

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST
OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2019.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

JUAN BAUTISTA FRETES VALDEZ

Coronel Oviedo - Paraguay
2019

Fretes Valdez, Juan Bautista. Prevalencia de fistulas intestinales en post operados del tracto digestivo en el hospital central del instituto de prevision social, 2019. Coronel Oviedo: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Caaguazú; 2019. 54 pg.: 10 gráficos; 23 ref.

Trabajo Final de Grado para Optar por el título de Médico Cirujano.

Tutor: Lic. Rose Marie Sachelaridi de López.
Código de biblioteca: F888



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST
OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2019.**

TUTOR/A: Lic. Rose Marie Sachelaridi de López.

**Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la
obtención del título de grado de Médico-Cirujano**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

**PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST
OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2019.**

JUAN BAUTISTA FRETES VALDEZ

Trabajo de fin de grado presentado para obtener el título de grado
de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

.....

Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dedicatoria

A mis padres y Hermanos quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar hasta aquí, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, y enseñarme que incluso la tarea más grande se puede lograr si se hace un paso a la vez.

A mi querida esposa Marisa, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

A mi hijo Jeremías, por ser mi fuente de inspiración y superación en la vida para seguir adelante.

Y a todas las personas que me brindaron su apoyo en todo momento durante estos años de carrera.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimientos

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Nacional de Caaguazú, a toda la Facultad de Medicina, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Asimismo a la Lic. Rose Marie Sachelaridi por las sugerencias recomendadas, y al Dr. Mauro Porto por el apoyo para la realización de este trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Biografía

Juan Bautista Fretes Valdez, nacido el 30 de marzo de 1991, en la ciudad de San José de los Arroyos, departamento de Caaguazú, hijo de German Fretes y Nidia Rosa Valdez de Fretes.

Realizo sus estudios de educación escolar básica en la Escuela Basica Prof. Eustasia Delgadilla Avalos de Segovia, y en el Colegio Nacional Tte. Luis Alberto Dacak, luego realizo la educación escolar media en la modalidad de Bachillerato Técnico Salud en el Colegio Parroquial Pio XI, todos en la ciudad de San José de los Arroyos, culminando sus estudios en el año 2008.

Desde el año 2011 es estudiante universitario de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú.



Índice

Dedicatoria.....	v
Agradecimientos	vi
Biografía	vii
Índice	viii
Lista de Gráficos	x
Resumen	xi
Ñemombyky	xii
Resumo	xiii
Abstract.....	xiv
1- Introducción.....	1
2- Antecedentes de la Investigación.....	3
3- Planteamiento del Problema	4
4- Justificación.....	6
5- Objetivos de la investigación	8
5.1- General:.....	8
5.2- Específicos:	8
6- Fundamento Teórico.....	9



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

7-	Marco Metodológico	16
8-	Resultados	22
9-	Discusión.....	32
10-	Conclusión	34
11-	Recomendaciones	36
12-	Referencias Bibliográficas.....	37
13-	Anexo	47



Lista de Gráficos

Gráfico N°1: Distribución de pacientes con fistula intestinal según edad, (n=327)

Gráfico N°2: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el sexo, (n=327).

Gráfico N°3: Distribución de pacientes con fistula intestinal según las comorbilidades más frecuentes, (n=327).

Gráfico N°4: Distribución de pacientes con fistula intestinal según las comorbilidades más frecuentes, (n=327).

Gráfico N°5: Distribución de pacientes con fistula intestinal según procedimientos quirúrgico realizados, (n=327).

Gráfico N°6: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el sitio anatómico de aparición de las fistulas, (n=327).

Gráfico N°7: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el sitio anatómico de aparición de las fistulas, (n=327).

Gráfico N°8: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el gasto de la fistula, (n=327).

Gráfico N°9: Distribución de pacientes con fistula intestinal según los días de internación de los pacientes, (n=327).

Gráfico N°10: Distribución de pacientes con fistula intestinal según la forma de cierre de las fistulas, (n=327).



Resumen

Introducción: Una fístula es una conexión anormal entre dos órganos, a través de un trayecto epitelizado. Así pues, la fístula entérica se define como la conexión anormal entre el tracto gastrointestinal y otros órganos abdominales, piel o tórax. La mayoría de las fístulas entéricas aparece en el contexto de pacientes post-operados, generalmente secundarias a enterotomías durante la cirugía, fuga de anastomosis y/o erosión por materiales protésicos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de fistulas intestinales en post operados del tracto digestivo en el área de cirugía general del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a septiembre, 2019.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Fueron incluidos los pacientes adultos de 18 a 90 años con diagnóstico de fistula intestinal post operatoria.

Resultados: la población estudiada fue de 52 pacientes que presentaron fistulas intestinales de las cuales los pacientes presentaron una edad de entre 22 a 85 años con un promedio 56 años. Se encontró como comorbilidad más frecuente la hipertensión arterial en el 71,15%. Se evidenció una distribución mayor en el sexo masculino en 61,5%, la localización más frecuente de aparición de las fistulas fue en el intestino grueso con 46,15%, el tiempo de aparición fue de 73,08% pasados las 72 horas post operatorio, con un gasto predominante alto en el 63,46% de pacientes.

Conclusión: se constató que de 357 pacientes que fueron sometidos a una cirugía abdominal el 14,56% (52) presentaron fistulas intestinales, de los cuales se vio que la laparotomía tanto exploratoria como terapéutica fue el procedimiento quirúrgico más prevalente en la aparición de las fistulas con 23,08%.

Palabra clave: fistulas; digestivo; post quirúrgico; conexión.



Ñemombyky

Ñepyrumby: petei fistula ha'e petei joapy jejavykue oiva mokoï tete pehẽnguere, ha orekova petei tape. Upevare, la fistula py'akuepe oñehenói mba'eicha joapy jejavykue oiva tape py'are ha ambue tete pehẽnguere, pirere tera pyti'are. Ko mba'asy hetave jatopata umi oikevaekue cirugiape, jatopata avei pe ojejapovaekue chupe enterotomías, joapy osyryvape tera ñemopereri mba'e protesicope.

Jehupytyrä: jahechauka mboypa jahecha la fistula py'akue oiva umi oikevaekue cirugiape amo Hospital Central del Instituto de Prevision Socialpe, ohova jasyteĩ guive jasyporundy peve, 2019.

Mba'e aporä ha mba'apokatuhaicha: Ojejapó peteĩ temimbo'e jehechaukáva mombe'ura, oike peape enterove hasýva kakuaá orekova 18 ha 90 ary oguerekova fistula ipy'ape oikerire cirugiape.

Tembiapogui oseva: 52 hasyva ojetopa oguerekoha fistula ipy'ape ha oguereko ary 22 ha 85 peve, ha 56 % imbyte. Ojetopa mba'asyndive oiveva hipertensión arterial 71,15%. Hetave oi kuimba'e orekova ko mba'asy 61,5%, moopa ojetopave ha'e hyekue guasupe 46,15%, ha ára ojetoparoguaré ha'e ohasarire 72 aravo 72,08%.

Tempiapo paha: ojehecha 357 hasyva oikevaekue cirugiape ha peagui ojetopa 14,56% (52) arekova fistula ipy'ape, peagui ojehecha umi ojapovaekue laparotomía ambue terapéutica tava exploratoria orekove fistula 23,08%.

Ñe'ëndytee: fistulas; py'a; post quirúrgico; joapy.



Resumo

Introdução: Uma fístula é uma conexão anormal entre dois órgãos, através de um caminho epitelizado. Assim, a fístula entérica é definida como a conexão anormal entre o trato gastrointestinal e outros órgãos abdominais, pele ou tórax. A maioria das fístulas entéricas aparece no contexto de pacientes pós-operatórios, geralmente secundários a enterotomias durante a cirurgia, vazamento de anastomose e / ou erosão por materiais protéticos.

Objetivo: Determinar a prevalência de fístulas intestinais no trato digestivo pós-operatório na área de cirurgia geral do Hospital Central do Instituto de Seguridad Social, de janeiro a setembro de 2019.

Materiais e método: estudo observacional transversal descritivo.

Foram incluídos pacientes adultos com idade entre 18 e 90 anos com diagnóstico de fístula intestinal pós-operatória.

Resultados: A população estudada foi de 52 pacientes que apresentavam fístulas intestinais, com idade entre 22 e 85 anos, com média de 56 anos. A comorbidade mais comum foi hipertensão em 71,15%. Uma distribuição maior no sexo masculino foi evidente em 61,5%, a localização mais frequente da aparência da fístula foi no intestino grosso com 46,15%, o tempo de aparência foi de 73,08% após 72 horas após operatório, com despesa predominantemente alta em 63,46% dos pacientes.

Conclusão: verificou-se que dos 357 pacientes submetidos à cirurgia abdominal, 14,56% (52) apresentavam fístulas intestinais, dos quais se constatou que a laparotomia exploratória e terapêutica foi o procedimento cirúrgico mais prevalente no aparecimento de fístulas com 23,08%.

Palavras-chave: fístulas; digestivas; pós-cirúrgicas; conexão.



Abstract

Introduction: A fistula is an abnormal connection between two organs, through an epithelized path. Thus, enteric fistula is defined as the abnormal connection between the gastrointestinal tract and other abdominal organs, skin or thorax. Most enteric fistulas appear in the context of post-operative patients, usually secondary to enterotomies during surgery, anastomosis leakage and / or erosion by prosthetic materials.

Objective: To determine the prevalence of intestinal fistulas in post-operated digestive tract in the general surgery area of the Central Hospital of the Social Security Institute, from January to September, 2019.

Materials and method: descriptive cross-sectional observational study.

Adult patients aged 18 to 90 years with a diagnosis of post operative intestinal fistula were included.

