



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Presentado por:

SARMIENTO PALOMINO YOMIRA MAIZA

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **1%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 26 de febrero del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. LUIS E. CURUTO PALOMINO
Director de la Unidad de Investigación (e)
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

Facultad de medicina humana

“Daniel Alcides Carrión”



TESIS

**Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los
pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de
Ica 2022 a 2025**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

AUTOR:

YOMIRA MAIZA SARMIENTO PALOMINO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

DR. KONG CHIRINOS JOSE FRANCISCO

Ica – Perú

2026

DEDICATORIA

A dios por ser mi guía en este camino.

A mis padres, quienes me dieron la vida y siempre su apoyo incondicional en todas las vicisitudes que pasamos juntos.

A mi hermano por estar pendiente de mí, y tener siempre sus palabras de empuje.

A Ban, por ser mi compañero en las largas noches de estudio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mí asesor por su guía y apoyo constante para la elaboración del presente estudio.

A mis padres por sus consejo y apoyo en este trabajo.

A mi casa de estudios que me acogió a lo largo de mi formación y a todos mis grandes maestros quienes incrementaron mi pasión de ser un gran médico.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1 Planteamiento Del Problema	8
1.2 Objetivos	25
1.3 Hipótesis y variables de la investigación	25
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	27
2.1 Tipo, nivel y diseño de la investigación.	27
2.2 Población y Muestra	27
2.3 Técnica e instrumento de recolección de información	28
2.4 Procesamiento de datos	29
2.4 Ética	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
VIII. ANEXOS	50

Índice de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	30
Tabla 2	Sexo de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	30
Tabla 3	Procedencia de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	31
Tabla 4	Antecedente de diabetes mellitus en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	31
Tabla 5	Hipoalbuminemia en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	32
Tabla 6	Desaturación en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	32
Tabla 7	Consumo de tabaco en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	33
Tabla 8	Estadio clínico de la patología en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	33
Tabla 9	Reintervenciones en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	34
Tabla 10	Complicaciones intraoperatorias en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	44

Resumen

Objetivo. Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025. **Metodología.** Estudio observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva, en una población de 198 pacientes con fístula entero cutánea tratados entre los años 2022 al 2025, los datos se obtuvieron de las historias clínicas y procesadas en el programa estadístico SPSSv29. **Resultados.** La mayoría de los pacientes fueron de edades entre 45 a 60 años (44,3%), de 60 años (30,5%), y de 30 a 44 años (21,4%) y los menores de 30 años (3,8%), masculino fueron el (58,8%), el 44,3% de los pacientes procederían de Ica como distrito, el 45,8% de otros distritos y 9,9% de otras provincias, el 16,8% tenía diabetes mellitus tipo 2. la hipoalbuminemia (Albuminemia < 3,5 gr/dl) se presentó en 28,2% de los casos, 32,8% presentó desaturación SpO₂ < 90%, tabaco consumía el 24,4%. Respecto a los flujos de las fístulas entero cutáneas, estas fueron de flujo bajo el 40,5% de los casos, mientras que de flujo moderado fue de 28,2% y de flujo alto fue en el 31,3% de los pacientes. Las reintervenciones se presentaron en el 35,9% de los casos, las complicaciones post reintervención de los pacientes con fístula entero cutánea fueron el 14,9% hemorragia, el 21,3% lesión de víscera hueca y en el 23,4% contaminación fecaloide, mientras que el 40,4% no presentaron complicaciones. **Conclusión:** El perfil del paciente con fístula entero cutáneas son pacientes de edades mayores a 44 años, masculino y proceden de Ica, prevalece la diabetes mellitus tipo 2 la hipoalbuminemia, la desaturación y el consumo de tabaco, las fístulas entero cutáneas son el flujo moderado alto de la fístula son las que prevalecen, más del tercio de pacientes que se reintervienen teniendo como complicaciones post reintervención sobre todo a la contaminación fecaloide.

Palabras clave: Características, epidemiológicas, clínicas, quirúrgicas, fístula, entero cutáneas.

Abstract

Objective: To determine the epidemiological, clinical, and surgical characteristics of patients with enterocutaneous fistulas at the Regional Hospital of Ica from 2022 to 2025. **Methodology:** Observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study conducted in a population of 198 patients with enterocutaneous fistulas treated between 2022 and 2025. Data were obtained from medical records and processed using the statistical program SPSS v29. **Results:** Most patients were between 45 and 60 years old (44.3%), followed by those over 60 years (30.5%), those aged 30 to 44 years (21.4%), and those under 30 years (3.8%). Males accounted for 58.8% of cases. Regarding place of origin, 44.3% of patients came from the district of Ica, 45.8% from other districts, and 9.9% from other provinces. Type 2 diabetes mellitus was present in 16.8% of patients. Hypoalbuminemia (albumin < 3.5 g/dL) occurred in 28.2% of cases, and 32.8% presented oxygen desaturation (SpO₂ < 90%). Tobacco use was reported in 24.4% of patients. Regarding fistula output, 40.5% were low-output fistulas, 28.2% were moderate-output, and 31.3% were high-output. Reinterventions occurred in 35.9% of cases. Post-reintervention complications included hemorrhage in 14.9%, hollow viscus injury in 21.3%, and fecaloid contamination in 23.4%, while 40.4% of patients had no complications. **Conclusion:** The typical profile of patients with enterocutaneous fistulas corresponds to individuals older than 44 years, predominantly male, and mainly from the district of Ica. The most prevalent associated conditions were type 2 diabetes mellitus, hypoalbuminemia, oxygen desaturation, and tobacco use. Moderate- to high-output fistulas were the most common. More than one-third of patients required reintervention, with fecaloid contamination being the most frequent post-reintervention complication.

