



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
RESIDENTADO MEDICO



TRABAJO ACADEMICO

**DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN FÍSTULAS
ENTEROCUTÁNEAS POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL
III ESSALUD JULIACA 2020-2021.**

PROYECTO DE INVESTIGACION

PRESENTADO POR

CESAR DARRY MAMANI VIZCARRA

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

PUNO – PERU

2022



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROG. S.E. RESIDENTADO MÉDICO
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN**

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....

TÍTULO DEL PROYECTO: DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA 2020-2021.
RESIDENTE: CESAR DARRY MAMANI VIZCARRA
ESPECIALIDAD: CIRUGIA GENERAL

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

CONTENIDOS	ADECUADAMENTE PLANTEADOS	
	SI	NO
Caratula	✓	
Índice	✓	
1. Título de la investigación	✓	
2. Resumen	✓	
3. Introducción	✓	
3.1. Planteamiento del problema	✓	
3.2. Formulación del problema	✓	
3.3. Justificación del estudio	✓	
3.4. Objetivos de investigación (general y específicos)	✓	
3.5. Marco teórico	✓	
3.6. Hipótesis	✓	
3.7. Variables y Operacionalización de variables	✓	
4. Marco Metodológico	✓	
4.1. Tipo de estudio	✓	
4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis	✓	
4.3. Criterios de selección	✓	
4.4. Población y Muestra	✓	
4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos.	✓	
5. Análisis Estadístico de los Datos	✓	
6. Referencias bibliográficas	✓	
7. Cronograma	✓	
8. Presupuesto	✓	
9. Anexos	✓	



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los 14 días del mes de junio de 2022

c.c. Archivo



INDICE GENERAL

CAPÍTULO I:	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
A. Introducción	1
B. Formulación del problema	2
C. Delimitación de la Investigación	2
D. Justificación de la investigación	3
CAPITULO II	4
REVISION DE LITERATURA	4
A. Antecedentes	4
B. Marco teórico	7
CAPITULO III	10
HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	10
A. Hipótesis	10
B. Objetivos	11
C. Operacionalización de variables	12
CAPITULO IV	14
MARCO METODOLOGICO	14
A. Tipo de investigación	14
B. Diseño de investigación	14
C. Población y Muestra	14
D. Criterios de selección	14
E. Material y Métodos	15
F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	15
G. Análisis estadístico de datos	16
CAPITULO V	17
CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO	17
A. Cronograma:	17
B. Presupuesto:	17
CAPITULO VI	18
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
CAPITULO VII	21
ANEXOS	21



TITULO DEL PROYECTO DE TESIS

**DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS
POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA 2020-
2021.**



RESUMEN

Una fístula enterocutánea es una conexión anormal entre los intestinos y la piel. El objetivo del estudio analizar en qué medida la dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021. Es una investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva. Diseño no experimental. La población estará conformada por los pacientes con fístula enterocutánea postquirúrgicos de cirugía abdominal en el servicio de Cirugía del Hospital III EsSalud Juliaca, en el intervalo comprendido en el periodo 2020-2021. Se estima una población muestra de 60 pacientes. La selección de la muestra será probabilista con muestreo aleatorio simple. Se utilizará como instrumento una ficha de datos que se elaborará de acuerdo a los objetivos. Se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo a la información de las historias clínicas. Es necesario el consentimiento informado dado que es un estudio observacional con historias clínicas. Se espera encontrar como resultado estadísticamente significativo que la dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía, y diferencias en la presencia de complicaciones.

Palabras clave: dehiscencia de anastomosis, fístula enterocutánea.



ABSTRACT

An enterocutaneous fistula is an abnormal connection between the intestines and the skin. The objective of the study is to analyze to what extent anastomosis dehiscence is associated with postoperative enterocutaneous fistulae at the time of performing the first surgery at the Hospital III EsSalud Juliaca in the years 2020-2021. It is an observational, analytical, cross-sectional, retrospective research. Non-experimental design. The population will be made up of patients with postsurgical enterocutaneous fistula of abdominal surgery in the Surgery service of the Hospital III EsSalud Juliaca, in the interval between the period 2020-2021. A sample population of 60 patients is estimated. The selection of the sample will be probabilistic with simple random sampling. A data sheet will be used as an instrument that will be prepared according to the objectives. A judgment of experts familiar with the subject will be used to validate the content of the instrument. Then the files will be filled out according to the information in the medical records. Informed consent is required since it is an observational study with medical records. It is expected to find a statistically significant result that anastomosis dehiscence is associated with postoperative enterocutaneous fistulas at the time of performing the first surgery, and differences in the presence of complications.

Keywords: anastomotic leak, enterocutaneous fistula.



CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

La fístula enterocutánea es un problema importante en la práctica quirúrgica. Generalmente son secundarias a complicaciones postoperatorias. Se desarrollan casos de hasta 90% después de la cirugía. La morbilidad y la mortalidad siguen siendo muy elevadas a pesar de los avances en el manejo de esta enfermedad. Las tres principales complicaciones de los pacientes con fístulas son el desequilibrio hidroelectrolítico, la desnutrición y la sepsis, que se relacionan con la ubicación de la fístula, la salida, las características bioquímicas y electrolíticas de la secreción y la patología subyacente (1-4).

Es una de las complicaciones graves que enfrenta el cirujano, que a pesar de que el tratamiento es satisfactorio, la estancia hospitalaria es mayor; y la morbilidad y la mortalidad siguen siendo elevadas. La mortalidad se reporta entre el 6 y el 20% a nivel mundial y entre el 20 a 30% en nuestro país. Por otro lado, se ha reportado una mortalidad de solo el 1% en cirugía electiva aórtica o cardíaca (5,6). La etiología es postoperatoria en 80-90 casos (2) y ocurre con mayor frecuencia después de la cirugía de urgencia (3,4,5). Es secundaria en dehiscencias anastomóticas o lesiones intestinales involuntarias en el momento de la primera cirugía. Otras causas de fístulas enterocutáneas se indica la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), cáncer, traumatismos y diverticulitis. Los pacientes con fístulas enterocutáneas están expuestos a una variedad de complicaciones, siendo más frecuente los desequilibrios electrolíticos, desnutrición y / o sepsis a medida que se desarrollen (6).

La desnutrición es otra complicación de las fístulas enterocutáneas, siendo las causas la baja ingesta calórica (ingesta), hipercatabolismo por sepsis y pérdida de proteínas por la fístula (6), y se desarrolla en más de la mitad de los pacientes (7) y esto tiene como consecuencia de mortalidad de más de 60% de pacientes desnutridos (2).

La sepsis es la complicación más crítica en pacientes con fístulas enterocutáneas, se da como consecuencia de la presencia de tejido necrótico infectado por microorganismos de la flora intestinal y por estafilococos (6). Se presenta en más de la mitad de los pacientes en algún momento de su evolución y se localiza en todas



las regiones (7,8). Para ello se debe controlar la sepsis para promover una mejor ingesta de alimentos, que ayuda al cierre espontáneo, previene la recurrencia después del cierre y reduce la mortalidad (9). Es una de las causas más comunes de procedimientos quirúrgicos frecuentes y es la principal causa de muerte en pacientes con fístulas enterocutáneas (7,9)

En el Hospital III EsSalud Juliaca, se realizan muchas cirugías, y en vista que hay un vacío de estudios sobre fístulas enterocutáneas en nuestra realidad, y los protocolos se basan en estudios extranjeros; se hace imperativo hacer la presente investigación para conocer mejor la presencia de dehiscencia de anastomosis.

B. Enunciado del problema

Problema general

¿En qué medida la dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021?

Problemas específicos

1-¿Cuáles son las características de las fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021?.

2-¿Cuáles son las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desequilibrio hidroelectrolítico?

3-¿Cuáles son las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desnutrición y/o sepsis durante su evolución?

C. Delimitación de la Investigación

La investigación se desarrollará en el Hospital III EsSalud Juliaca en base a las historias clínicas de los años 2020-2021, de pacientes operado por primera vez.



D. Justificación de la investigación

El presente estudio se justifica teóricamente porque permitirá comparar la frecuencia de fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía, con resultados internacionales. Como justificación práctica permitirá desarrollar programas preventivos para disminuir la tasa de fistulas en pacientes atendidos en el Hospital III EsSalud Juliaca.



CAPITULO II.

REVISION DE LITERATURA.

A. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Estuardo-Vicente, (2016) en su trabajo de Tesis para optar el grado de Magister titulada: “Caracterización de Fístulas Entero-cutáneas Postquirúrgicas”, ejecutó un estudio de tipo observacional sobre las características de pacientes con diagnóstico de fístula entero-cutánea post quirúrgica ingresados al departamento de cirugía del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los años 2010 a 2013, donde se documentaron historias clínicas, obteniendo como resultado un promedio 9 casos por año de fístulas entero-cutáneas post quirúrgicas, siendo el sexo masculino el más afectado con 92 % y siendo edades más frecuentes comprendidos en el rango 18-30 y 41-50 con un 27 %. En el 48% de los pacientes se realizaron cirugía para la corrección de la fistula entero-cutánea donde la localización más frecuente fue yeyuno con 45%, considerada fístula de gasto alto, lo cual está asociada con la necesidad de tratamiento quirúrgico para la corrección de la fistula; la presentación clínica más frecuente fue secreción por herida operatoria con un 100%. No se demuestra la efectividad del uso de octreotide en el gasto o cierre espontáneo en pacientes con fístula entero-cutáneas, siendo la mortalidad de pacientes 35 % teniendo como causa principal sepsis o una complicación infecciosa.