Results: The population studied was 52 patients who presented intestinal fistulas of which the patients had an age between 22 to 85 years with an average 56 years. The most common comorbidity was hypertension in 71.15%. A greater distribution in the male sex was evident in 61.5%, the most frequent location of fistula appearance was in the large intestine with 46.15%, the time of appearance was 73.08% after 72 hours post operative, with a predominantly high expense in 63.46% of patients.

Conclusion: it was found that of 357 patients who underwent abdominal surgery, 14.56% (52) presented intestinal fistulas, of which it was found that both exploratory and therapeutic laparotomy was the most prevalent surgical procedure in the appearance of fistulas with 23.08%.

Key words: fistulas; digestive; post surgical; connection.



1- Introducción

Una fístula es una conexión anormal entre dos órganos, a través de un trayecto epitelizado. Así pues, la fístula intestinal se define como la comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal y otros órganos abdominales, piel o tórax. La mayoría de las fístulas intestinales ocurren en el contexto de pacientes post-operados, generalmente secundarias a enterotomías durante la cirugía, fuga de anastomosis y/o erosión por materiales protésicos (1).

La mortalidad de las fistulas entéricas es del 5 al 20%, cifra bastante elevada si tenemos en cuenta que cirugías de gran magnitud como la duodenopancreatectomía, la hepatectomía, la esofagectomía y una complicación grave como lo es la lesión de vía biliar presentan tasas inferiores al 10%. Además, cuando la fístula se acompaña de factores agravantes tales como la sepsis, la desnutrición, el desequilibrio hidroelectrolítico entre otros, la mortalidad aumenta aún más y puede superar, a veces, el 60% (2) (3).

Las fístulas gástricas son iatrogénicas en 80% de los casos, el resto son secundarias a cáncer, irradiación, isquemia, etc. (Kozell y Martins, 2001). Cuando ocurren por cáncer residual su mortalidad asciende hasta 75%. Las fístulas duodenales tienen causa post-quirúrgica en 85% de los casos, y su mortalidad puede llegar al 30% (Chapman y Dunphy, 1964). La causa más frecuente de fístulas intestinales (yeyuno e íleon) es la post-quirúrgica, 70-90%: dehiscencia de suturas, cuerpo extraño, trauma operatorio y lesiones no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

reconocidas; otras causas de formación de fístulas son las enfermedades inflamatorias intestinales, enteritis post-radioterapia, enfermedad diverticular y cáncer gastrointestinal (Manuel Cadena y Arturo Vergara, 2005). Las fístulas colocutáneas tienen su etiología en diverticulitis, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis y enteritis por radiación; estas fístulas tienen un alto grado de cierre espontáneo (4).



2- Antecedentes de la Investigación.

Se halló varios trabajos de investigación sobre el tema, entre ellos el del Dr. José Luis Martínez-Ordaz et al (2013, México), en el Servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un estudio prospectivo, en el cual se vio que la fístula enterocutánea es una complicación que sucede en 10% de los pacientes sometidos a cierre de ileostomía, o colostomía terminal (5).

María de los Ángeles Cornejo et al (2016, Madrid, España), realizaron un estudio retrospectivo de nuevos casos de fistula duodenal tras gastrectomía, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, realizaron 666 gastrectomías y observaron fistula del muñón duodenal en 13 pacientes (1,95%). En 8 de los 13 pacientes (61,5%), la cirugía fue el tratamiento de elección. La mortalidad postoperatoria asociada a la fistula del muñón duodenal fue del 46,2% (6 casos) (6).

Suazo Suárez et al (2018, Ecuador), realizaron una investigación no experimental, de tipo transversal, observacional, sobre las fistulas enterocutaneas, sus factores de riesgo y complicaciones en pacientes postquirúrgicos, en donde vieron que de 110 pacientes el 6,36% presentaron fistulas gastrointestinales como complicación postquirúrgica, teniendo como principales factores de riesgo la diabetes mellitus y alteraciones de la coagulación (7).



3- Planteamiento del Problema

Se estima que el 75-90% de las fístulas se presenta como una complicación post-operatoria, con una incidencia de 0,8-2% en las cirugías abdominales. Su aparición depende de diversos factores de riesgo como la indicación inicial del procedimiento quirúrgico y el número de cirugías al que es sometido un paciente. Su mortalidad se estima desde 5.5 hasta 33% la que asciende aún más y puede superar el 60% cuando se asocia con factores agravantes como la sepsis, la desnutrición y el desequilibrio hidroelectrolítico (8).

Al ser padecimientos complejos y que requieren de un tratamiento multidisciplinario, la estancia hospitalaria de los pacientes se vuelve prolongada. Se ha reportado estancia en Terapia Intensiva de 28.5 ± 30.5 días, con estancias hospitalarias de 82.1 ± 100.8 días y costos de hasta 539 mil dólares por paciente (1).

Las tres complicaciones principales de los pacientes con fístulas son desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición y sepsis, las cuales están en relación con la localización de la fístula, el gasto, las características bioquímicas y electrolíticas de la descarga y la condición patológica subyacente (2) (9).

Con un régimen conservador adecuado la mayoría de las fístulas cerrarán espontáneamente; sin embargo, el cierre espontáneo varía del 24.3 al 71.2% (9).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

A pesar de que para algunos autores el manejo establecido disminuye el porcentaje de pacientes operados, entre el 39 y 80% de los pacientes con fístulas enterocutáneas ameritarán algún tipo de tratamiento quirúrgico durante su evolución (7).

Dadas las implicaciones que presenta para el paciente y el sistema de salud el desarrollo de las fistulas postoperatorias, es relevante profundizar en el manejo implementado en nuestro medio e intentar brindar un referente conceptual acorde al manejo actual y de calidad que se aplica en este momento en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Por este ser el principal centro asistencial y contar con el servicio humano y un equipamiento complejo, para la atención de gran parte de la población del territorio Paraguayo, quiero por medio de nuestro estudio y teniendo en cuenta que es un hecho desconocido, dar respuesta a ello por medio de la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de fistulas intestinales en post operados del tracto digestivo en el área de cirugía general del Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el periodo 2019?



4- Justificación

Las fístulas enterocutáneas constituyen una complicación frecuente, grave y costosa, con un alto índice de mortalidad. El incremento de la expectativa de vida y el avance de la Cirugía en el tratamiento de padecimientos cada vez más complejos, debe contribuir en un futuro cercano, a un considerable descenso en su frecuencia de aparición (8) (10).

Como centro de referencia de seguridad social a nivel país el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, realiza una importante cantidad de cirugías abdominales por año, como tratamiento ya sea curativo o paliativo de diferentes enfermedades. Así mismo, recibe pacientes que han sufrido complicaciones durante o después de una intervención quirúrgica, tales son las fistulas que aparecen en un 75-90% en pacientes post-operados, con una incidencia de 0,8-2% en las cirugías abdominales (11) (8).

Las complicaciones son efectos adversos inherentes a todas las intervenciones quirúrgicas, por la tanto, conocer su mecanismo y frecuencia ayuda a tomar los recaudos necesarios para la prevención (1). Y resolver dudas que se siguen teniendo sobre la aparición de las fistulas con relación a las cirugías efectuadas.

A pesar de los avances logrados en el cuidado de estos pacientes, el desarrollo de esta complicación coloca al médico ante una situación compleja



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

y de difícil tratamiento. Por lo anteriormente expuesto, se ve necesaria la investigación con la perspectiva de aportar datos clínicos de valor epidemiológico y quirúrgico para el Hospital Central del Instituto de Previsión Social y otros centros a nivel nacional, ya que los resultados obtenidos en este trabajo serán compartidos en dicho hospital.

Además podrá usarse como base para posteriores investigaciones, de acuerdo a los referentes citados, se considera su viabilidad y relevancia, siendo necesario realizar un estudio sobre la prevalencia de fistulas intestinales en post operados del tracto digestivo en el área de cirugía general del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.



5- Objetivos de la investigación

5.1- General:

5.1.1- Determinar la prevalencia de fistulas intestinales en post operados del tracto digestivo en el área de cirugía general del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a septiembre, 2019.

5.2- Específicos:

5.2.1- Detallar la presentación de las fistulas intestinales según las características demográficas de la población.

5.2.2- Identificar las comorbilidades más frecuentes relacionadas a la aparición de fistulas intestinales.

5.2.3- Describir la presentación de las fistulas intestinales de acuerdo a sus características quirúrgicas.



6- Fundamento Teórico

6.1- Definición

Se define a la fístula como una conexión anormal entre dos superficies epitelizadas, es decir entre dos órganos huecos o bien entre un órgano hueco y la piel. Cuando una de las áreas expuestas es del tracto digestivo se denomina fístula gastrointestinal (1).

Las fístulas gastrointestinales son una temida complicación del post-operatorio de cirugía abdominal que puede afectar a pacientes de cirugía, urología o ginecología. Se asocia a complicaciones hidroelectrolíticas y ácido base importantes, con grados variables de desnutrición y una elevada morbimortalidad (8) (9).

Las fístulas intestinales postoperatorias son consecuencia de un proceso que se inicia con una fuga o filtración del contenido intestinal, ya sea por una lesión intestinal o por una dehiscencia de sutura en una anastomosis intestinal, drenando este líquido hacia la cavidad peritoneal formando una colección o saliendo por un tubo de drenaje o por la herida operatoria hacia el exterior (9).

A pesar de los importantes avances realizados en el manejo de esta patología en los últimos 40 años, las fístulas entéricas siguen siendo un problema mayor, con una mortalidad que varía entre el 15 y el 25%. Aunque con las técnicas actuales de nutrición parenteral y de supresión de la secreción digestiva



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

se puede lograr un cierre espontáneo en el 40 al 70% de las fístulas, aun es necesario recurrir a la intervención quirúrgica en el 35 o más por ciento de los pacientes (10) (11).