Keywords: Characteristics, epidemiological, clinical, surgical, enterocutaneous fistula.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Las fístulas enterocutáneas representan una de las complicaciones quirúrgicas más complejas de abordar, ya que su manejo demanda la integración de estrategias médicas, nutricionales y procedimientos quirúrgicos especializados —como la intervención abdominal—, afectando a un porcentaje estimado entre el 2% y el 10% de los pacientes hospitalizados que presentan esta condición (1).

Se estima que entre el 75% y el 90% de estos casos son consecuencia de decisiones quirúrgicas inapropiadas. A escala global, la literatura reporta tasas de mortalidad que oscilan del 15% al 37%. Asimismo, la incidencia de fístulas enterocutáneas alcanza el 10% en pacientes sometidos a laparotomía por cuadros de peritonitis o síndrome compartimental. Este porcentaje se eleva de manera considerable —hasta aproximadamente un 55%— en situaciones de sepsis abdominal, donde la mortalidad puede incrementarse de manera significativa, llegando incluso al 40% en algunas series reportadas (2).

En la población de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, especialmente aquellos intervenidos en contextos de emergencia, la aparición de fístulas enterocutáneas suele estar vinculada a la dehiscencia de la anastomosis intestinal o a lesiones accidentales del tracto gastrointestinal. La incidencia de este tipo de complicaciones fluctúa entre el 2% y el 10%. Cuando estas fístulas se presentan en individuos con desnutrición o con comorbilidades médicas, las tasas de mortalidad pueden variar desde el 15% hasta el 43% (3).

En el ámbito latinoamericano, datos reportados en México indican que la mortalidad asociada a fístulas gastrointestinales se sitúa entre el 20% y el 30% (4). Por otro lado, en el contexto peruano, el Informe Técnico del MINSA de Perú (2021) señala que alrededor del 95% de las fístulas enterocutáneas se desarrollan tras una intervención quirúrgica, con predominio de afectación en el íleon. De acuerdo con este informe, el 49% de los casos correspondió a fístulas de alto débito, mientras que el 51% presentó un flujo reducido. Entre los factores etiológicos más relevantes se destacan la sepsis, la desnutrición y los trastornos en el equilibrio hidroelectrolítico (5).

Cabe resaltar que el manejo nutricional representa un pilar fundamental en la atención de pacientes con fístulas gastrointestinales. Diversos estudios sugieren que la desnutrición constituye un factor asociado a la formación de fístulas que establecen comunicación directa con la piel, lo que subraya la importancia de una intervención nutricional adecuada en estos casos (6).

En la mayoría de los casos aproximadamente entre el 75% y el 85%, las fístulas enterocutáneas se originan como consecuencia de intervenciones quirúrgicas y son de naturaleza iatrogénica, surgiendo a raíz de complicaciones tales como la dehiscencia de la anastomosis, lesiones

traumáticas o episodios de isquemia ocurridos durante el acto operatorio. El porcentaje restante, que oscila entre el 15% y el 25%, corresponde a fístulas de aparición espontánea, vinculadas a patologías subyacentes tales como la enfermedad inflamatoria intestinal, la isquemia mesentérica o la pancreatitis aguda. En cuanto al manejo conservador de estas complicaciones, el objetivo primordial radica en lograr el cierre espontáneo de la fístula, con la finalidad de reducir la mortalidad asociada, la cual puede situarse entre el 6% y el 33% (7).

La presente investigación se ha diseñado con el propósito de analizar las condiciones clínicas en las que se encuentran los pacientes al momento de la intervención quirúrgica y que podrían haber influido en la evolución hacia una fístula enterocutánea, considerando tanto factores inherentes al paciente como aquellos relacionados con la práctica quirúrgica. Este análisis busca aportar elementos de autocrítica que contribuyan a la optimización y mejora continua de la calidad de las intervenciones quirúrgicas.

1.1.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Rojo F. (Chile, 2022) Se llevó a cabo una investigación enfocada en colostomías realizadas en hospitales chilenos, cuyo propósito central fue determinar la incidencia de fístulas enterocutáneas durante el año 2022. Este análisis bibliográfico abarcó siete fuentes, tanto nacionales como internacionales, identificadas mediante buscadores especializados como PubMed, Lilacs y Uptodate. La fístula enterocutánea (FCE) se caracteriza por constituir una comunicación patológica entre el tracto intestinal y la superficie cutánea. Los hallazgos revelaron que la frecuencia de aparición de fístulas postoperatorias en el intestino delgado y grueso es baja, situándose en un rango que oscila entre el 1% y el 5% de las intervenciones abdominales; sin embargo, la mortalidad asociada a estas complicaciones es considerablemente alta, reportándose tasas que fluctúan entre el 16% y el 54%. En relación a las fístulas colovesicales, la incidencia estimada corresponde a un caso por cada 3.000 ingresos quirúrgicos, siendo esta entidad más prevalente en la población masculina. Además, se observó que más de la mitad de las mujeres que desarrollan fístulas presentan antecedentes de histerectomía. Cabe señalar que la revisión no arrojó información epidemiológica acerca de la frecuencia de fístulas rectovaginales ni rectouretrales en los documentos seleccionados para el análisis (8).

