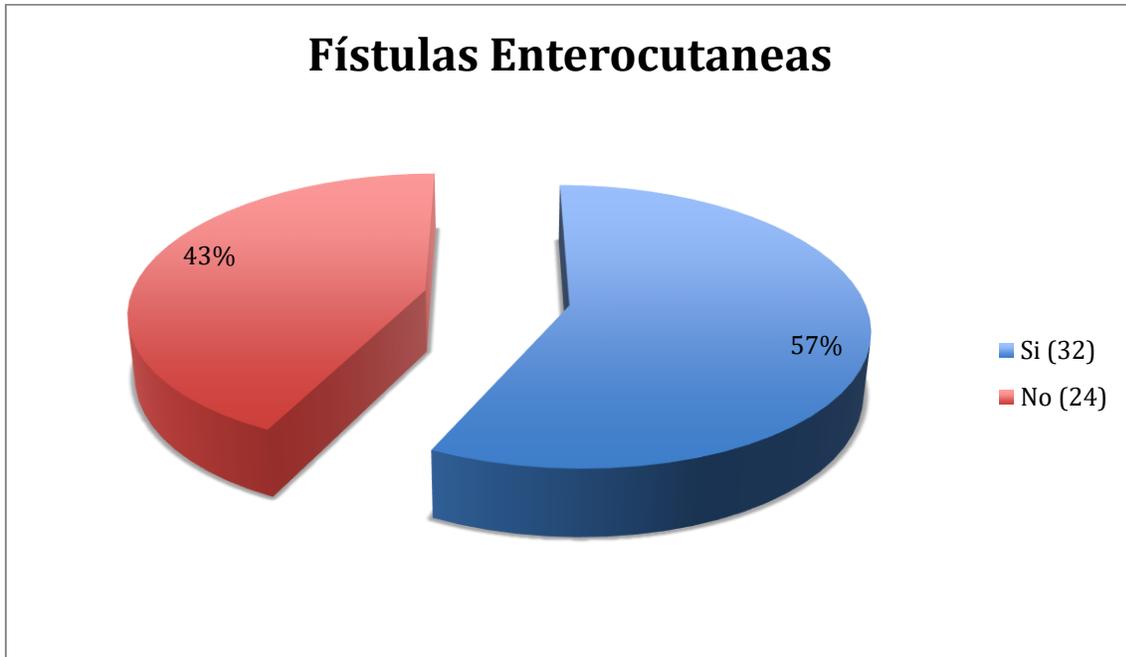


TABLA No. 5

Fístula Enterocutánea en pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	57%
No	24	43%
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 6

Resolución de fístulas Enterocutáneas en pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones entre los 5-8 días anteriores.