6.2- Epidemiología

Con relación a la formación de fistulas, un 15-25% aparecen espontáneamente, debido a la enfermedad inflamatoria intestinal principalmente, que es la etiología más frecuente en el mundo occidental de fístulas no relacionadas con la cirugía, siendo menos frecuentes las causadas por diverticulitis, trauma, radioterapia, isquemia intestinal o neoplasias. En un 75%-85% las fístulas ocurren en el postoperatorio como resultado de lesión intestinal, enterotomía inadvertida o fuga anastomótica. Su prevalencia es muy variable dependiendo tanto de la habilidad del cirujano como de factores relativos al paciente, especialmente en casos de neoplasia o de enfermedad inflamatoria intestinal (12).

La mortalidad por fistulas intestinales es del 15 al 37%, cifra bastante elevada si tenemos en cuenta que cirugías de gran complejidad como la duodenopancreatectomía, la hepatectomía o la esofagectomía presentan tasa inferiores al 10%. Así también, cuando la fístula coexiste con factores agravantes tales como la sepsis, la desnutrición, el desequilibrio hidroelectrolítico entre otros, la mortalidad asciende aún más y puede superar, a veces, el 60% (2).

Las fistulas enterocutáneas representan una complicación mayor, se relaciona con una mortalidad de 10 a 35%. Según estudio sobre la localización



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de la fístulas realizado en 174 pacientes (Martínez JL, 2007) su localización más frecuente es el intestino delgado con 90 pacientes (51,7%), seguido por el colon 50 (28,7%), yeyuno, íleon, el estómago, el duodeno, el tracto biliar y el páncreas se presentan pero en menor cuantía.

5.3- Etiología

Pueden formarse por diferentes mecanismos:

1. Congénitas: por errores en el desarrollo embriológico prenatal, debido a la falla en la obliteración del conducto onfalomesentérico, son raras y de localización umbilical.

2. Adquiridas: producidas por múltiples causas, generalmente con un componente infeccioso que las origina o las mantiene. Según su mecanismo de formación pueden dividirse en:

a) Fístulas traumáticas: producidas por traumas abiertos o cerrados, incluyen los provocados por cuerpos extraños como espinas, objetos metálicos y otros, que actúan desde el interior del tubo digestivo. Aquí se incluyen las producidas por erosión del intestino por mallas u otro material protésicos colocadas en contacto directo con la pared intestinal.

b) Fístulas inflamatorias: antes del advenimiento de los antibióticos eran la manifestación final de un plastrón diverticular, apendicular o vesicular. Incluye las fístulas asociadas a la enfermedad de Crohn.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

c) Fístulas neoplásicas: causadas habitualmente por un carcinoma, ya sea por la invasión directa o por obstrucción con perforación proximal, formación de absceso y posterior fistulización.

d) Fístulas post-radioterapia: por alteraciones vasculares que ocasionan isquemia, que favorecen la contaminación bacteriana y la fistulización.

e) Fístulas postoperatorias: constituyen el grupo más común, aparecen en el 0.8-2% de las intervenciones abdominales, comunican con la piel y siguen generalmente el trayecto de un drenaje o a través de la herida laparotómica (13) (14).

La mayoría de las fístulas aparecen como complicación de la cirugía, habitualmente luego de intervenciones por enfermedad ulceropéptica, enfermedades malignas, patología pancreática, enfermedades inflamatorias del intestino o tratamiento de procesos adherenciales. Las fístulas representan alrededor del 1 al 2% de las complicaciones que siguen a la cirugía gástrica o duodenal y el 1% de las complicaciones luego de la cirugía del intestino delgado. La causa más común de fístula post-operatoria es la pérdida anastomótica luego de la resección intestinal (15) (16).

5.4- Clasificación

5.4.1- Según su localización anatómica:

- Internas
- Externas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

5.4.2- Según su topografía:

- Esófago
- Estómago
- Duodeno: Intestino Delgado; Intestino Grueso
- Mixtas

5.4.3- Según su número:

- Únicas
- Múltiples

5.4.4- Según su origen y desembocadura:

- Gastro - Cutánea
- Duodeno - Entérica
- Entero - Colónica
- Yeyuno - Rectal
- Ileo - Vesical
- Colo - Vaginal
- Recto - Aórtica

5.4.5- Según su gasto:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- De alto gasto: Más de 500 ml en 24 horas. Fístulas proximales, requieren mayor precocidad en la intervención quirúrgica.
- De bajo gasto: Menos de 500 ml en 24 horas. Generalmente de íleon distal o Colon y requieren menos de la intervención quirúrgica para su cierre.

5.4.6- Según la parte del órgano que comunica con el exterior:

- Laterales
- Terminales (13)

5.5- Factores predisponentes

Muchos pacientes, ya sea causada por la enfermedad subyacente (neoplasias, Sida) o bien por una mala condición socio económica llegan a la consulta con un alto grado de desnutrición. En la medida en que la urgencia de resolución del caso lo permita, debería diferirse la operación hasta lograr un adecuado restablecimiento nutricional. Se ha señalado que la hipoproteinemia, entre otros efectos perjudiciales, reduce la actividad fibroblástica retrasando el proceso de cicatrización tanto de las heridas laparotómicas como de las suturas intestinales. La misma condición que dificulta la resolución espontánea de la fístula favorece su aparición cuando se halla presente en el enfermo previo a una intervención quirúrgica. Las fístulas provocadas por fallas en el proceso de cicatrización suelen aparecer pasados los 6 a 8 días del acto quirúrgico. Otro factor es la infección de la cavidad abdominal, proceso que dificulta la cicatrización de los tejidos suturados favoreciendo las fugas anastomóticas y



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

facilitando también las dehiscencias laparotómicas las cuales a su vez exponen al intestino predisponiendo su perforación (2) (17).

La aparición de una fístula también depende del preceso quirúrgico: anastomosis a tensión, desvitalización de cabos intestinales, nudos escasa o excesivamente ajustados, y lesiones inadvertidas entre otros son aspectos técnicos que promueven, en el postoperatorio inmediato la extravasación de líquido entérico. Por otra parte, la implementación de estrategias como suturar sobre intestino enfermo, o la colocación de una malla protésica en contacto directo con las vísceras también constituyen eventos causales de esta complicación (18) (19).



7- Marco Metodológico

7.1- Tipo y diseño general del estudio:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

7.2- Universo y población del estudio:

El universo de estudio abarcó a los pacientes adultos que fueron sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, en el periodo de enero a septiembre de 2019, cuyos registros se obtuvieron a través de fuente secundaria.

7.3- Selección y tamaño de la muestra:

La muestra fue recogida por muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el Programa Software Informático Epi-info 7, teniendo de referencia 2200 cirugías gastrointestinales, correspondientes al Hospital Central del Instituto de Previsión Social, con una proporción esperada del 50%, índice de confianza del 95%, diseño de 1 arrojando como resultado 327.

Tamaño de la población:	2200
Proporción esperada:	50,0%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5	327

7.4- Unidad de análisis y observación:

Se estudió la ficha clínica de todos los pacientes adultos de 18 a 90 años que se sometieron a una intervención quirúrgica abdominal en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

7.4.1 - Criterios de inclusión:

Pacientes mayores de 18 años.

Tener diagnóstico de fistulas gastrointestinales post-operatorias.

Tener datos completos sobre las variables a estudiar.

Pacientes internados en el servicio de cirugía del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

7.4.2- Criterios de exclusión:

Tener diagnóstico de fistulas gastrointestinales de etiología no post-operatoria.

Fichas clínicas incompletas sobre las variables a estudiar.

7.5- Variables o categoría de análisis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El estudio cuenta con variables demográficas (edad y sexo), variables de curso clínico (fistulas post operatorio, procedimientos quirúrgicos, tiempo de aparición de las fistulas, gasto de la fistula, tiempo de internación, comorbilidades).

7.5.1- Definición operacional de variables o categoría de análisis

Variables	Tipo	Definición conceptual	Operacionalización
Fistula gastrointestinal	Cualitativa nominal	Una comunicación anormal entre dos órganos huecos del tracto digestivo o bien entre un órgano hueco del tracto digestivo y la piel.	Presenta No presenta
Edad	Cuantitativa discreta	Medición cronológica que determina el tiempo en años que vive una persona	Edad en años



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Pacientes post-operados	Cualitativa nominal	Grupo de personas a las que se realizó una intervención quirúrgica	Si No
Procedimiento quirúrgico	Cualitativa nominal	Conjunto de acciones coordinadas extirpar un órgano	Cierre de colostomia Colecistectomia Colostmia Drenaje de absceso Eventrorrafia Gastroyeyunostomia Herniorrafia Ileostomia Laparotomia Yeyunostomia Restitucion de transito Gastrectomia
Tiempo de aparición de la fistula	Cuantitativa continua	Intervalo de tiempo desde la intervención quirúrgica hasta la	<72 hs >72 hs



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

		aparición de la fistula	
Gasto de la fistula	Cualitativa nominal	Cantidad de material intestinal que se drena	Bajo <500 ml Alto >500 ml
Tiempo de internación	Cuantitativa continua	Tiempo que una persona pasa en un sanatorio u hospital para ser tratado	Tiempo de internación en días
Comorbilidades	Cualitativa nominal	Enfermedad o enfermedades existentes en un individuo respecto a una patología de base establecida.	Presenta No presenta

7.6- Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de los datos:

La recolección de la información se realizó mediante una hoja pre-codificada que incluía las variables post quirúrgicos: edad, procedencia, cirugías previas, comorbilidades, días de internación, procedimiento quirúrgico realizado, tiempo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

de aparición de la fistula, gasto de la fistula. Se acudió a la base de datos del área de Cirugía del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, en el cual se incluyeron 327 pacientes, que acudieron en el periodo que comprende el estudio.

7.7- Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos.