Mauricio Neyra, (2015) en su trabajo de tesis para optar el título de especialista en Cirugía General, titulada “Factores de riesgo para el desarrollo de fístulas gastrointestinales postoperatorias en Hospital Universitario Mayor”, realizó la investigación con el objetivo de identificar factores de riesgo para el desarrollo de fístulas en pacientes llevados a cirugía abdominal en el Hospital Universitario Mayor en un lapso de cinco años. Se planteo un estudio casos y controles, en una relación de 1:1, con una recolección de datos en manera retrospectiva revisando historias clínicas. Se estudió variables sociodemográficas, clínicas y postoperatorias. Se consideró 378 pacientes (189 pacientes a cada grupo). Los factores de riesgo encontrados fueron presencia de albúmina plasmática menor a 3.5 (OR 13.4 IC95% 10.1 – 20.51), presencia de sepsis de origen abdominal (OR 10.5 IC95% 6.9 –5.19), presencia de cáncer intraabdominal (OR 6.5 IC95% 4.30 –7.6), presencia de peritonitis (OR 4.72



(3.21 – 7.6), liberación de adherencias en cirugía (OR 4.12 IC95% 3.26 – 8.17) y el 11 polipropileno como material de sutura para la rafia intestinal (OR 4.2 (1.01 – 116). Siendo factores protectores la optimización de estado nutricional (OR 0.75 IC95%0.51 – 0.82) y hábito intestinal diario (OR 0.44 IC95%0.26 -0.97). Como conclusión se reconoce estos factores con la finalidad de orientar las consideraciones preoperatorias, las decisiones quirúrgicas y cuidados postoperatorios del paciente.

Martínez-Ordaz, Luque-de León, Román-Ramos, Juárez-Oropeza, & Méndez Francisco (2013) en su estudio titulado “Factores de riesgo y evolución de fistula enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales”, realizaron el estudio con el objetivo de identificar factores asociados con la formación de fístulas entero-cutáneas en serie consecutiva de pacientes con reconexión intestinal después de una ileostomía o colostomía terminal realizada para el control de la peritonitis secundaria severa. Consistió en un estudio de tipo observacional con un seguimiento por un periodo de 90 meses de todos los pacientes a quienes se realizó cierre de ileostomía y colostomía terminal indicada por sepsis abdominal. Se tomaron en cuenta factores preoperatorios, transoperatorios y la evolución posterior a la cirugía. Entre los resultados, se menciona una muestra de 293 pacientes; siendo un 10% con fístulas entero-cutáneas. En 24 pacientes se refiere como localización de la fístula en la anastomosis. Factores de riesgo fueron: escala de ASA III o mayor ($p < 0.01$), cierre posterior a 365 días ($p < 0.05$), reoperación ($p < 0.001$) y dehiscencia de la anastomosis ($p < 0.001$). De este grupo hubo cierre espontáneo en 20 (67%), cierre quirúrgico 3 (10%) y fallecieron 3 pacientes (10%). Los investigadores toman como conclusión que la fístula entero-cutánea es una complicación que sucede en 10% de los pacientes sometidos a cierre de ileostomía, o colostomía terminal.

Ucan Diaz (2004), en su Tesis para optar el Título de Cirujano General titulada “Experiencias en el manejo de las fistulas intestinales en el Hospital de Especialidades N°14, consistió en un estudio de tipo retrospectivo a 5 años”, la cual tenía como objetivo describir la experiencia en el manejo de pacientes con fístula intestinales (duodenales, yeyunales e ileales) durante un período de 5 años, se realizó un estudio observacional, longitudinal y descriptivo, donde se revisaron 54 historias clínicas de pacientes ingresados al servicio de Cirugía General con el diagnóstico de fístulas entero-cutánea. Dentro de los resultados observó 46.2% de fístulas yeyunales, siendo



la pancreatitis necrótica hemorrágica la principal causa etiológica (33.3%) de acuerdo al débito se observaron de alto gasto en 22.2% y bajo gasto en 77.7%. Como conclusión menciona que la alimentación parenteral, los antibióticos y el cuidado de la piel constituyeron el tratamiento de elección, siendo la cirugía sólo indicada en casos específicos.

Antecedentes del ámbito Nacional:

Hidalgo Coblenz (2017), en su Tesis de Pregrado titulada “Fístulas entero-cutáneas asociadas a lesiones abominales” realizó un estudio con la finalidad de conocer la prevalencia de esta complicación, así como también sus características epidemiológicas, clínico-quirúrgicas y de tratamiento. El diseño consistió en un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, se realizó en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante el periodo comprendido entre enero del 2014 y diciembre del 2015. Obtuvo como resultados que se reclutaron 20 pacientes con diagnóstico de Fístula Entero-cutánea Postoperatoria (FECPO). La prevalencia fue de 0.76%, el promedio de edades fue de 62.5 +/-16 años, predominó el sexo masculino (85%), los factores de riesgo más prevalentes fueron Hipertensión y Diabetes Mellitus. Observó alta frecuencia de pacientes hipoalbuminémicos (75%), un 75% de las cirugías fueron de emergencia. El 30% de la enfermedad de fondo fue de carácter maligno y el 65% de la patología de base incluyó estómago e intestino delgado. Predominaron las FECPO altas (65%) y según el débito, las de bajo gasto (45%). El tiempo promedio de aparición de las fístulas fue de 5.8 +/- 2.8 días y el cierre de 35.1 +/- 10 días, la estancia hospitalaria promedio fue de 71 +/- 84 días. Todos los pacientes recibieron nutrición parenteral, sola o combinada, solo el 20% requirió cirugía terapéutica. La complicación más frecuente fue la sepsis. 2 pacientes fallecieron precozmente, dándonos una mortalidad del 10%. Concluye mencionando que los resultados de prevalencia y mortalidad mostrados en este estudio son concordantes con los datos de los reportes norteamericanos, mientras que los epidemiológicos, los clínico-quirúrgicos y los referidos al tratamiento, mantienen valores similares a los de las diferentes series a nivel mundial.