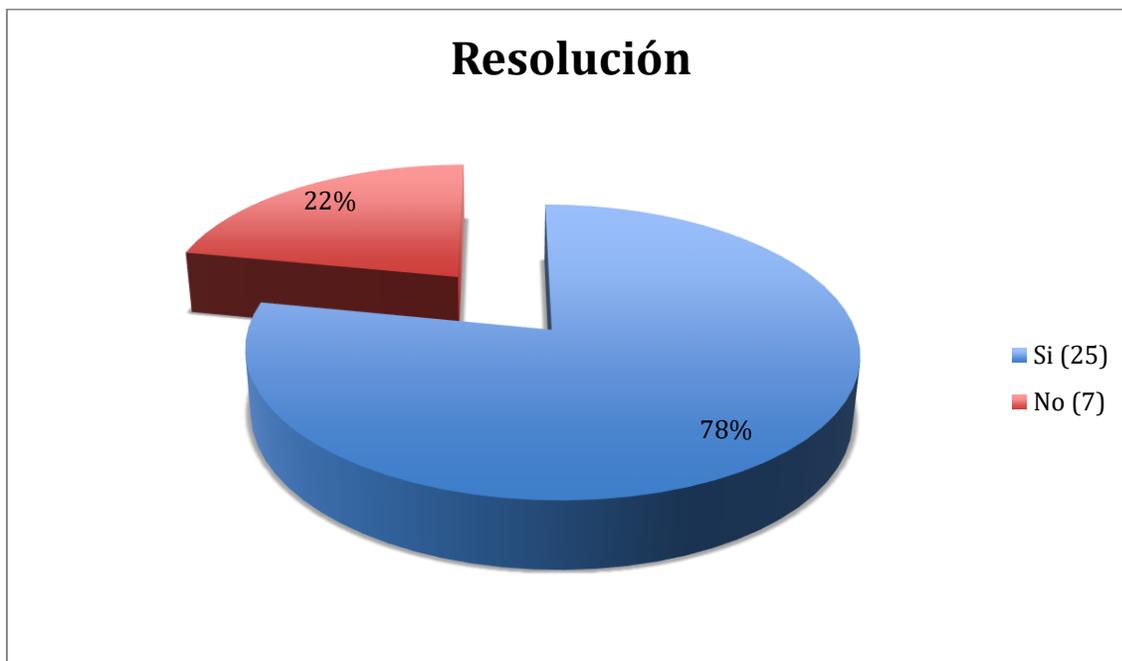


TABLA No. 6

Resolución de fístulas Enterocutáneas en pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones.

Resolución	Frecuencia	Porcentaje
Si	25	78. %
No	7	22 %
Total	32	100 %

GRÁFICA No. 7

Procedimiento Quirúrgico realizado a pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal

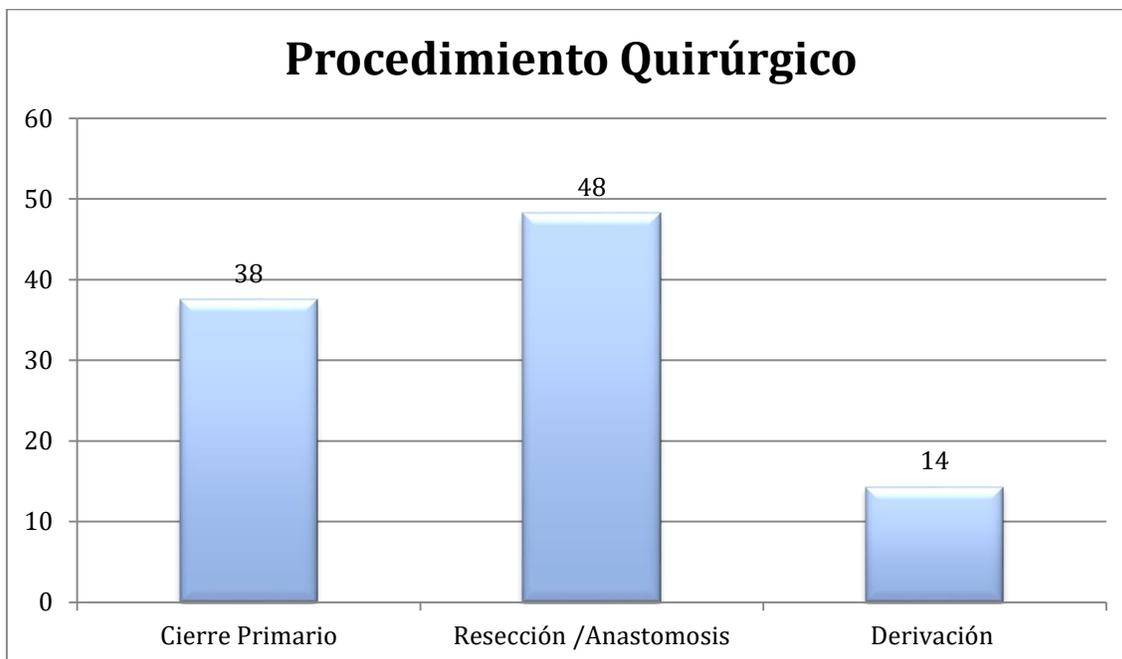


TABLA No. 7

Procedimiento Quirúrgico realizado a pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal

	Frecuencia	Porcentaje
Cierre Primario	21	38 %
Resección /Anastomosis	27	48 %
Derivación	8	14 %
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 8

Resolución de Fístulas Enterocutáneas en pacientes en los que se hayan sido sometidos a Cirugía Abdominal

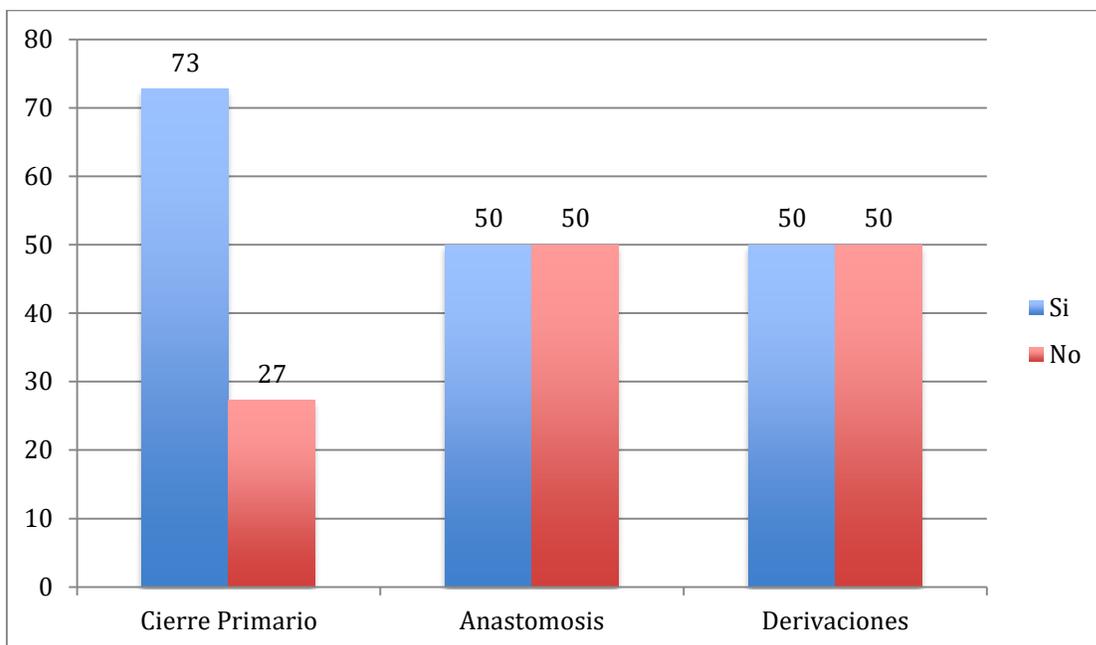


TABLA No. 8

Resolución de Fístulas Enterocutáneas en pacientes en los que hayan sido sometidos a Cirugía Abdominal

Procedimiento	Si	No	Total
Cierre Primario	16	6	22
Resección y Anastomosis	15	15	30
Derivación	2	2	4