Chen C. (Reino Unido, 2022) Se realizó un estudio retrospectivo en el Reino Unido en 2022, centrado en la incidencia de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes portadores de enterostomía. El objetivo principal consistió en describir las características clínicas de aquellos individuos con enterostomía que desarrollaron una infección del torrente sanguíneo (ITS). Para ello, se revisaron retrospectivamente los registros de 46 pacientes seleccionados a partir de una cohorte inicial de 204 casos diagnosticados con fístula intestinal. Los resultados indicaron que,

entre los 204 pacientes con enterostomía, 46 presentaron hemocultivos positivos. Se identificó una correlación significativa entre la aparición de shock séptico (OR 4.61; IC 95%: 1.77-11.97; $p < 0.01$), un puntaje APACHE II elevado (OR 1.11; IC 95%: 1.01-1.22; $p = 0.04$) y la presencia de infección del torrente sanguíneo en pacientes con fístula intestinal. En cuanto a las conclusiones, se determinó que factores como la nutrición parenteral prolongada, el traslado desde áreas externas a la unidad de cuidados intensivos, la presencia de shock séptico y un puntaje APACHE II alto se asocian frecuentemente con un incremento en la probabilidad de desarrollar fístula intestinal y con una mayor mortalidad (9).

Alvarado D. (Guayaquil, 2022) Durante el año 2022, se efectuó un estudio enfocado en fístulas enterocutáneas de origen postquirúrgico en un hospital de Guayaquil, con especial atención a los factores de riesgo y las complicaciones asociadas a esta condición. La prevalencia total de este tipo de fístulas se mantiene por debajo del 10%, siendo la causa postoperatoria la más frecuente. En situaciones que involucran procedimientos de emergencia, la mortalidad general se encuentra en un rango del 15% al 25%, mientras que el cierre espontáneo puede alcanzarse en hasta el 80% de los pacientes tratados clínicamente mediante nutrición parenteral. Respecto a la composición de la muestra analizada, integrada por 100 pacientes, se observó que el 44% pertenecía al grupo de edad comprendido entre 41 y 60 años, con una media etaria calculada en 48,35 años. Entre los factores de riesgo más prevalentes identificados en la población estudiada destacan el consumo de bebidas alcohólicas (36%), la desnutrición (27%), el tabaquismo (8%), la adicción a sustancias psicoactivas (7%) y la infección por VIH (7%). Por otro lado, las complicaciones más frecuentemente diagnosticadas fueron la peritonitis y el absceso intraperitoneal, presentes en el 30% de los casos analizados, consolidándose como las principales entidades asociadas dentro del grupo de estudio (10).

Echagüe T. (Paraguay, 2022) Durante 2022, en el Hospital Nacional de Paraguay, se llevó a cabo una investigación destinada a evaluar la experiencia institucional en el abordaje terapéutico de las fístulas enterocutáneas de origen postoperatorio. El estudio adoptó un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en el que se analizaron 30 casos. Los hallazgos indicaron que el 70% de los pacientes correspondían al sexo masculino, con una edad media de 49,6 años y una duración promedio de hospitalización de 28,6 días. Únicamente cinco participantes refirieron evacuaciones intestinales, mientras que el resto notificó la aparición de secreción seropurulenta a través de heridas quirúrgicas o cicatrices. En nueve de los casos se documentó un débito elevado. La revisión de los antecedentes quirúrgicos mostró que la mayoría de las intervenciones previas a la aparición de la fístula estuvieron motivadas por la resolución de íleo mecánico superior o por peritonitis aguda secundaria a apendicitis. En

síntesis, la mayor parte de las fístulas enterocutáneas surgieron como complicación posterior a procedimientos quirúrgicos de carácter urgente (11).

Llopiz R, (Cuba, 2023) En Cuba, durante el año 2023, se desarrolló una investigación orientada a describir en detalle las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las fístulas enterocutáneas que emergieron tras procedimientos quirúrgicos. El diseño adoptado fue observacional, con recolección prospectiva de datos, e incluyó a 28 pacientes en el análisis. En cuanto a la demografía de la muestra, la edad promedio se situó en 49 años y se registró una ligera preponderancia de mujeres, que representaron el 53,57% del total. El 78,57% de los casos analizados correspondían a intervenciones de emergencia. Por otro lado, un 25% de los pacientes recibió diagnóstico quirúrgico de obstrucción intestinal mecánica ocasionada por bridas, seguido por un 17,86% cuya causa fue la obstrucción tumoral del colon izquierdo. Respecto a las técnicas quirúrgicas empleadas, la hemicolectomía izquierda con anastomosis terminoterminal fue el procedimiento más común (21,43%), seguida de la resección intestinal con anastomosis terminoterminal (17,86%). En lo que concierne a las complicaciones, la infección del sitio quirúrgico se identificó como la más prevalente. Es relevante mencionar que la mayoría de los pacientes recibió un manejo terapéutico basado en los principios fundamentales del tratamiento, y el abordaje conservador orientado al cierre espontáneo se constituyó como la alternativa definitiva más frecuentemente implementada (12).