Carmen Viera (2009), en su Tesis de Pregrado titulada “Factores de riesgo asociados a fístulas entero-cutáneas postquirúrgicas” realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles con pacientes atendidos en el Hospital de Belén de Trujillo.



Trabajó con 88 pacientes, de los cuales 22 de ellos presentaron fístulas constituyéndose como los casos y el resto fueron los controles. Se determinó una tasa de incidencia promedio de 8 x 1000 habitantes, 86.4% de los casos fueron varones. El íleon fue el sitio anatómico más afectado en nuestra serie (68.2%) y predominaron las fístulas de bajo gasto (77.3%). La intervención quirúrgica se realizó en el 81.1% como tratamiento definitivo. Como conclusión menciona que la incidencia fue baja comparada a estudios previos y que no se demostró asociación significativa entre los factores de riesgo estudiados y la presencia de fístulas entero-cutáneas quirúrgicas.

B. Marco teórico

Epidemiología

La fístula enterocutánea se define como la conexión anormal entre el tracto gastrointestinal y la piel donde el contenido intestinal se filtra durante un período de más de 2 horas. El término fístula define la comunicación anormal entre dos epitelios. Anatómicamente, las fístulas intestinales se clasifican como enterocutáneas si la comunicación se produce de forma externa. Dado el volumen de líquido, son de alto rendimiento cuando las pérdidas son superiores a 500 ml / día (1). El grado de complejidad viene definido por la enfermedad original, su ubicación anatómica, el volumen de secreción, la integridad de la pared abdominal, así como el tránsito intestinal distal mantenido, etc. El tratamiento de las fístulas enterocutáneas ha mejorado con la nutrición parenteral, pero aún requiere un largo proceso de cicatrización que puede llevar meses. Sigue siendo un problema clínico y un desafío incluso para el cirujano más experimentado.

Se han desarrollado remedios artesanales mediante la comunicación y circuitos externos, o mediante la aplicación directa de presión negativa sobre la herida y la fístula, hasta lograr mejores condiciones locales y regionales que permitan la solución definitiva al problema ya sea de forma espontánea o con cirugía pospuesta (16).

La enfermedad inflamatoria por sí sola puede causar una fístula enterocutánea. En la enfermedad de Crohn, las fisuras a través de la pared intestinal conducen a perforaciones intraperitoneales localizadas con formación de abscesos. El drenaje espontáneo o quirúrgico hacia el exterior de estos abscesos establece la fístula entre el intestino y la piel; actualmente, las enfermedades neoplásicas pueden ser la causa



de la fístula más raramente (por ejemplo, carcinoma de colon que se disemina a través de la pared abdominal anterior). Finalmente, el drenaje percutáneo de colecciones intraabdominales a veces conduce a fístulas por perforación accidental del intestino (29).

Las consecuencias fisiopatológicas más importantes de las fístulas enterocutáneas son la desnutrición, la destrucción de la pared y la infección. La desnutrición está caracterizada por una pérdida de peso superior a los 10 μ l habituales, es común en la mayoría de los pacientes con fístulas enterocutáneas. Se debe a una ingesta calórica inadecuada, la pérdida del reservorio gastrointestinal y el aumento del gasto energético por sepsis. Este hipermetabolismo se asocia con un estado catabólico caracterizado por un balance de nitrógeno negativo, producto de la hipoproteïnemia resultante de la disminución de la ingesta, la pérdida excesiva (especialmente en las fístulas yeyunales proximales) y la proteólisis muscular. La destrucción ecematosa de la piel alrededor de la boca de la fístula puede ser uno de los problemas más graves asociados con esta afección. El dolor y la picazón causados por las secreciones digestivas que entran en contacto con la piel desprotegida se pueden prevenir siempre que el tratamiento se inicie inmediatamente después de la aparición de la fístula (9). Las fístulas pueden causar una infección local o generalizada. Se puede determinar razonablemente que es poco probable que se cierre una fístula con infección adyacente (10). La deshidratación se asocia a la localización posterior al tracto gastrointestinal comprometido, esto contribuye al pronóstico del paciente con pérdidas de electrolitos, desequilibrios de volumen y ácido-base, que además contribuyen al mal pronóstico del paciente, estos deben ser acordes con la rutina diaria.