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta la confidencialidad, igualdad, y justicia de los pacientes seleccionados.

Se realizó la notificación correspondiente a través de la dirección de comité de Ética del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, solicitando el permiso para acceder a la base de datos informando acerca del trabajo a realizarse mediante una nota por escrito.

7.8- Plan de análisis:

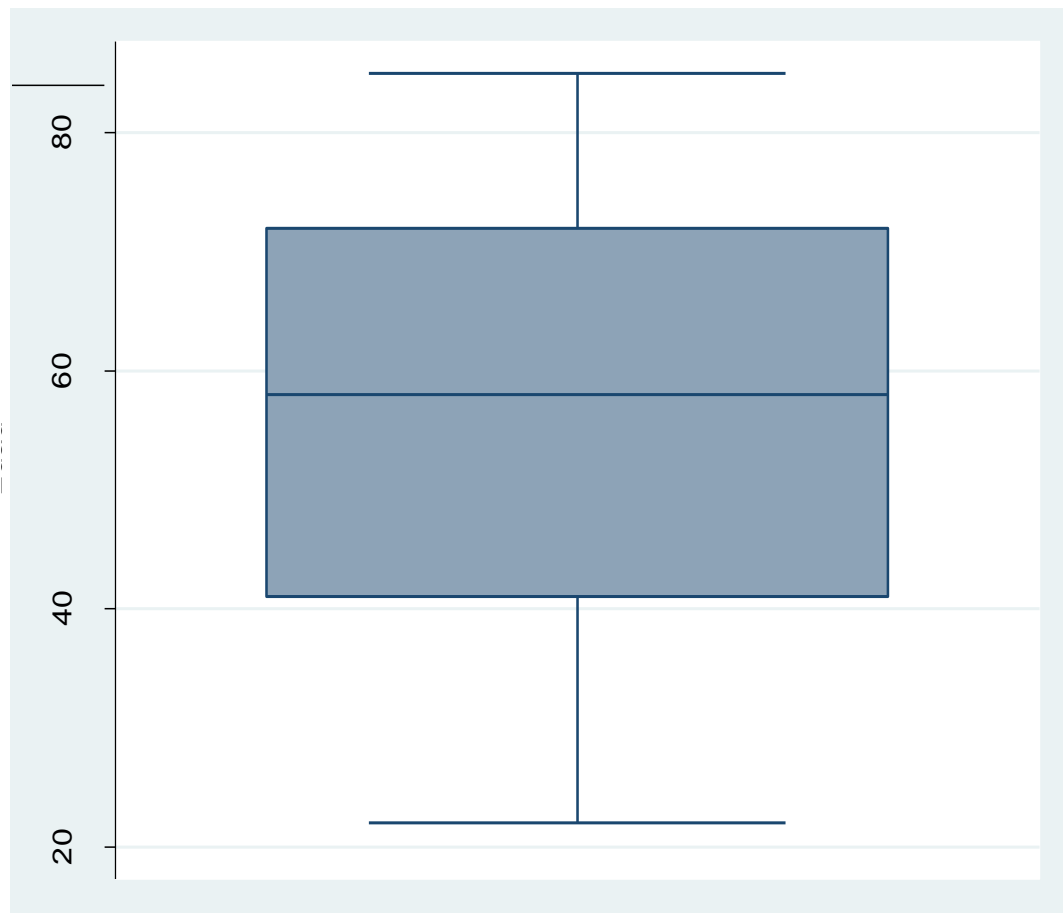
Se seleccionaron datos relacionados con las variables de interés del estudio y posteriormente fueron digitalizados en Microsoft Excel 2013. Para el análisis estadístico se utilizó el Software Informático Stata 14. Las variables cuantitativas fueron descritas a través de medidas de tendencia central y dispersión.

Las variables cualitativas fueron descritas a través de frecuencias absolutas, y porcentajes, los resultados arrojados se expresaron en gráficos y cuadros porcentuales para mejor comprensión de los mismos.



8- Resultados

Gráfico N°1: Distribución de pacientes con fistula intestinal según edad, (n=327)



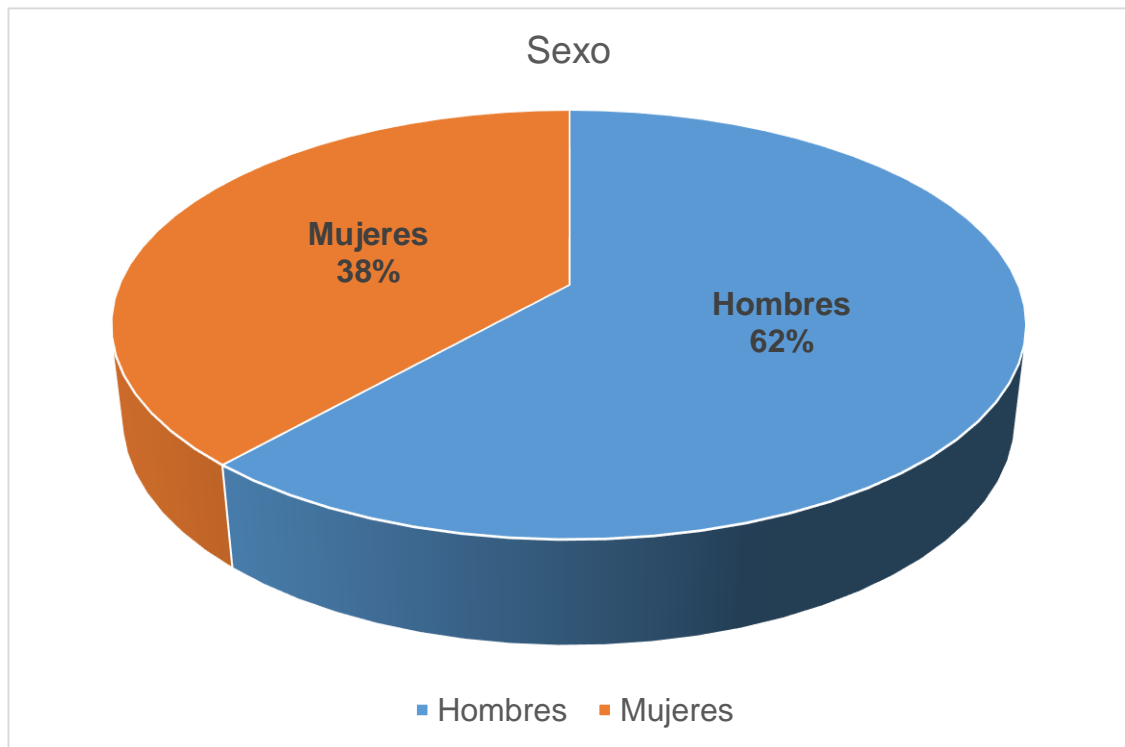
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

El rango de edad estuvo comprendido desde los 22 años a 85 años. La media de edad fue de 56 años. Entre el 25% y el 75% tenían edades entre 41 y 72 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°2: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el sexo, (n=327).



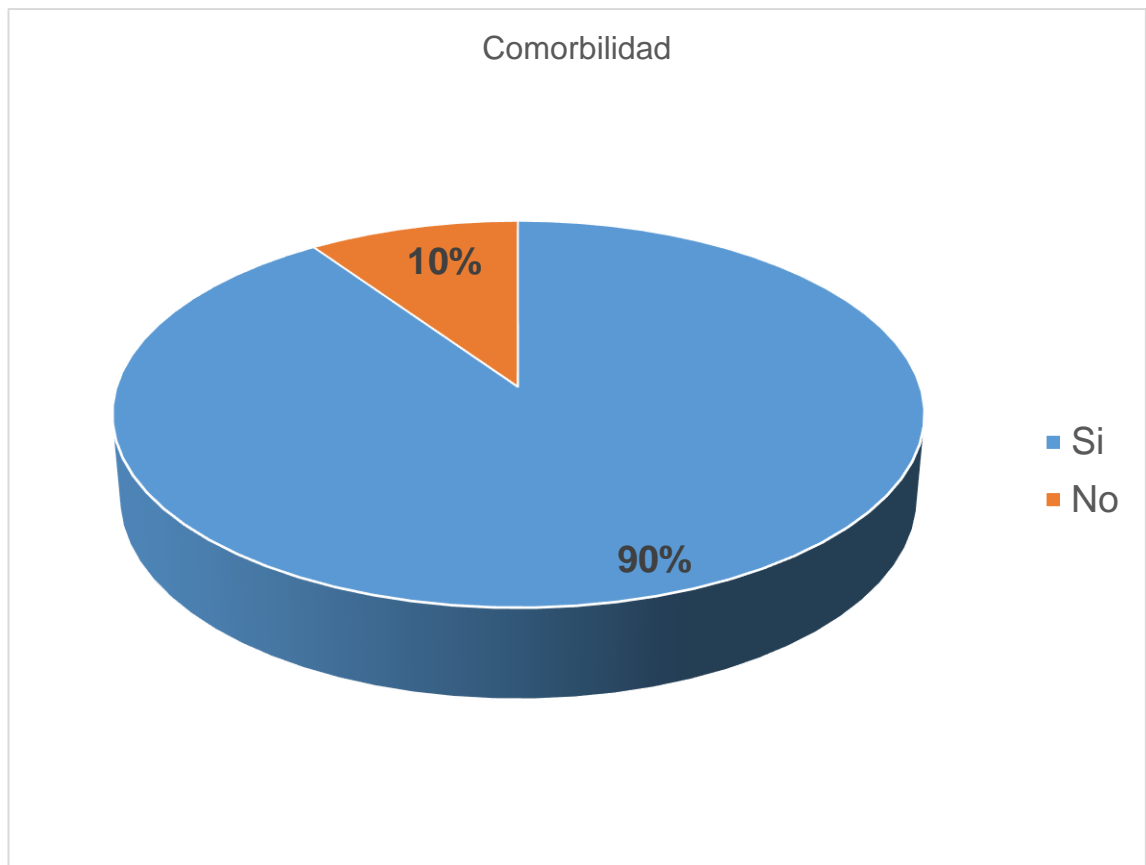
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

La prevalencia de las fistulas intestinales estuvo más presente en los hombres que en mujeres, 62% y 38% respectivamente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°3: Distribución de pacientes con fistula intestinal según las comorbilidades más frecuentes, (n=327).