GRÁFICA No. 9

Tiempo Hospitalario de Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

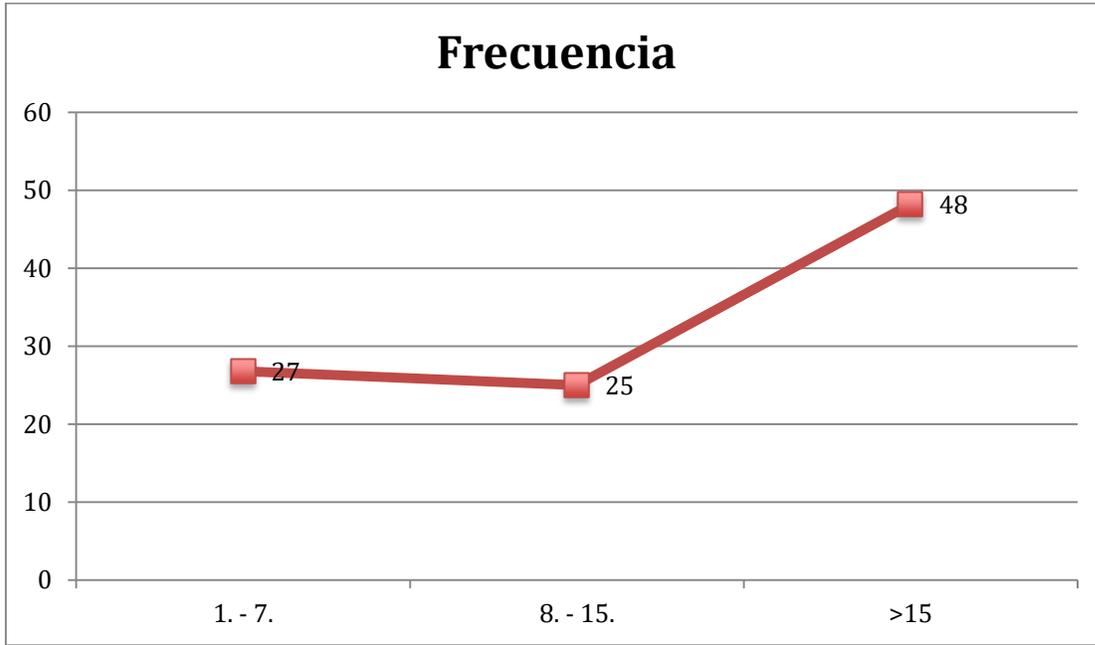


TABLA No. 9

Tiempo Hospitalario de Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

	Frecuencia	Porcentaje
1. - 7.	15	27%
8. - 15.	14	25 %
>15	27	48%
Total	56	100 %

GRÁFICA No. 10

Tiempo Hospitalario de Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal que hayan presentado o no fístulas enterocutáneas