La tasa de mortalidad es del 20% y de los supervivientes sólo el 30% logra una oclusión espontánea permanente; y el 70% necesita cirugía para solucionar el problema (7). Cuando se desarrolla una fístula hay una tendencia inicial a no actuar ya esperar a que se desarrolle espontáneamente. Para cuando los efectos clínicos se hacen evidentes, el paciente está séptico, anémico, muestra agotamiento de nutrientes y un trastorno cutáneo extenso. Para evitar esto, se debe iniciar el tratamiento adecuado inmediatamente después de que se detecte la fístula. El objetivo principal del tratamiento es el cierre de la fístula y la continuidad del paso intestinal en la primera etapa, se corrigen los cambios hidroelectrolíticos y las disfunciones parenquimatosas potencialmente mortales. Cuando se alcanzan las metas iniciales,



se ingresa a la fase de estabilización clínica, en la cual se realiza la búsqueda y tratamiento de infecciones, la protección de la piel perifistular, la recolección y examen del drenaje de la fístula, la definición de las necesidades hidroelectrolíticas y nutricionales y el inicio de la promoción nutricional. La intervención quirúrgica de cualquier tipo depende de una variedad de factores. Con un tratamiento conservador adecuado, la mayoría de las fístulas se cierran espontáneamente; sin embargo, el cierre espontáneo oscila entre el 2 a 3% y el 71,2% (8-12).

El estado nutricional es uno de los factores implicados en el cierre espontáneo. Existe una correlación más fuerte con el estado nutricional del paciente que con la vía nutricional, ya sea enteral, parenteral o mixta (29). La transferrina, una proteína utilizada como marcador del estado nutricional, se ha visto como un indicador pronóstico de oclusión espontánea, aunque otros autores no encontraron esta asociación (30).



CAPITULO III.

HIPOTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

“La dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021”

2. Especificas

“Hay diferencias en las características de las fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021”

“Hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desequilibrio hidroelectrolítico”

“Hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desnutrición y/o sepsis durante su evolución”

3. Estadísticas o de trabajo

H1: La dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021.

Ho: La dehiscencia de anastomosis no está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021.

H2: Hay diferencias en las características de las fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la



pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021.

Ho: No hay diferencias en las características de las fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021.

H3: Hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desequilibrio hidroelectrolítico.

Ho: No hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desequilibrio hidroelectrolítico.

H4: Hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desnutrición y/o sepsis durante su evolución.

Ho: No hay diferencias en las complicaciones de fistulas enterocutáneas por desnutrición y/o sepsis durante su evolución.

B. Objetivos

Objetivo general

Analizar en qué medida la dehiscencia de anastomosis está asociada con las fístulas enterocutáneas postoperatorias al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021

Objetivos específicos

1. Describir las características de fístulas enterocutáneas con base en su localización, gasto en 24 horas y si drenan a través de un defecto grande de la pared abdominal al momento de realizar la primera cirugía en el Hospital III EsSalud Juliaca en los años 2020-2021.

2. Conocer complicaciones de fistulas enterocutánea por desequilibrio hidroelectrolítico, desnutrición y/o sepsis durante su evolución.

3. Describir complicaciones de fistulas enterocutáneas por desnutrición y/o sepsis durante su evolución.

C. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Fístulas enterocutáneas postoperatorias	Se define como la comunicación anormal entre el tracto gastrointestinal (TGI) y la piel, con salida de fluidos gastrointestinales a través de la piel por más de 24 horas	Si, No	Nominal	Cualitativa

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Dehiscencia de anastomosis	Se define como aquella manifestación clínica que incluye la salida de contenido intestinal y/o gases a través de un drenaje, de la herida principal o la fistulización a un órgano vecino (generalmente denominada fistula) y los hallazgos de una reintervención por una peritonitis	Si, No	Nominal	Cualitativa

VARIABLES INTERVINIENTES:

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala	Tipo de Variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta la intervención por apendicitis aguda complicada.	Años	Razón	Cuantitativa
Sexo	Condición biológica que diferencia a los pacientes varones de las mujeres.	Masculino Femenino	Nominal	Cualitativa
IMC	Método que sirve para medir el contenido de grasa corporal en relación a la estatura y el peso de la persona	Kg/m ²	Razón	Cuantitativa



Tipo de Cirugía	Intervención quirúrgica	Programa Emergencia /	Nominal	Cualitativa
Trauma abdominal	Lesión en el abdomen por agente externo contuso o penetrante.	Si/No	Nominal	Cualitativa
Absceso intrabdominal	Acumulación de pus en los tejidos orgánicos de la cavidad abdominal.	Si/No	Nominal	Cualitativa
Uso de Drenajes	Medio laminar o tubular que se emplea para drenar.	Si/No	Nominal	Cualitativa
Sepsis	Infección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas.	Si/No	Nominal	Cualitativa
Comorbilidades	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo.	Si/No	Nominal	Cualitativa



CAPITULO IV.