Nacionales

Perez F (Arequipa, 2020) En el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el año 2020, se llevó a cabo una investigación cuyo propósito fue determinar los factores condicionantes de la aparición de fístulas enterocutáneas en pacientes sometidos a cirugía. El estudio se diseñó bajo un enfoque no experimental, transversal y retrospectivo, en el que se revisaron 89 historias clínicas correspondientes a individuos con diagnóstico de fístula enterocutánea. A lo largo del periodo analizado, se documentaron 89 episodios de esta patología, lo que equivale a un promedio anual de 4,4 casos. Entre los factores que mostraron una asociación significativa con la aparición de fístulas enterocutáneas destacaron el sexo masculino, la edad superior a 65 años, concentraciones séricas de albúmina inferiores a 2,5 gr/dl y la clasificación de riesgo anestésico ASA III. En síntesis, la condición que mostró mayor vinculación fue la hipoalbuminemia, fenómeno especialmente prevalente en pacientes de edad avanzada y en aquellos que presentaban un estado crítico previo al acto quirúrgico (13).

Yovera M, (Paita, 2020) En el año 2020, en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, se llevó a cabo un estudio centrado en la función del drenaje abdominal tras apendicectomías realizadas por apendicitis complicada. Se planteó que la ausencia de drenaje en

este tipo de cuadros podría favorecer el desarrollo de abscesos intraabdominales. El abordaje metodológico correspondió a un diseño cuantitativo de casos y controles de corte transversal. Entre los hallazgos principales, se identificó la aparición de fístula enterocutánea como una complicación relevante de la apendicectomía, con un odds ratio de 0,28 (IC 95%: 0,06-0,73; $p = 0,014$). Asimismo, la apendicitis complicada presentó un odds ratio de 0,084 (IC 0,02-0,27; $p < 0,001$). En conclusión, los resultados indicaron que la utilización de drenajes se asoció con un aumento en la incidencia de fístulas enterocutáneas, estableciendo una relación relevante entre la técnica empleada y la aparición de esta complicación posquirúrgica (14).

Ticse T, (Lima, 2020) En el Hospital Nacional María Auxiliadora, durante el año 2020, se realizó un estudio enfocado en determinar los factores vinculados al desarrollo de fístulas enterocutáneas caracterizadas por un elevado volumen de drenaje en pacientes en el periodo postoperatorio. Los resultados obtenidos evidenciaron que el flujo alto constituyó el tipo más frecuente, presente en el 58,62% de los casos, y que en el 72,4% de los pacientes se observó una única abertura de salida. El íleon se identificó como el segmento intestinal más comúnmente afectado, representando el 65,5% de los episodios documentados. En relación con los factores asociados, se detectaron varias condiciones relevantes: concentraciones séricas de albúmina inferiores a 3 gr/dl (OR: 1,96; IC 95%: 1,4-2,7; $p < 0,05$), la utilización de drenaje posoperatorio (OR: 0,59; IC 95%: 0,27-1,29; $p < 0,05$) y la edad mayor de 65 años (OR: 1,31; IC 95%: 1,02-1,68; $p < 0,05$) mostraron asociación significativa con la aparición de fístulas de alto débito. En síntesis, los factores que se relacionaron con una mayor prevalencia de fístulas enterocutáneas fueron la presencia de hipoalbuminemia por debajo de 3 gr/dl, el empleo de drenajes abdominales y la edad avanzada, particularmente en aquellos pacientes mayores de 65 años (15).

Cancharis A, (Lima, 2021) Durante el año 2021, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue describir los síntomas vinculados a la presencia de fístulas enterocutáneas en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. El diseño metodológico adoptado fue descriptivo, transversal, retrospectivo y no experimental. En cuanto a los resultados, la tasa de mortalidad global observada entre los participantes ascendió al 14,3%. Al desglosar la muestra, se evidenció que, entre los 21 individuos con fístula originada en el intestino delgado, la mortalidad específica alcanzó el 18,18%, mientras que en el grupo conformado por seis pacientes con colostomía asociada no se reportaron fallecimientos relacionados con la fístula colónica. Como consideración final, el informe se centró de manera exclusiva en el análisis de los índices de supervivencia y mortalidad de las fístulas postoperatorias, omitiendo deliberadamente la evaluación de los desenlaces vinculados al cierre espontáneo de estas lesiones (16).