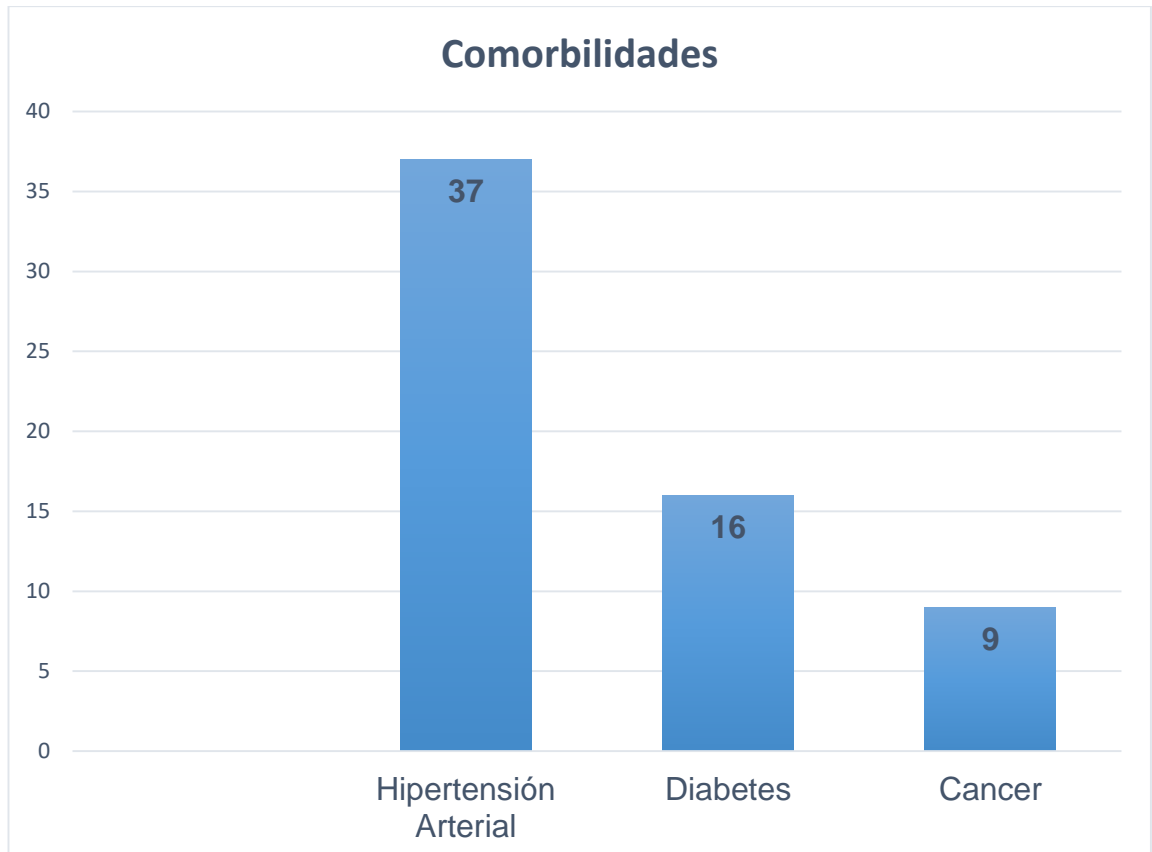
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

Las comorbilidades estuvieron presentes en casi la totalidad con 90% (47) de los pacientes con fistula intestinal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°4: Distribución de pacientes con fistula intestinal según las comorbilidades más frecuentes, (n=327).



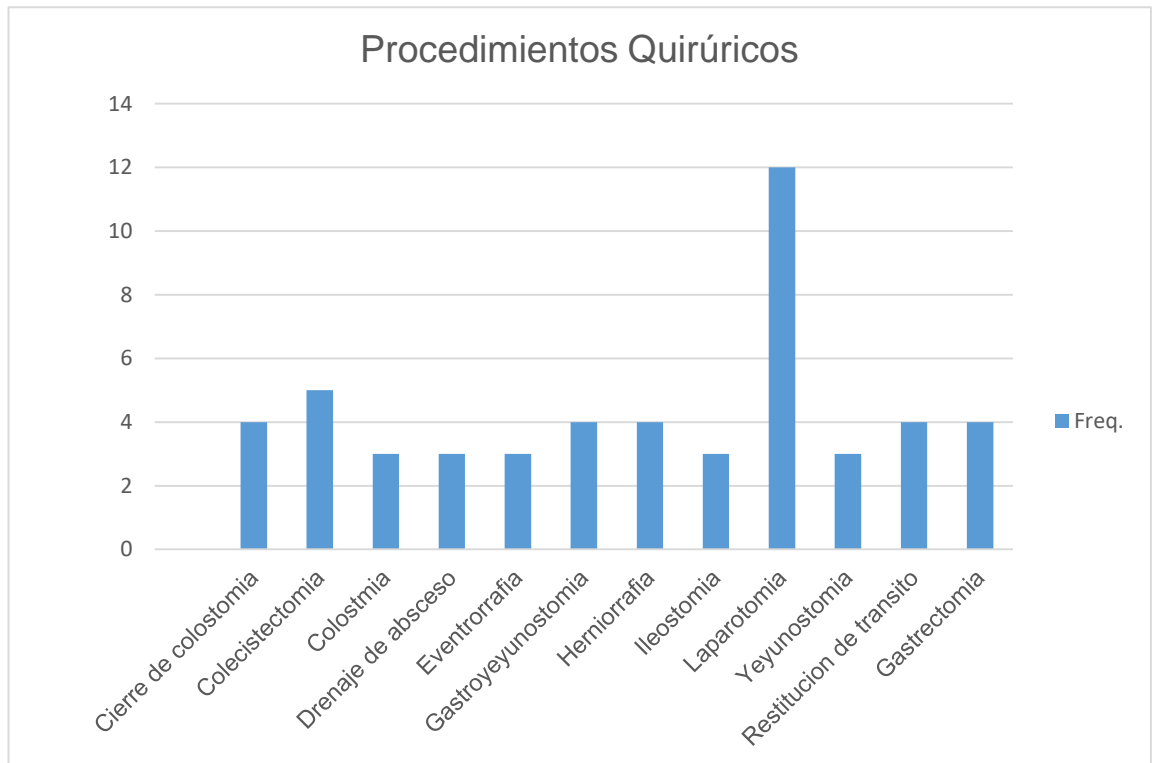
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

De entre las comorbilidades, la hipertensión arterial fue más frecuente en el 71% (37) de los pacientes, seguida por la diabetes y cáncer en el 29% (16) y 17% (9) respectivamente.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°5: Distribución de pacientes con fistula intestinal según procedimientos quirúrgico realizados, (n=327).



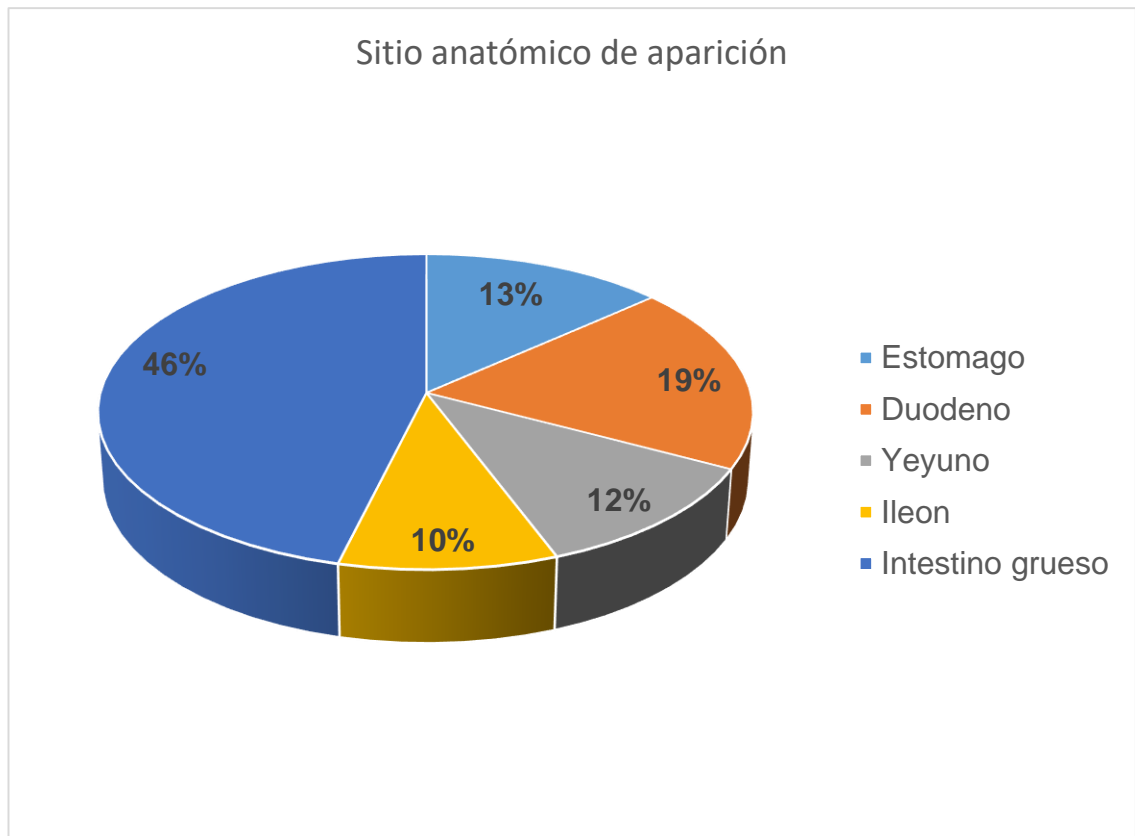
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

De acuerdo a los procedimientos quirúrgicos relacionados con la aparición de las fistulas intestinales se vio que la laparotomía ya sea exploratoria o terapéutica fue el procedimiento quirúrgico más prevalente en la aparición de las fistulas con 23,08%.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°6: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el sitio anatómico de aparición de las fistulas, (n=327).