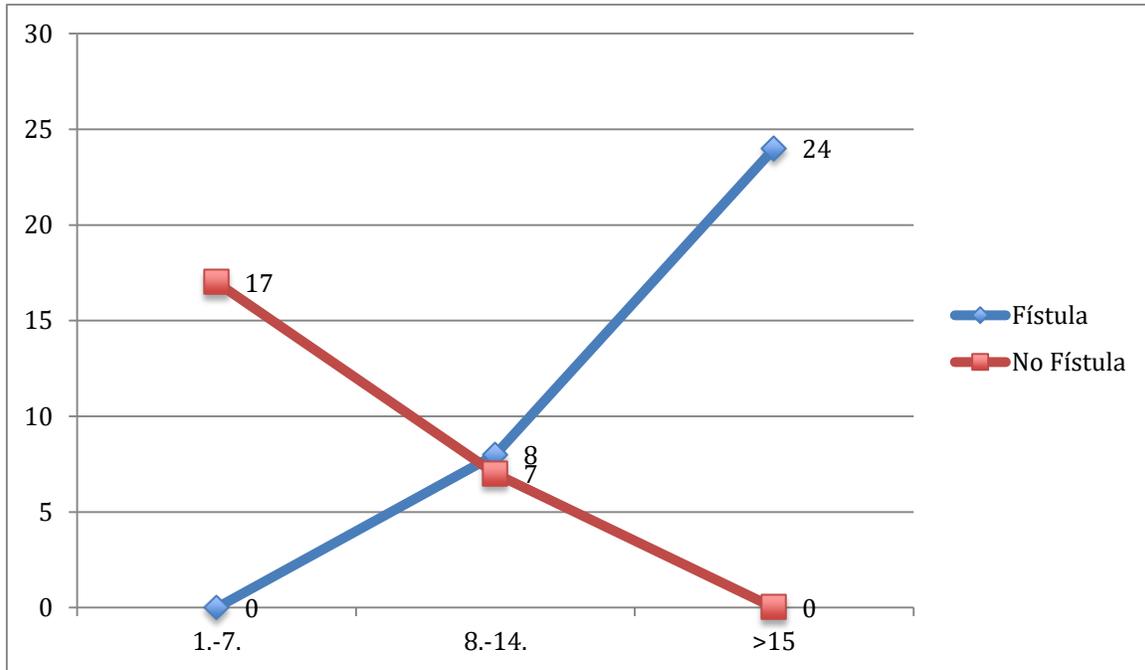


TABLA No. 10

Tiempo Hospitalario de Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal que hayan presentado o no fístulas enterocutáneas

Tiempo Hospitalario	Fístula	No Fístula
1.-7.	0	17
8.-14.	8	7
>15	24	0
Total	32	24

GRÁFICA No. 11

Tratamiento Utilizado en la Resolución de Fístulas Enterocutáneas en Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

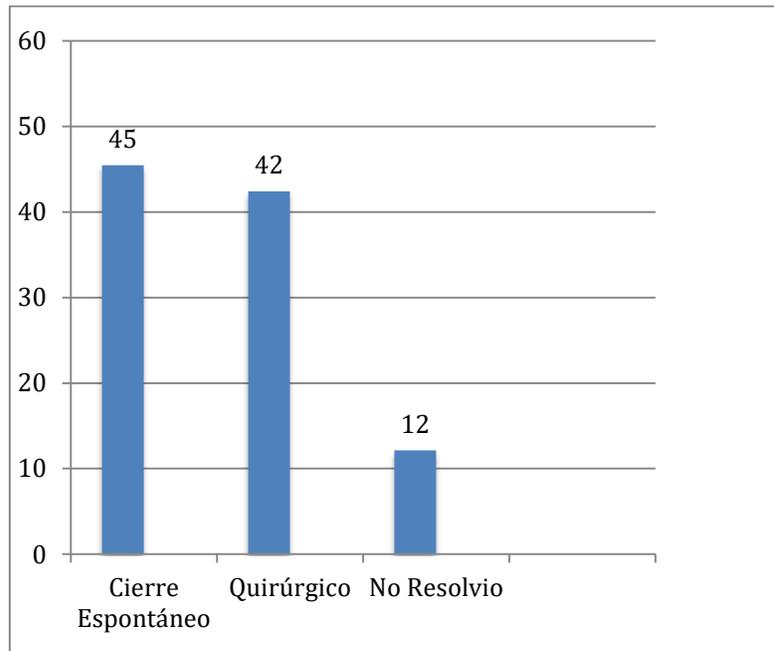


TABLA No. 11

Tratamiento Utilizado en la Resolución de Fístulas Enterocutáneas en Pacientes que hayan sido sometidos a cirugía de tipo abdominal en las que se incluyan cierres primarios, resección-anastomosis y/o derivaciones

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Cierre Espontáneo	15	45%
Quirúrgico	14	42%
No Resolvió	4	12%
Total	33	100 %

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Los 56 pacientes que fueron estudiados se ingresaron a los servicios de cirugía de mujeres y cirugía de hombre comprendidos en las edades de 12 – < 85 años y que fueron intervenidos en este centro asistencial en donde se les realizó cierre primario, resección y anastomosis o derivación intestinal en el procedimiento quirúrgico habiendo ingresado a este centro asistencial por el servicio de emergencia o consulta externa. Se pudo comprobar que el 73 % fueron de sexo masculino y solo un 27 % son de sexo femenino, tomando en cuenta que las indicaciones de realización de procedimientos quirúrgicos fueron a consecuencia de alguna causa traumática (Trauma de Abdomen 41 % y Herida por proyectil disparado por arma de fuego 23 %), por otra parte las causas no traumáticas prevalecen en el sexo femenino.