Locales

Solari C. (Ica, 2022) En el Hospital Regional de Ica, durante el periodo comprendido entre 2022 y 2024, se llevó a cabo una investigación destinada a identificar los factores de riesgo relacionados con la aparición de fístula enterocutánea en pacientes sometidos a intervenciones sobre el tubo digestivo. El estudio, de carácter observacional, retrospectivo, transversal y analítico, incluyó una población total de 202 pacientes con diagnóstico de fístula enterocutánea. Para el análisis, se seleccionaron 196 casos y un número igual de controles, aplicando procedimientos univariados, bivariados y multivariados, y reportando los resultados estadísticos con un nivel de significancia inferior al 5% ($p < 0,05$). En los resultados, se identificaron múltiples factores directamente vinculados a la presencia de fístulas enterocutáneas: edad igual o superior a 60 años ($p=0,006$; OR=1,896; IC 95%: 1,207-2,979), sexo masculino ($p=0,012$; OR=1,794; IC 95%: 1,139-2,824), hipoalbuminemia ($p=0,011$; OR=2,026; IC 95%: 1,177-3,489), sepsis ($p=0,034$; OR=2,070; IC 95%: 1,056-4,060), síndrome compartimental ($p=0,023$; OR=2,894; IC 95%: 1,158-7,230), necesidad de reintervención quirúrgica ($p=0,004$; OR=2,904; IC 95%: 1,400-6,026), utilización de drenes ($p=0,020$; OR=2,007; IC 95%: 1,115-3,611), contaminación intraoperatoria ($p=0,003$; OR=2,947; IC 95%: 1,461-5,943), hábito tabáquico ($p=0,013$; OR=2,580; IC 95%: 1,218-5,463) y la presencia de diabetes mellitus tipo 2 ($p=0,026$; OR=2,214; IC 95%: 1,098-4,465). En conclusión, los factores de riesgo que demostraron asociación significativa con la aparición de fístula enterocutánea incluyeron la edad avanzada (60 años o más), el sexo masculino, la existencia de hipoalbuminemia, la presencia de sepsis, el desarrollo de síndrome compartimental, la necesidad de reintervención, el uso de drenajes, la contaminación durante el acto quirúrgico, el consumo de tabaco y el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (17).

Quispe M. (Ica, 2022) En el Hospital Regional de Ica, durante el año 2022, se llevó a cabo una investigación de carácter observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, orientada a identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de fístulas enterocutáneas en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. La población de estudio estuvo conformada por 62 individuos, de ambos sexos, mayores de 30 años, quienes desarrollaron fístula enterocutánea como complicación tras la intervención quirúrgica. El análisis de los casos reveló que el 71% de los pacientes afectados tenía 50 años o más, mientras que el 61,3% correspondía al sexo masculino. En relación con la naturaleza de la cirugía practicada, el 75,8% de los episodios de fístula se presentó en pacientes intervenidos por afecciones del tubo digestivo. Por otro lado, un 38,7% de los participantes fue diagnosticado con diabetes mellitus. Considerando el estado

nutricional, se observó que el 16,1% de los pacientes tenía bajo peso, el 66,1% presentaba un peso considerado normal y el 17,7% era obeso; además, el 69,4% evidenciaba hipoalbuminemia, con concentraciones inferiores a 3,5 gr/dl. El consumo de sustancias también fue relevante: el 43,5% reportó hábito tabáquico y el 46,8% manifestó consumo de alcohol. En síntesis, la mayoría de los casos de fístula enterocutánea posoperatoria se registró en personas de 50 años o más, predominantemente varones, sometidos principalmente a intervenciones digestivas, con niveles de albúmina bajos y peso corporal dentro del rango normal. De igual modo, un porcentaje significativo tenía antecedentes de diabetes mellitus, así como consumo de tabaco y bebidas alcohólicas (18).

Aroni-Allcca M. (Ica, 2023) Durante el año 2023, en el Hospital General de Ica, Perú, se desarrolló un estudio cuyo propósito fue determinar los factores de riesgo vinculados a la aparición de fístulas enterocutáneas en pacientes portadores de colostomía. El enfoque metodológico adoptado correspondió a un diseño observacional, cuantitativo, analítico, transversal y retrospectivo. En el análisis de 115 historias clínicas, se registró el desarrollo de fístula enterocutánea en 15 pacientes. Entre los factores de riesgo identificados, la hipoalbuminemia mostró una fuerte asociación (OR=10,063), al igual que la presencia de sepsis, que evidenció una relación aún más marcada (OR=73,500). En cuanto a las conclusiones, los resultados resaltan que tanto la hipoalbuminemia como la sepsis y el estatus anestésico ASA IV constituyen factores significativamente asociados con la aparición de fístulas enterocutáneas en el contexto de la colostomía. Asimismo, se observó que la edad superior a 61 años y el sobrepeso incrementan la probabilidad de que ocurra esta complicación posquirúrgica (19).

1.1.2 Marco teórico

Una fístula enterocutánea se define como una comunicación anómala establecida entre dos superficies recubiertas de epitelio, mientras que las fístulas de tipo interno suelen unir segmentos del tracto gastrointestinal con órganos o estructuras próximas como lo que ocurre en las fístulas enterocólicas, las enterocutáneas, conocidas también por sus siglas ECF, conectan el intestino directamente con el exterior a través de la piel. Este tipo de alteración representa una de las complicaciones más complejas en la cirugía contemporánea, suponiendo un reto clínico significativo para el equipo quirúrgico (20).