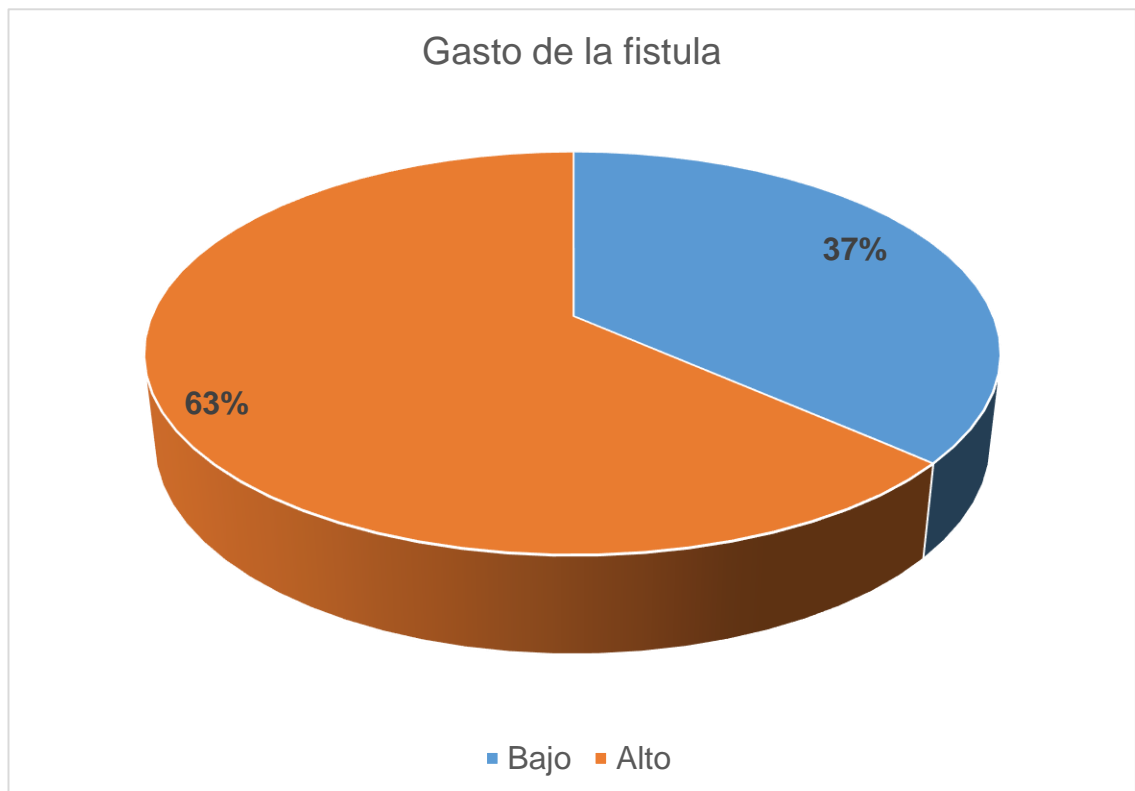
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

Respecto al sitio anatómico probable de la formación de la fístula, se encontró en un 46% en el Intestino grueso. Un 19% en el duodeno. 13% en el estómago. 12% en el yeyuno y un 10% de íleon.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°7: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el gasto de la fistula, (n=327).

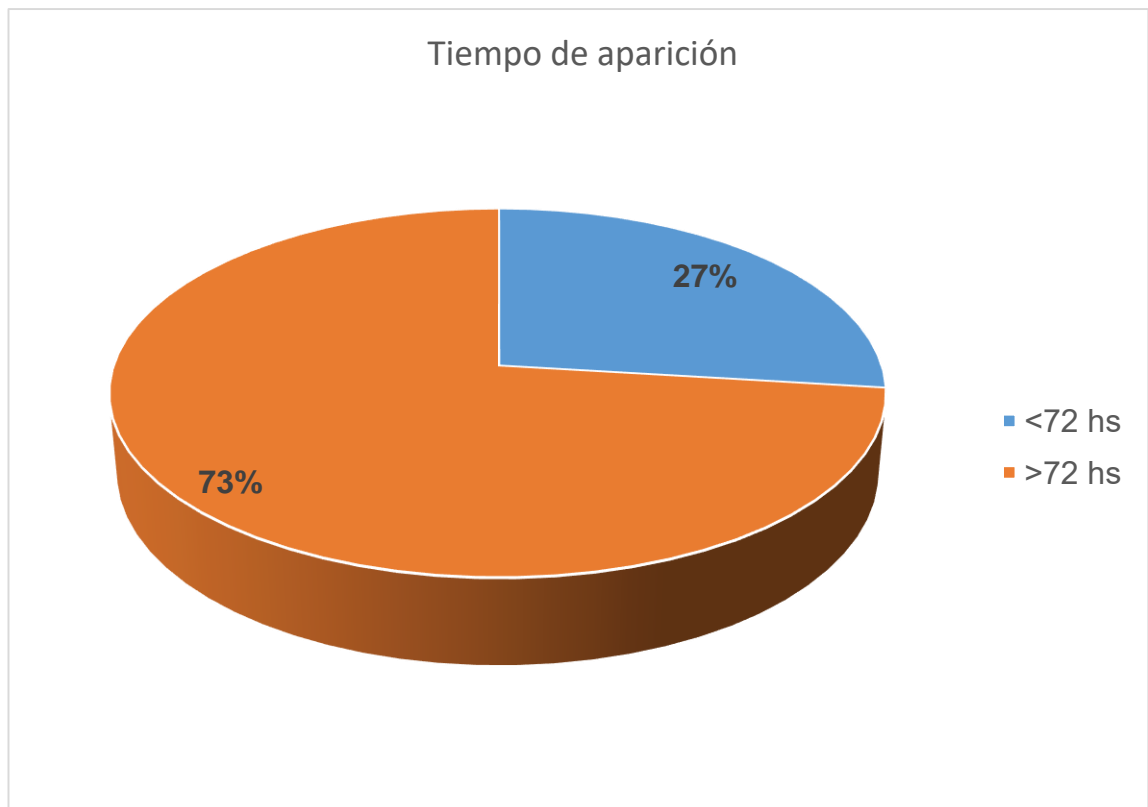


Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

Asimismo, el flujo se pudo determinar con los registros obtenidos en la evolución de instancia hospitalaria. Encontrando los siguientes resultados; 63% para fístula de alto gasto (> 500 ml/día) y 37% para las fístulas de bajo Gasto (< 500 ml/día) de acuerdo a los parámetros definidos.



Gráfico N°8: Distribución de pacientes con fistula intestinal según el tiempo de aparición de la fistula, (n=327).



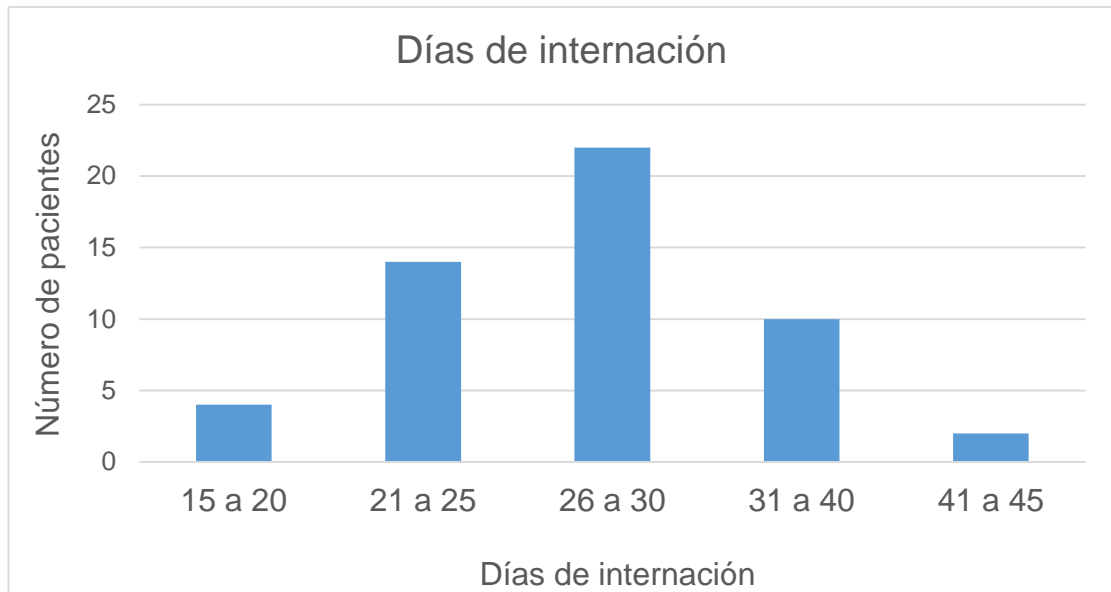
Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

Las fístulas postoperatorias se evidenciaron en su mayoría en forma tardía, superior de las primeras 72 horas transoperatorias. Las fístulas intestinales post operatorias, fueron más frecuentes en aparición tardía (>72 H) con (73%). En contraposición con la detección precoz (<72H) obtuvieron (27%).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N°9: Distribución de pacientes con fistula intestinal según los días de internación de los pacientes, (n=327).