Dentro de los diagnósticos postoperatorios la perforación Intestinal se constituyó como el más frecuente en un 54% seguido por el trauma intestinal en un 32 %, donde se encontró que de estos pacientes el 57 % presentaron fístulas enterocutáneas a diferencia del 43 % que no presentaron dicha complicación posterior al procedimiento quirúrgico. De las fístulas enterocutáneas que se pudieron resolver fueron el 78 %, mientras que el 22 % de éstas no se pudo resolver. Cabe destacar que en dichos pacientes no se pudo resolver la fístula enterocutánea ya que fallecieron, o no se dió el seguimiento al caso debido al egreso contraindicado o por que no se presentaron al seguimiento del caso en consulta externa.

La literatura considera que no existe un tiempo de espera exacto en la resolución de las fístulas, este se ve afectado en alcanzar una meta nutricional para el cierre definitivo, sin embargo teniendo al paciente en buenas condiciones nutricionales puede ser cercano a seis semanas, siempre que exista un área libre de infección.(15,23)

En base a la experiencia del Grupo de Desarrollo de la Guía de manejo de Fístulas Enterocutáneas elaborada por el grupo de cirujanos del Hospital General de Enfermedades y Hospital Juan José Arévalo Bermejo -IGSS , se sugiere mantener un buen estado el aspecto nutricional y esperar el tiempo prudencial cercano a seis semanas después de controlar el proceso séptico, para planificar el manejo integral y quirúrgico de los pacientes con FE. (14)

En el presente estudio se puede observar que la indicación quirúrgica de mayor frecuencia presentada son las de causa traumática: Trauma de Abdomen (41 %), Herida por arma de

fuego (23 %) y herida por arma blanca (7 %) y éstos casos son en pacientes < 40 años por encontrarse en la edad económicamente activa, por lo que se mantienen en un estado nutricional promedio para nuestra población. Sin embargo la incidencia de las fístulas se observa elevada para lo esperado en estos pacientes, por lo que debe evaluarse el correcto manejo terapéutico desde el procedimiento quirúrgico, el criterio al momento de decidir la técnica utilizada, el empleo de antibióticos y el soporte nutricional en el seguimiento post operatorio.

Cuando se realizaron los diferentes procedimientos quirúrgicos la resección y anastomosis intestinal fue la técnica quirúrgica más utilizada en un 48 % seguida por el cierre primario intestinal en un 37 % y la menos utilizada fue la derivación intestinal a la pared abdominal con un 14 %. A Los pacientes que se les realizó cierre primario intestinal presentaron fístula enterocutáneas el 72 %, las resecciones y anastomosis; así como las derivaciones intestinales presentaron fístulas enterocutáneas en un 50 %. Se presentaron dos casos en los que al realizar la cirugía abdominal, la derivación intestinal estuvo acompañada de fístulas enterocutáneas las cuales están contempladas dentro de la resolución de las fístulas basadas en los procedimientos quirúrgicos realizados.

El 48 % de los pacientes permanecieron más de 15 días ingresados dentro del hospital compartiendo la otra mitad en un lapso de 1-7 días o 8-15 días. Los pacientes que permanecieron más de 15 días dentro del hospital fueron intervenidos nuevamente quirúrgicamente mientras que el otro porcentaje (45 %) de los pacientes se resolvieron de manera espontánea, con un tratamiento conservador y solamente el 12 % de éstos no resolvieron por las causas que se mencionaron anteriormente.

Durante el desarrollo de éste estudio se observó que el estado nutricional, la causa de la indicación quirúrgica; así como la edad del paciente, intervienen en la resolución de las fístulas enterocutáneas. Los pacientes que no resolvieron dicha complicación (2) presentaron cuadros sépticos teniendo como desenlace el fallecimiento.