MARCO METODOLOGICO

A. Tipo de investigación

Investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva.

B. Diseño de investigación

No experimental

C. Población y Muestra

1. Población:

La población está conformada por los pacientes con fistula enterocutánea postquirúrgicos de cirugía abdominal en el servicio de Cirugía del Hospital III EsSalud Juliaca, en el intervalo comprendido en el periodo 2020-2021.

2. Tamaño de muestra:

Censal. Se trabajará con toda la población de pacientes con fistula entero-cutánea postquirúrgicos de cirugía abdominal en el servicio de Cirugía del Hospital III EsSalud Juliaca, en el intervalo comprendido en el periodo 2020-2021.

3. Selección de la muestra:

El tipo de muestreo será probabilístico y la técnica a usar será el aleatorio simple.

D. Criterios de selección.

1. Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años de ambos sexos
- Pacientes quirúrgicos intervenidos en sala de operaciones del Hospital III EsSalud Juliaca
- Pacientes que firmen el consentimiento informado



2. Criterios de exclusión

- Pacientes con historia clínica incompleta
- Pacientes operados en otra institución
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado

E. Material y Métodos

Se recopilará la información utilizando una ficha de datos y se utilizarán las historias clínicas de los pacientes intervenidos en sala de operaciones del Hospital III EsSalud Juliaca. Se buscarán las Historias Clínicas que cuenten con todos los datos generales de los pacientes y datos relacionados al tema en mención. La recolección de datos se realizará mediante el vaciado de la información de las historias clínicas a la ficha de recolección de datos autoelaborada. (Anexo 1)

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos

1. Instrumentos:

Ficha de recolección, que será elaborada de acuerdo a los objetivos del estudio.

2. Procedimiento de recolección de datos:

Por tratarse de una ficha de recolección se recurrirá a un juicio de expertos conocedores del tema, para validar el contenido del instrumento en función a los objetivos del estudio. Luego se procederá al llenado de las fichas de acuerdo a la información de las historias clínicas. Es necesario el consentimiento informado dado que se tomará datos de su historia clínica.

Los pacientes serán debidamente informados del estudio a realizarse, por lo que se implementará un proceso de consentimiento informado (Anexo 2). Dicho proceso será tomado cuando se le invite al paciente a participar del estudio. La participación en el estudio será voluntaria, gratuita y la decisión que tome el paciente no influirá



en ningún aspecto de la atención que recibe rutinariamente en el establecimiento de salud.

Las fichas de recolección de datos estarán custodiadas en archivadores con llave y solo podrán ser accedidas bajo supervisión del equipo de investigación.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses.

Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica

G. Análisis estadístico de datos.

Se elaborará una base de datos en el programa SPSS 27, la cual pasará por un proceso de control de calidad para el posterior análisis estadístico correspondiente.

Análisis descriptivo

Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó las frecuencias absolutas y relativas (%); para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

Análisis inferencial

Se aplicará una estadística inferencial, comparando variables cualitativas con escala nominal con la prueba de Chi-Cuadrado. Los datos serán presentados mediante tablas y gráfica de barras.

Presentación de resultados

Los resultados serán presentados en tablas simples y dobles, además de gráficos estadísticos como el de barras y/o circulares de acuerdo a la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2017.



CAPITULO V.

CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

ACTIVIDAD	(Año) 2022				
	JUN	JUL	AGO	SET	OCT
1. Planteamiento del Problema y revisión de Bibliografía	X				
2.Elaboración del proyecto	X				
3.Presentación del Proyecto	X				
4.Recolección de datos		X			
5.Procesamiento de datos			X		
6.Elaboración de informe Final				X	
7.Presentación del Informe final					X

B. Presupuesto:

GASTO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	COSTO UNITARIO (S/)	COSTO TOTAL (S/)
Papel bond 80 grs.	millar	1	10.00	10.00
Fotocopiado	ciento	1	12.00	12.00
Lapiceros	unidad	3	3.00	9.00
Lápiz	unidad	2	2.00	4.00
Fólderes	unidad	4	1.50	6.00
Movilidad local	unidad	30	5.00	150.00
Empastado	unidad	4	35.00	140.00
Total				331.00