La etiología principal de las fístulas enterocutáneas radica en antecedentes de cirugía abdominal, ya que la mayoría de estos trayectos anómalos emergen como secuelas de intervenciones quirúrgicas previas, no obstante, entre un 20% y un 30% de los casos se asocian de forma espontánea a la enfermedad de Crohn. Existen, además, otras causas menos frecuentes, como la introducción de cuerpos extraños, los efectos adversos de la radioterapia, la tuberculosis, la actinomicosis y ciertas neoplasias (21).

La presencia de una fístula enterocutánea, especialmente en individuos con enterostomía, conlleva la pérdida continua de contenido intestinal, lo que puede traducirse en un déficit considerable de fluidos corporales, proteínas, vitaminas y otros nutrientes esenciales que contribuyen al soporte calórico diario (21).

Frecuentemente, los pacientes afectados por este cuadro enfrentan un estado de desnutrición, fenómeno que resulta de la combinación de patologías subyacentes, disminución de la ingesta calórica, incremento de los requerimientos proteicos en el contexto de inflamación sistémica, así como pérdidas nutricionales acentuadas por el elevado débito del drenaje fistuloso (22).

Y con el objetivo de favorecer el reposo intestinal y potenciar la reparación espontánea del tracto digestivo, la administración de nutrición parenteral total se erige como la estrategia terapéutica de primera línea. En ciertos escenarios, se recomienda el empleo de somatostatina para promover el cierre espontáneo de la fístula. La elección entre nutrición enteral o parenteral depende, fundamentalmente, tanto de la localización anatómica como del volumen de producción de la fístula; cuando es posible, se recurre a la vía enteral para preservar la funcionalidad e integridad de la mucosa intestinal (22).

La intervención quirúrgica se reserva para aquellos casos en los que resulta improbable el cierre espontáneo, especialmente tras traumatismos intestinales severos; en tales situaciones, suele diferirse el procedimiento al menos tres meses, permitiendo así la mejoría del estado nutricional del paciente y la resolución de la inflamación aguda (23).

Por consiguiente, el abordaje terapéutico de la fístula enterocutánea requiere una gestión médica prolongada, basada en el aporte de soporte nutricional adecuado—sea enteral o parenteral—, una estricta monitorización de líquidos y electrolitos y el control oportuno de complicaciones, hasta que se considere apropiado el tratamiento quirúrgico. La colaboración interdisciplinaria es esencial, involucrando a profesionales como médicos clínicos, cirujanos, nutricionistas, especialistas en el cuidado de heridas y estomas, entre otros (23).

Causas. Más del 80% de las fístulas enterocutáneas se originan como consecuencia de enterotomías accidentales o dehiscencias en las anastomosis intestinales. Las fístulas espontáneas que no obedecen a causas quirúrgicas suelen estar relacionadas con neoplasias, exposición previa a radioterapia, tumores, procesos obstructivos o inflamatorios y otras condiciones subyacentes (24).

Componentes de la fístula enterocutánea:

Origen: La localización anatómica de la fístula puede variar en función del segmento afectado del tubo digestivo. Estas lesiones se clasifican en laterales cuando comprometen solo parte de la luz intestinal y en terminales cuando interrumpen completamente su continuidad (25).

Drenaje: El trayecto fistuloso puede desembocar dentro de la cavidad abdominal (fístula interna), hacia el exterior del abdomen (fístula externa) o combinar ambos patrones (fístula mixta) (25).

Camino: El trayecto comprende la distancia entre el origen intestinal y el punto de salida cutánea. Algunas fístulas presentan trayectos superiores a los 2 cm y pueden mostrar morfología sacular con zonas de drenaje inadecuado. La conexión puede establecerse tanto con la piel como con vísceras adyacentes, y la presencia de abscesos asociados agrava el pronóstico y dificulta la identificación precisa del trayecto fistuloso (25).

En cuanto a su evolución temporal, las fístulas se categorizan como tempranas, agudas, de aparición tardía o crónicas. Las agudas carecen de paredes definidas, por lo que su trayecto está delimitado por órganos vecinos, mientras que las crónicas desarrollan estructuras fibrosas propias que les confieren mayor estabilidad (25).

Epidemiología. Se estima que entre el 75% y el 90% de las fístulas enterocutáneas surgen como consecuencia directa de intervenciones quirúrgicas previas, independientemente de si éstas respondieron a cuadros abdominales traumáticos o no. Este predominio quirúrgico contribuye sustancialmente a las tasas de mortalidad asociadas a esta complicación, que pueden oscilar entre un 5% y un 20%. A nivel global, la prevalencia reportada se sitúa entre el 85% y el 95%. Entre los principales factores predisponentes destacan la sepsis, los trastornos hidroelectrolíticos, el estado de desnutrición y, posiblemente, la ausencia de una valoración adecuada y de la implementación de intervenciones terapéuticas interdisciplinarias por parte del equipo de salud (26).

El riesgo de desarrollar una fístula postoperatoria se ve incrementado en pacientes con desnutrición, inmunosupresión, antecedentes de trauma, infecciones o sometidos a cirugías de emergencia. Estas lesiones suelen originarse por la dehiscencia de anastomosis intestinales o daños inadvertidos al intestino durante el procedimiento quirúrgico. Se ha documentado que las tasas de mortalidad asociadas a estas fístulas varían entre el 2% y el 10%, aunque este rango puede elevarse hasta entre el 15% y el 43% cuando el paciente presenta desnutrición u otras enfermedades concomitantes (26).