Es importante contar con los recursos adecuados dentro del sistema de salud para proporcionar el tratamiento idóneo posterior a la realización del procedimiento quirúrgico no solo en el proceso agudo, sino también durante la evolución del paciente para su

recuperación con un aporte nutricional adecuado así como la utilización del tratamiento antibiótico necesario en el caso de procesos sépticos.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 Las fístulas enterocutáneas se presentan en un 57 % de los casos estudiados. (56)
- 6.1.2 El Trauma Abdominal es la causa más frecuente de indicación de tratamiento quirúrgico en un 41 %.
- 6.1.3 El 45 % de los casos presentaron resolviéndose utilizando el cierre espontáneo y el 42 % resolviéndose con la reintervención quirúrgica.
- 6.1.4 El 12 % de los casos no resolvieron debido a defunción o por falta de seguimiento de caso a consecuencia de egreso contraindicado
- 6.1.5 El 48 % de los pacientes permanecieron más de 15 días ingresados en el Hospital Regional de Cuilapa.
- 6.1.6 La Resección-Anastomosis presenta el 48 % de la incidencia de fístulas enterocutáneas dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan.
- 6.1.7 La resección y anastomosis intestinal, así como la derivación a la pared intestinal presentan el 50 % de los casos con la presencia o no de fístulas enterocutáneas.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1 Debe darse terapia nutricional a los pacientes posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico intestinal.
- 6.2.2 Se debe contar con el tratamiento antibiótico adecuado para cada paciente pre, trans y postoperatorio.
- 6.2.3 Se debe relizar un protocolo para el correcto tratamiento y manejo de pacientes que presentan fístulas enterocutáneas.
- 6.2.4 Dar un correcto plan educacional al paciente al igual que a los familiares del estado del paciente así como su progreso y evolución.
- 6.2.5 Es necesario dar el seguimiento correspondiente a los pacientes posterior al egreso del hospital para valorar la resolución de la complicación postoperatoria de los procedimientos cierre primario, resección-anastomosis o derivación intestinal.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham DD, Manso HD et al.: Fístulas enterocutáneas postquirúrgicas de alto débito. Tratamiento de remisión con fibras poliméricas. Med.Intens.1997; 31:56-58.
2. Carpanelli JB. Fístulas digestivas externas. Relatos del XLVI Cong. Argent. Cirug. Rev. Argent. Cirug.1975. NE.:75- 139.
3. Chang A.: Complex enterocutaneous fistula. South Med G. 2000; 93 (6): 599-602.
4. Dudrick SJ, Wilmore DW, Vars H, Rhoads JE. Long term total parenteral nutrition with growth development and positive nitrogen balance. Surgery 1968. 64:134
5. Edmunds HL, Willams GM, Welch CE. External fistulas arising from the gastro-intestinal tract. Ann Surg 1960; 152(3): 445-471.
6. Eleftheriadis E, Kotzampasi K. Therapeutic Fistuloscopy: An alternative approach in the management of postoperative fistulas. Dig Surg 2002; 19:230-236.
7. Farsi M, Campaioli M, Caldini G, Sartenesi A, Picci G, Sanna A, Menici F, Favi P. Nuova metodica conservativa nel trattamento delle fistole digestive postoperatorie. Minerva Chir 2001.56: 31-39.
8. Foster III CE, Lefor AT. Tratamiento general de las fístulas gastrointestinales. Clin. Q. NA.1996; 76:1037-1054.
9. González-Pinto I, Moreno González e. Optimising the treatment of upper gastrointestinal fistulae. Gut 49(Suppl IV) 22-31: 2001 406-409 1997.
10. Gutierrez VP, Santas AA, Oría A, Paladino C, Batellini R. Fístulas enterocutáneas. Análisis de 84 casos. Rev. Argent. Cirug. 1973.25:1-9
11. Heidenreich A. Fístulas yeyunoileales. PROACI 5º ciclo. Módulo 4. 2001. Pag 79-110.