CAPITULO VI.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Halversen RC, Hogle HH, Richards RC. Gastric and small bowel fistulas. *Am J Surg* 1969; 118:968-972.
2. Nassos TP, Braash JW. External small bowel fistulas. Current treatment and results. *Surg Clin North Am* 1971; 51:687-692.
3. Hollender LF, Meyer C, Avet D, Zeyer B. Postoperative fistulas of the small intestine: Therapeutic Principles. *World J Surg* 1983;7:474-480.
4. Martineau P, Schwed JA, Denis R. Is octreotide a new hope for enterocutaneous and external pancreatic fistulas closure?. *Am J Surg* 1996; 172:386-395.
5. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R, Hurtado H, et al. Consenso mexicano en el manejo integral de las fístulas del aparato digestivo. *Cir Gen* 2000;22:287-29.
6. Fischer JE. The pathophysiology of enterocutaneous fistulas. *World J Surg* 1983; 7:446-450.
7. Edmunds Jr LH, Williams GM, Welch CE. External fistulas arising from the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1960; 1 52:445-471.
8. Chapman R, Foran R, Dunphy JE. Management of intestinal Fistulas. *Am J Surg* 1964;108:157-164.
9. Aguirre A, Fischer JE, Welch CE. The role of surgery and hyperalimentation in therapy of gastrointestinal-cutaneous fistulae. *Ann Surg* 1 974;180:393-401.
10. McIntyre PB, Ritchie JK, Hawley PR, Bartram CI, Lennard-Jones JE. Management of enterocutaneous fistulas: a review of 132 cases. *Br J Surg* 1984; 71:293-296.
- 11 Alfaro, R. Abordaje de la Fistula Enterocutanea postoperatoria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica*, 2010; 67, 455-460.
12. Ansari, M. S., Nabi, G., Singh, I., Hemal, A. K., & Pandey, G. Colovesical fistula an unusual complication of cytotoxic therapy in a case of non-Hodgkin's lymphoma. *International Urology and Nephrology*, 2001; 33(2), 373-374.
13. Avalos-González, J., Portilla-deBuen, E., Leal-Cortés, C. A., Orozco-Mosqueda, A., Estrada-Aguilar, M. del C., Velázquez-Ramírez, G. A., ... González-Ojeda, A. Reduction of



the closure time of postoperative enterocutaneous fistulas with fibrin sealant. *World Journal of Gastroenterology*, 2010; 16(22), 2793-2800.

14. Carmen, J. V. Factores De Riesgo Asociados A Fístulas Enterocutáneas Postquirúrgicas. Universidad Nacional de Trujillo 2009. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/82>

15. Clemente-Gutiérrez, U., Santes-Jasso, O., & Morales-Maza, J. Fístulas enterocutáneas: Actualidades sobre diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo*, 2017; 6(3), 120-126.

16. Crispen, P. L., Kansas, B. T., Pieri, P. G., Fisher, C., Gaughan, J. P., Pathak, A. S., ... Goldberg, A. J. Immediate postoperative complications of combined penetrating rectal and bladder injuries. *The Journal of Trauma*, 2007; 62(2), 325-329. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000231767.20289.bc>

17. Cuevas, R., Gomez, C., Fernandez, M., Porto, M., & Montiel, A. Fistula enterolaparotómica post-operatoria Presentación de caso clínico y revisión de literatura: Postoperative enterolaparotomica fistula Presentation of case report and review of literature. *CIRUGIA PARAGUAYA*, 40(1), 29-32. <https://doi.org/10.18004/sopaci.2016.mayo.29-32>
36 Datta, V.,

18. Engledow, A., Chan, S., Forbes, A., Cohen, C. R., & Windsor, A. The management of enterocutaneous fistula in a regional unit in the United kingdom: a prospective study. *Diseases of the Colon and Rectum*, 2010; 53(2), 192-199. <https://doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181b4c34a>

19. Dudrick, S. J., Maharaj, A. R., & McKelvey, A. A. Artificial nutritional support in patients with gastrointestinal fistulas. *World Journal of Surgery*, 1999; 23(6), 570-576.

20. Consenso Mexicano en el manejo integral de las fístulas del aparato digestivo, Julio-Septiembre 11 volumen, año 2000.

21. Alberto Berrios, Comportamiento de las fistulas entero cutáneas en el departamento de cirugía del Hospital Alemán Nicaragüense, 2010, Tesis para optar al título de médico especialista de Cirugía General.

22. Michael J Zinner, Maingot Operaciones abdominales, edición 11, 2008 editorial McGraw-Hill 1329 paginas.

23. K, Mattox, B marx, R Beauchamp, Sabiston 18ava edición, Principios de cirugía general, editorial ELSEVIER España, 2009, 2384 paginas un solo tomo.