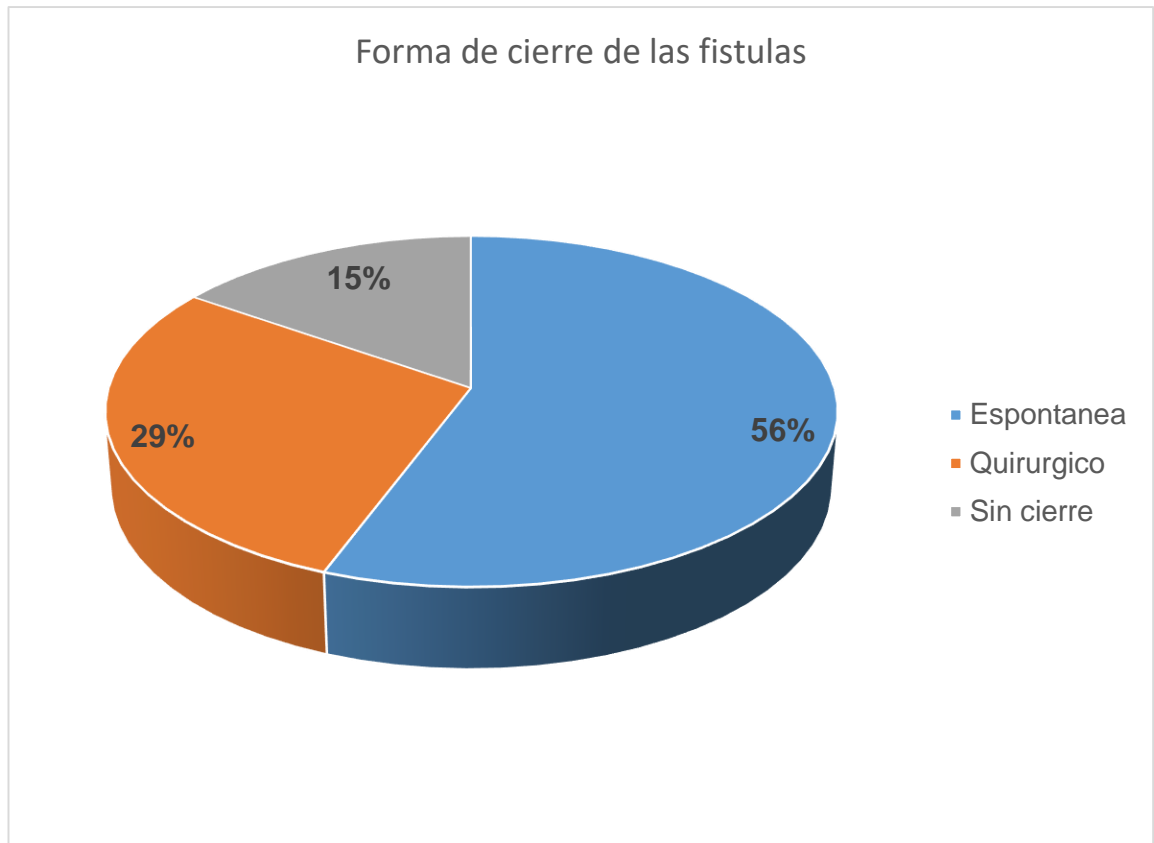


Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

El rango de días de internación de los pacientes estuvo comprendido entre los 15 a 45 días. La media de días de internación fue de 28 días. El 25% y 75% se quedaron internados entre 24,5 y 30 días respectivamente.



Gráfico N°10: Distribución de pacientes con fistula intestinal según la forma de cierre de las fistulas, (n=327).



Fuente: Fichas clínicas de pacientes, con diagnóstico de fistula intestinal, post operados del tracto digestivo, internados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019.

La información sobre el cierre de las fístulas obtenida en los 52 pacientes fue; 56% quirúrgico en el número de 29, 29% espontáneo en 15 y 15% sin cierre en 8 de ellos. Los pacientes fallecidos equivalen a los pacientes sin cierre de la fistula intestinal.



9- Discusión

Las fístulas intestinales postoperatorias son una complicación de la cirugía abdominal de poca frecuencia, pero que aumentan su ocurrencia en intervenciones de urgencia según Arenas Hector, et al, en el Consenso mexicano en el manejo integral de las fístulas del aparato digestivo en el 2010 (20).

En el período revisado, desde enero hasta septiembre del 2019, en las cirugías abdominales realizadas en el Servicio de Cirugía del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, esta complicación afectó en forma diferente a los diferentes grupos etarios. Encontrándose diferencias importantes en el género, algo diferente a lo mostrado por Campo A, et al, en su estudio realizado en el 2008 (21). Correspondieron en un 62% a fístulas postoperatorias en hombres y en un 38% a fístulas en mujeres, caso similar al trabajo realizado por Muñoz, Durán sobre la actualización sobre el manejo de la fistula enterocutanea (22).

El diagnóstico se hizo en forma precoz en el 73% de los casos, después de las 72 horas post operatoria, resultado parecido a otros grupos, que lo hacen mayormente a los 5 a 7 días, Gibson W, et al. Enterocutaneous Fistula. Current Therapy in colon and rectal (23). El diagnóstico precoz se relacionó con una mala técnica quirúrgica, mientras el diagnóstico tardío está relacionado con factores propios del paciente, lo que podría explicar porque se pensó y se indago



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

en forma activa este aspecto, lo que mejora la evolución por un tratamiento más oportuno y drenaje precoz si es necesario.

En cuanto a la ubicación anatómica, esta lesión se encontró en el 46% en el intestino grueso, 19% en duodeno, 13% en estómago, yeyuno 12% y 10% en íleon proporción que difiere a lo publicado por Campos y otros autores. Los pacientes tuvieron fístulas de alto flujo en el 63% de los casos, y bajo gasto un 37%, resultado acercado a lo reportado por Bisse en el 2012 (24) y similarmente a otros autores que muestran predominio de bajos flujos en sus casuísticas lo que muestra que los grupos son diferentes y difíciles de comparar.

El hecho de que el grupo presenta alto flujo, connotaría que los pacientes son más graves, con peor pronóstico de cierre espontáneo y mayor mortalidad, mencionado por Rombeau, JL (25).

El cierre espontáneo se logró en un 29% de los casos, algo similar a lo visto en la literatura. Hubo cierre quirúrgico en un 56%, lo que se correlaciona con el trabajo de Irlés. Fístula enteral; manejo clínico (26). El 15% restante corresponde a cierre de sus fístulas.

Con respecto a las limitaciones en el trámite del trabajo fueron las cantidades de fichas que no cumplían los requisitos pedidos por las variables, además de las dificultades para acceder a tales fichas por medio de permisos.



10- Conclusión

Las fistulas gastrointestinales postoperatorias en nuestro estudio fueron más frecuentes en hombres que en mujeres, un poco menos de la mitad de los sujetos eran de edad avanzada.

Las comorbilidades estuvieron presente en casi la totalidad de los pacientes, siendo más prevalente la hipertensión arterial seguida de diabetes y pacientes con cáncer.

El procedimiento quirúrgico más a asociado a la presentación de fistulas intestinales postoperatorias fue la laparotomía. Los principales procedimientos desarrollados por esta técnica corresponden a apendicetomías complicadas en peritonitis y laparotomía exploratoria en casos de procesos neoplásicos.

En cuanto a la localización anatómica de estas la mayoría de las fistulas procedían de intestino grueso en relación con las de intestino delgado y estómago. En el intestino delgado predomina la presentación en los segmentos duodenal, seguidas por las de Yeyuno y por ultimo las de Íleon.

El diagnóstico fue tardío en la mayoría de estas, es decir mayor a 72 horas, lo que según la literatura se relaciona con factores dependientes del paciente y no a una mala técnica quirúrgica. En relación a los que se les realizo el diagnostico de forma temprana que consiste en una menor proporción de pacientes que se complicaron por una mala técnica.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Con relación con el gasto de las fistulas se vio más prevalente el de alto gasto (>500 ml) en 24 hs, conllevando esto a una evolución de mal pronóstico y mayor mortalidad.



11- Recomendaciones

- El presente estudio fue el primero que trata de describir el impacto de una patología que se caracteriza por su baja prevalencia y alta mortalidad. Consideramos pertinente ampliar la población objetivo a otras instituciones de salud y a otras regiones satélites del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, y así determinar el impacto real de esta patología que conlleva a altos costos en hospitalización y complicaciones fatales para la población.
- Si bien los objetivos del estudio eran bien claros y se cumplió el diseño metodológico de este, la presencia de fallas en el manejo y procesamiento de la información son evidentes por lo que consideramos pertinente un seguimiento exhaustivo y registro del archivo del historial clínico de los pacientes, donde quede registrado los componentes más importantes como el ingreso a urgencias, la evolución clínica, la epicrisis y las interconsultas solicitadas a otras especialidades, resultados de ayudas diagnósticas y parámetros de laboratorios evaluados.