Fisiopatología. La utilización de técnicas quirúrgicas abiertas puede predisponer a la aparición de una variante específica denominada fístula enteroatmosférica. De modo general, las fístulas enterocutáneas desencadenan una serie de complicaciones que, actuando de forma sinérgica, pueden precipitar una descompensación grave e incluso potencialmente letal en el paciente²⁷.

Entre las principales complicaciones se encuentran:

Pérdida de contenido intestinal: Este fenómeno genera alteraciones en el equilibrio de líquidos y electrolitos, situación que puede derivar en infecciones, deshidratación, desnutrición y debilitamiento de las defensas inmunitarias (27).

Infección: La aparición de sepsis constituye una de las complicaciones más graves y puede conducir a episodios reiterados de septicemia (27).

Compromiso vascular y respiratorio: Estas alteraciones son habituales, especialmente en pacientes con movilidad reducida y se ven agravadas por la desnutrición y la sepsis concomitante (27).

Sintomatología. La presencia de trombosis y supuración en el sitio quirúrgico suelen ser indicios de la filtración de contenido intestinal a través de drenajes. El escape de material entérico a los tejidos blandos provoca infecciones severas en la pared abdominal y genera dermatitis química, cuadros que son notablemente dolorosos y repercuten negativamente en el estado psicológico y general del paciente (28).

Clasificación. La diversidad etiológica, topográfica y de características de las fístulas enterocutáneas postoperatorias dificulta la elaboración de una clasificación exhaustiva. Por lo general, estas complicaciones surgen de manera precoz, a menudo al día siguiente de la intervención quirúrgica. Se suelen categorizar atendiendo a su origen y al volumen de secreción. Aquellas fístulas cuya apertura intestinal es inferior a 1 cm y con trayectos superiores a 2 cm suelen tener un pronóstico más favorable para el cierre espontáneo mediante tratamiento conservador. Por el contrario, la presencia de abscesos, inflamación persistente, estenosis, antecedentes de radioterapia o cuerpos extraños, reducen notablemente las posibilidades de cicatrización espontánea (29).

Una evaluación integral requiere valorar el volumen diario de secreción a través de la fístula, la localización anatómica precisa y el número de trayectos abiertos (29).

Según el segmento del tracto gastrointestinal afectado, las fístulas se clasifican en:

Fístulas proximales: Incluyen aquellas localizadas en el estómago, duodeno, yeyuno y el íleon proximal.

Fístulas distales: Involucran el íleon distal y el colon (30).

En función del volumen de drenaje diario, se distinguen:

Fístulas de bajo débito: Menos de 200 ml/24 h.

Fístulas de débito intermedio: Entre 200 y 500 ml/24 h.

Fístulas de alto débito: Más de 500 ml/24 h.

Cabe destacar que las de alto débito presentan un menor potencial de cierre espontáneo (30).

Finalmente, aproximadamente el 80% de las fístulas enterocutáneas resultan de complicaciones intraoperatorias atribuibles a la dehiscencia de anastomosis intestinales, cuyo proceso de cierre suele ser prolongado y desgastante para el paciente y el equipo de salud (30).

A diferencia de las ostomías—aberturas quirúrgicas diseñadas deliberadamente para comunicar una víscera hueca con el exterior del cuerpo—las fístulas enterocutáneas surgen de manera no intencionada y representan, por ello, un reto terapéutico significativo para el manejo integral del paciente. La correcta y oportuna clasificación de la severidad de las fístulas enterocutáneas posoperatorias es crucial, ya que aspectos como su origen, trayecto, etiología y causa determinan la estrategia de evaluación en unidades de cuidados intensivos y fundamentan la

necesidad de sistematizar su categorización tanto en el entorno hospitalario como en la gestión clínica (31).

Desde el punto de vista patogénico, las fístulas enterocutáneas se relacionan con procesos inflamatorios, isquémicos o hipóxicos, daño visceral directo, hipoproteinemia y dificultades en la cicatrización—factores comúnmente asociados a infecciones y a la detección tardía. Con frecuencia, su aparición está vinculada a la dehiscencia de suturas tras intervenciones quirúrgicas, fenómeno que conlleva necrosis, destrucción tisular y la formación de conexiones anómalas entre segmentos del tubo digestivo y otros órganos o la superficie corporal, lo que subraya la importancia del estudio de las FEC (31).

Existen múltiples criterios para clasificar las fístulas enterocutáneas, siendo relevantes la cantidad de secreción, la causa subyacente y el sitio de origen, parámetros esenciales para orientar el abordaje terapéutico más efectivo (32). En cuanto al volumen de producción, se reconocen:

Fístulas de alto débito: más de 500 ml/24 horas.

Fístulas de débito intermedio: 200-500 ml/24 horas.

Fístulas de bajo débito: menos de 200 ml/24 horas.

Otra tipificación relevante es la etiológica: la variante iatrogénica, es decir, aquella resultante de intervenciones médicas o quirúrgicas predomina, representando entre el 75% y el 85% de los casos. Las formas espontáneas corresponden a entre un 15% y un 25%, y en ocasiones la causa permanece indeterminada (32).