12. Hesse U, Ysebaert D, DE Hemptinne B. Role of somatostatine-14 and its analogues in the management of gastrointestinal fistulae: clinical data. Gut 2001; 49(Suppl IV) 11-21.
13. Lichtman AL, McDonald J. Fecal Fistula. Surg. Gynecol Obst. 1944; 78(5) 449-470
14. Manejo de las Fístulas Enterocutáneas. Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE). Departamento de Organización y Métodos del IGSS Oficio No. 58 del 20 de febrero de 2014. Guía No. 29 Edición 2013: 130-134.
15. Martínez – Ordaz JL, Luque de León E. Suarez Moreno RM, Blanco Benavides R. “FISTULA ENTEROCUTANEA POS- OPERATORIAS”. GacMedMex. 2003; 139 (2): 144-51.
16. Nario C. Contribución al estudio de las fistulas gastrocutáneas. An. Fac.Med. Montevideo. 1917; 2:823.
17. Rabago LR, Ventosa N, Castro JL, Marco J, Herrera N, GEA F. Endoscopic treatment of postoperative fistulas resistant to conservative management using biological fibrin glue. Endoscopy 34(8): 632 – 638: 2002
18. Richter A. A.: Tratado de hernias. Ed. Imp. De la Hija de Ibarra. Madrid.1808.
19. Torres AJ, Land GI, Moreno – Azcoitia. Somatostatin in the management of gastrointestinal fistulas. A multicenter trial. Arch Surg 1992; 127:97-99
20. Tremolieres J., Bonfils S, Cros J: L'irrigation d'acide lactique. Traitement des fistulas cutaneo-digestives avec secretion triptique et autodigestion parietale. Arch. Mal. App. Dig., 50: 528,1964.

21. Martínez, M. et al. "Fístulas entero-cutáneas (estudio retrospectivo 1984 – 1988 Departamento de cirugía. Hospital Roosevelt. Guatemala)" En: XVIII Congreso Nacional de Cirugía (18: 1990: Abril 18 – 20: Guatemala). Guatemala C.A.: Asociación Guatemalteca de Cirugía, 1990. s.p.
22. Thomas, H. Investigación y Tratamiento Radiográfico de Fístulas Gastrointestinales. Surg Clin North Am 1996; 76:1101-1115
23. Meguid, M. y A. Campos. Tratamiento nutricional de pacientes con fístulas gastrointestinales. Surg Clin North Am 1996; 76:1053-1099.
24. Lavery, I. Fístulas del colon. Surg Clin North Am 1996; 76:1207 - 1214.
25. Guatemala. Ministerio de Gobernación. Diagnóstico sobre la situación actual de armas y violencia en Guatemala. Estadísticas Anuales. Guatemala Ministerio de Gobernación, 2001. 40p.

VIII. ANEXOS

Incidencia de Fístulas Enterocutáneas Post operatorias en los servicios de cirugía de hombres y mujeres del Hospital Regional de Cuilapa

INVESTIGADOR: Dr. Héctor Hared Palma Guerra.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

BOLETA No. _____ FECHA _____

No. REGISTRO _____ EDAD _____

1. FEMENINO MASCULINO
2. INDICACION DE PROCEDIMIENTO QX. _____
3. DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO _____
4. PRESENT FISTULA ENTEROCUTANEA SI NO
5. REINGRESO SI NO
6. DIAS INTRAHOSPITALARIOS
7. 1- 7 Días 8-15 Días >15 Días
8. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO REALIZADOS:
- A. CIERRE PRIMARIO
- B. RESECCION/ANASTOMOSIS
- C. DERIVACION
9. TRATAMIENTO:
- CORRECCION DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO.
 - MANEJO DE SEPSIS.
 - REDUCCION DE LAS SECRECIONES GASTROINTESTINALES
 - TRATAMIENTO QUIRURGICO DEFINITIVO
10. RESOLVIO FISTULA SI _____ NO _____
11. TIEMPO DE RESOLUCION _____
12. TRATAMIENTO UTILIZADO _____

OBSERVACIONES _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO:

El Autor concede el permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **INCIDENCIA DE FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTOPERATORIAS** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, queda reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.