24. F, Charles Brunicardi, Schwartz, Principio de cirugía, 9na edición, 2010 editorial McGraw-Hill, 1884 paginas.



25. Klingensmith, Mary E.; Amos, Keith D.; Green, Douglas W.; Halpin, Valerie J.; Hunt, Steven R. Title: Washington Manual of Surgery, 4th Edition. Copyright ©2005 Department of Surgery, Washington University School of Medicine. Published by Lippincott Williams & Wilkins.
26. Jhon e Skandalaskis, Surgery, Editorial Manhan 1ra edición años 2013, 1150 páginas. 8. Robert Zollinger Jr, Ribert Zollinger, Atlas de Cirugía, editorial McGraw-Hill, 8va edición, 550 pág.
27. Santiago G Perera, Hugo A. García, Cirugía de Urgencia, 2da edición, Editorial Panamericana, Bogotá, Colombia, buenos aires, 2008.
- 28.M. Vallés Gamboa, n. Lahaba Liquí, o. Castillo Gutiérrez, o. Expósito Reyes, G. Bauza López y c. Zamora linares, Fístulas enterocutáneas de intestino delgado. Manejo terapéutico Enterocutaneous fistula of the small bowel. Therapeutic Management. Factores pronósticos asociados a morbi-mortalidad de los pacientes con fistulas enterocutaneas ingresados al servicio de cirugía general en el hospital Alemán Nicaragüense Enero 2013 a Enero 2014 62 Mexican Consensus on the integral management of digestive tract fistulas.
- 29.. Vega Piñero, D. Peñalver Talavera, y C. Fernández Estívariz, Nutrición basada en la evidencia en las fístulas digestivas el intestino corto, de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.
- 30.Cattoni D.I, Wainstein D.E, Rainone J.E, Fernández E.R, Chara O, modelo matemático de fístulas enterocutáneas, Cátedra de Física, Departamento de Fisicomatemática, Facultad de Farmacia y Bioquímica (UBA).



CAPITULO VII

ANEXOS.

1. Instrumento de recolección de datos

E. Ficha de recolección de datos

Datos Generales:

- Edad:
- Sexo:
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- Procedencia:

- Peso:
- Talla:
- IMC:
 - () <18.5: bajo peso
 - () 18.5 – <25: Normal
 - () 25 - <30: Sobrepeso
 - () >30: Obesidad

Variables de estudio:

- Dehiscencia de anastomosis: SI () NO ()
- Fístulas enterocutáneas postoperatorias: SI () NO ()
- Tipo de Cirugía: Programado () Emergencia ()
- Trauma abdominal: SI () NO ()
- Absceso intrabdominal: SI () NO ()
- Uso de Drenajes: SI () NO ()
- Sepsis: SI () NO ()
- Comorbilidades: SI () NO ()



2. Consentimiento Informado

HOSPITAL III ESSALUD JULIACA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTOPERATORIAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD JULIACA 2020-2021

Identificación del investigador responsable:

Centro, unidad, servicio: Hospital III EsSalud Juliaca, Centro Quirúrgico, Servicio de Cirugía General

Mi nombre es CESAR DARRY MAMANI VIZCARRA, médico residente del servicio de Cirugía, estoy realizando un trabajo de investigación que busca relacionar dehiscencia de anastomosis y fístulas enterocutáneas postoperatorias en pacientes operados por primera vez.

Descripción general:

Este estudio sólo se realiza en pacientes que fueron operados por primera vez en el Servicio de Cirugía.

Si usted acepta participar en la presente investigación, se le pide que responda un breve cuestionario y que permita que revisemos los datos registrados en su historia clínica.

Antes de decidir si quiere participar o no, le rogamos lea detenidamente este documento que incluye la información sobre este proyecto. Puede formular todas las preguntas que le surjan y solicitar cualquier aclaración sobre cualquier aspecto del mismo.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Altiplano y del Comité del Hospital III EsSalud Juliaca.

Beneficios

No tendrá ningún beneficio personal por su participación en este estudio. En cualquier caso, los datos recogidos en el mismo podrán derivar en un mayor conocimiento sobre fistula enterocutánea.

Su participación en este estudio es voluntaria: Si usted decide no participar recibirá todos los cuidados médicos que pudiera necesitar y su relación con el equipo médico que le atiende no se verá afectada.



Riesgos e inconvenientes para el participante

Ninguna.

Derechos del participante

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin ningún perjuicio en el tratamiento de usted.

Confidencialidad

Su participación será totalmente anónima y los datos consignados serán empleados únicamente con fines de investigación. Terminada ésta, se conservará la base de datos en formato virtual donde no se muestra la identificación de los pacientes.

Personas de contacto

Si tuviese usted alguna duda puede contactarse con, investigador principal, al teléfono, así mismo si siente que sus derechos han sido vulnerados puede contactarse con el presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de Altiplano; o al Presidente del Comité de ética en investigación del Hospital III EsSalud Juliaca.

Se agradece por su participación.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del participante/paciente

Nombre: _____

Persona que proporciona la información y la hoja de consentimiento

Nombre: _____

He leído, he sido informado y comprendo el contenido de la presente hoja de Información, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene. He preguntado y aclarado las posibles dudas a la Dra/Dr _____

Entiendo que mi participación es voluntaria y gratuita y comprendo que puedo solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos presentes y/o futuros.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio una vez concluido.

Puno, de del 20.....

Fecha:

Firma del Participante/paciente

Fecha:
informado

Firma del médico que realiza el consentimiento



3. Validación por juicio de expertos

Estimado juez experto (a): _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjuntan:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Id	Criterios	Si	No	Observación
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2	El instrumento responde a los objetivos del estudio.			
3	La estructura del instrumento es adecuado.			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6	Los ítems son claros y comprensibles.			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias:.....

 Firma y sello