12- Referencias Bibliográficas

1. Clemente Gutierrez Uea. Fístulas enterocutáneas: Actualidades sobre diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo. 2017; VI(3): p. 120-126.
2. Wainstein DEea. Fístulas Enterocutaneas. En Galindo F. Enciclopedia Cirugía Digestiva. Buenos Aires; 2014.
3. Talé LFea. Guía de manejo para las fistulas enterocutaneas. Rev Guatem Cir. 2015; XXI(1): p. 73-84.
4. Cadena Mea. Fístulas gastrointestinales en abdomen abierto. Rev Colomb Cir. 2005; XX(3): p. 150 - 157.
5. Martínez-Ordaz JLea. Factores de riesgo. Gac Méd Méx. 2013; LXXXI(5): p. 394-399.
6. Cornejo MdlÁea. Fistula duodenal tras gastrectomía: análisis retrospectivo. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2016; CVIII(1): p. 20-26.
7. Suarez Sea. Fistulas enterocutaneas: factores de riesgo y complicaciones en pacientes postquirúrgicos. Universidad de Guayaquil. 2018;; p. 20-25.
8. Cuevas Delgado Rea. Fistula enterolaparotómica post-operatoria: presentación de caso clínico y revisión de literatura. Rev. Cir. Parag. 2016; XL(1): p. 29 - 32.
9. Cárdenas P. ea. Fístulas Intestinales en el Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador. casuística. Rev. Hosp. Clín. Univ. Chile. 2010; XXI(1): p. 105 - 110.
10. Martínez-Ordaz JLea. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Gac. Méd. Méx. 2003; CXXXIX(2): p. 144-151.
11. Lovesio C. Patología crítica gastroenterológica. En lovesio dc. Medicina Intensiva. sexta ed. buenos aires: Corpus; 2008.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

12. Feldman Mea. Abscesos abdominales y fístulas gastrointestinales. En Fordtran Sy. Enfermedades digestivas y hepáticas. Decima ed.: Elsevier; 2017.
13. Medina MV. Nuevos enfoques en el tratamiento de las fístulas enterocutáneas. Correo Científico Médico. 2012; XVI(1).
14. Jalife Montaña A. Fistulas enterocutaneas. En Pérez Torres Eea. Gastronterología.: Mcgraw-Hill Interamericana Editores; 2016.
15. Gómez Portilla A. Tratamiento de las fístulas enterocutáneas complejas mediante la técnica de herida-abdomen abierto en vacío. Rev. Cir. Esp. 2009; LXXXV(4): p. 258-260.
16. Almeida Varela Rea. Fístula de alto gasto. Rev. Cub. Cir. 2012; LI(2): p. 125-136.
17. Waintein DEea. Tratamiento de fístulas enterocutáneas de alto gasto con un dispositivo de compactación al vacío. Rev. Mun. Cir. 2008; XXXII(3): p. 430-435.
18. Anta E JA. Fístulas enterocutaneas, nutrición y cirugía. Rev, Méd, Hondur. 2018; LIV(1): p. 132-134.
19. García del Caño J. fistulas digestivas, fisiopatología, tratamiento y cuidados locales. Rev. Cir. Val. 2006; CXL(4): p. 570-600.
20. Arenas Hea. Consenso mexicano en el manejo integral de las fístulas del aparato digestivo. Cir Gen. 2010; XXII(2): p. 283 - 293.
21. Campo Aea. A multivariate model to determine prognostic factors in gastrointestinal fistulas. J. Am Coll Surg. 2008; XL(14): p. 483 - 490.
22. Muñoz Dea. Actualización sobre el manejo de la fistula enterocutanea. Cir. Andal. 2019; XXX(1): p. 40 - 47.
23. Gibson Wea. Enterocutaneous Fistula. Current Therapy in colon and rectal Surgery. Rev. Cir. Cub. 2014; XXVII(12): p. 47 - 84.
24. Bisset Pea. Postoperative small bowel fistula, back to basic. Trop. Doct. 2012; XXX(3): p. 138 - 140.
25. Rombeau J. Novedades sobre el tratamiento de las fistulas colonicas. Contemporary Surgery. 2006; LXII(6): p. 96 - 102.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

26. Irlés Cea. Fístula enteral; manejo clínico. Nutr. Clin. Med. 2008; XVII(2): p. 12 - 22.



13- Anexo

13.1- Instrumento de recolección de datos

N° de Ficha: ____

Edad: ____ años

Procedencia:

1. Rural__
2. Urbana__

Enfermedad de base: _____

Antecedentes:

Patológicos:

1. Diabetes: si__ no__
2. Hipertensión arterial: si__ no__
3. Cáncer: si__ no__
4. Tóxico: si__ no__
5. Alérgicos: si__ no__

Días de hospitalización Previa a la Cirugía: _____

Fistula

Procedimientos quirúrgicos realizados:

Clasificación según el gasto:

Alto gasto (>500ml/24h) ____

Bajo gasto (<500ml/24h) ____

Tiempo de presentación de la fistula:

<72 Horas: ____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

>72 Horas: ___

Cirugía previa: si ___ no ___

Evolución de la Fistula:

Forma de cierre:

1. Espontanea: si ___ no ___

2. Quirúrgico: si ___ no ___

3. Sin cierre: si ___ no ___

4. Cierre de la fistula (Días): _____

Localización:

1. Esofágicas: ___

2. Gástricas: ___

3. Duodenales: ___

4. Intestino Grueso: ___

Muerte: sí ___ No ___



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.2- Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte del tutor (Escaneado)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley Nº 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



Coronel Oviedo, 10 de octubre de 2019

Señor:
Dr. Carlos Miguel Rios Gonzalez, Director
Direccion de Investigación, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Caaguazu.

En mi condición de tutor metodológico del protocolo de investigación titulado: "PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, 2019", certifico que el trabajo realizado cumple con las exigencias académicas y metodológicas establecidas; así como con los requisitos de forma del trabajo, de citación y de bibliografía. Por lo anterior, confirmo que el documento ha sido evaluado y aceptado por mi persona..

A continuación, confirmo los datos del autor:
Nombres y apellidos completos: Juan Bautista Fretes Valdez
No. Documento de identidad: 4.701.303

Atentamente,

Firma:

Nombre del tutor: Rose Marie Sachelaridi de López

No. Documento de identidad: 819.420



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.3- Carta de aprobación del permiso para ejecución del trabajo (Escaneado)



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

TETĀ REKUĀI GOBIERNO NACIONAL

Paraguay de la gente

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Form with fields: TÍTULO, AUTORES, TUTORES, SERVICIO, PROMOCIÓN, OBJETIVOS GENERALES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS, ASUNTOS ÉTICOS

DICTAMEN:

Table with 2 columns and 3 rows: AVALADO (checked), AVALADO CON RECOMENDACIONES, NO AVALADO PENDIENTE

Fecha: 26 / IX / 2019 RESPONSABLES: Dra. Laura de Salvo SUGERENCIAS

Dra. Laura Da Silva Iramain Reg. N° 4034

Lic. Marta Ruizuela

Lic. Cecilia Palacios

Dpto. de Educación Médica Comité de Ética en Investigación Médica H.C. I.P.S.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.4- Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación (Escaneado)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCION DE INVESTIGACIÓN



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION N° 29/19

Coronel Oviedo, 10 de Setiembre del 2019

Señor:

Juan Fretes

PRESENTE.

Por medio de la presente reciba mis cordiales saludos y a la vez me permito comunicarle el dictamen sobre el proyecto de investigación titulado **"Prevalencia de Fistula Intestinales en Pos operados del Tracto Digestivo del Hospital Central del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2019"** presentado para su evaluación a este comité cuanto sigue:

...Se decide aprobar la ejecución del proyecto de investigación, puesto que cumple los criterios éticos establecidos por las normas internacionales y este comité.

Se espera contar con un informe detallado posterior a la ejecución del proyectos....

Me despido deseándoles éxitos en su labor.

Atentamente.



Dr. Carlos Miguel Rios González

Coordinador del Comité de Ética en Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.5- Carta de aprobación del borrador final de investigación por parte del tutor temático y/o metodológico (Escaneado).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



Coronel Oviedo, 18 de Octubre de 2019

Señor:

Dr. Carlos Miguel Rios Gonzalez, Director
Direccion de Investigación, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Caaguazu.

En mi condición de tutor metodológico del trabajo final de grado titulado: **"PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, 2019."**, certifico que el trabajo realizado cumple con las exigencias académicas y metodológicas establecidas; así como con los requisitos de forma del trabajo, de citación y de bibliografía. Por lo anterior, confirmo que el documento ha sido evaluado y aceptado por mi persona..

A continuación, confirmo los datos del autor:

Nombres y apellidos completos: JUAN BAUTISTA FRETES VALDEZ

No. Documento de identidad: 4.701.303

Atentamente,

Firma:

Nombre del tutor: Rose Marie Sachelaridi de López

No. Documento de identidad: 819.420



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.6- Carta de declaración de conflicto de intereses.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



DOCUMENTO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERES

Conforme a lo establecido en las directrices de la Dirección de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, es necesario comunicar por escrito la existencia de alguna relación entre el estudiante y cualquier entidad pública o privada de la cual se pudiera derivar algún posible conflicto de interés.

Un potencial conflicto de interés puede surgir de distintos tipos de relaciones, pasadas o presentes, tales como labores de contratación, consultoría, inversión, financiación de la investigación, relación familiar, y otras, que pudieran ocasionar un sesgo no intencionado del trabajo de los firmantes de este manuscrito.

Título del trabajo final de grado:

PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, 2019.

- El estudiante firmante del trabajo en referencia, declara que **NO** existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el artículo.

Nombre del Autor y Firma: Juan Bautista Fretes Volder



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

13.7- Carta de autoría.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Sede Coronel Oviedo
Creada por Ley N° 3.198 del 04 de mayo de 2007
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO

Yo, JUAN BAUTISTA FRETES VALDEZ, con documento de identificación número 4.701.303, y estudiante de medicina la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Nacional de Caaguazú, en relación con el Trabajo Fin de Grado titulado "PREVALENCIA DE FISTULAS INTESTINALES EN POST OPERADOS DEL TRACTO DIGESTIVO EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL, 2019." presentado para su defensa y evaluación en el curso, declara que asume la originalidad de dicho trabajo, entendida en el sentido de que no ha utilizado fuentes sin citarlas debidamente. Asimismo asume toda la responsabilidad que esta acarree.

Coronel Oviedo, 10 de Octubre de 2019

Firma.: _____

Juan Bautista Fretes Valdez