La identificación precisa del órgano de origen es esencial para el diagnóstico y la planificación del tratamiento, ya que este dato aporta información sobre el trayecto fistuloso y condiciona la probabilidad de cierre. Las fístulas internas implican una comunicación entre vísceras, mientras que las externas conectan un órgano interno con el exterior (la piel); además, el origen anatómico influye directamente en las posibilidades de resolución espontánea (33).

Generalmente, las fístulas de bajo débito tienden a cerrarse con mayor facilidad. Este comportamiento se observa, por ejemplo, en fístulas que involucran el esófago, el duodeno, los conductos pancreáticos y biliares, así como el yeyuno—particularmente cuando presentan trayectos cortos (<1 cm) o largos (>2 cm)—y en aquellas originadas en el ligamento de Treitz o en ileostomías. En contraste, las fístulas que afectan intestinos inflamados, presentan abscesos, cuerpos extraños o una obstrucción distal, muestran una probabilidad significativamente menor de lograr un cierre espontáneo (33).

Factores de riesgo asociados

Entre los determinantes que favorecen la formación de fístulas enterocutáneas se encuentran:

Condiciones del paciente: La enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, incrementa notablemente la susceptibilidad a desarrollar FEC. Esto se debe a la inflamación persistente y al daño crónico de la mucosa intestinal, lo que

debilita la pared del tracto digestivo y predispone a la formación de fístulas postoperatorias, especialmente en pacientes sometidos a múltiples intervenciones quirúrgicas, lo que eleva el riesgo acumulado (34).

Desnutrición: La presencia de desnutrición es uno de los factores más determinantes. El déficit nutricional compromete la capacidad de reparación tisular, estimula un estado catabólico que favorece la degradación de proteínas y tejidos, y afecta gravemente el pronóstico posquirúrgico al retrasar la recuperación y aumentar la incidencia de complicaciones, incluida la aparición de fístulas (34).

Diversos estudios han documentado que concentraciones séricas de albúmina inferiores a 3 g/dL se asocian significativamente con una mayor incidencia de FEC en pacientes tras cirugía. Las causas de la desnutrición suelen ser multifactoriales, incluyendo enfermedades subyacentes o condiciones socioeconómicas precarias. En contextos de urgencia, es recomendable diferir la cirugía hasta optimizar el estado nutricional del paciente. La hipoproteïnemia, además, reduce la actividad de los fibroblastos y retrasa la cicatrización tanto de heridas laparotómicas como de suturas en el tracto intestinal (35).

Cuando las condiciones patológicas responsables de la aparición de la fístula persisten, la probabilidad de recurrencia se incrementa considerablemente. Por ejemplo, la existencia de infección peritoneal complica la cicatrización de los tejidos de sutura y favorece la dehiscencia anastomótica, incrementando la exposición intestinal y el riesgo de perforación. Asimismo, en pacientes con antecedentes de múltiples cirugías abdominales o procesos inflamatorios previos en el peritoneo, es habitual la formación de adherencias y el desarrollo de peritonitis plástica, que complica aún más el manejo y eleva la probabilidad de formación de nuevas fístulas (35).

En estos escenarios clínicos, es imprescindible que el cirujano efectúe una disección cuidadosa y lleve a cabo una revisión minuciosa de la totalidad del tracto gastrointestinal. La formación de fístulas está fuertemente vinculada a la técnica quirúrgica, destacando factores como anastomosis sometidas a tensión, inadecuada viabilidad de los extremos intestinales, defectos en la confección de los nudos o la presencia de lesiones inadvertidas; estos elementos pueden facilitar la fuga de contenido entérico en el período posoperatorio inmediato (35).

La inmunosupresión representa otro factor relevante: patologías crónicas o tratamientos inmunosupresores—como los corticosteroides o agentes quimioterapéuticos—predisponen a un estado de compromiso inmunológico, lo que incrementa notablemente la susceptibilidad a infecciones y deteriora la capacidad de reparación tisular. Como consecuencia, se eleva la incidencia de dehiscencia en las anastomosis y la aparición de fístulas (36).

Entre los factores intraoperatorios, la contaminación durante la cirugía adquiere especial importancia, sobre todo en contextos de emergencia, infecciones agudas o enfermedades abdominales graves. Estas circunstancias incrementan la probabilidad de contaminación intraoperatoria, obstaculizando los procesos de cicatrización y facilitando la formación de

abscesos que, a su vez, pueden originar trayectos fistulosos. Además, los procedimientos quirúrgicos extensos que implican resecciones amplias del tracto digestivo y la necesidad de múltiples intervenciones consecutivas aumentan el riesgo de daño tisular; esto se traduce en una perfusión deficiente y en la alteración de la integridad de las paredes intestinal y abdominal, lo que crea un entorno favorable para la génesis de fístulas (37).

En relación con las reintervenciones, se observa que el 52,8% de los pacientes sometidos a este tipo de procedimiento presentaban hipoproteinemia, mientras que el 43,1% tenía hipoalbuminemia. La mayoría de los casos requirió una única reintervención (80,6%), aunque hubo quienes necesitaron dos (13,9%), tres (4,2%) o hasta cuatro reintervenciones (1,4%). La tasa de mortalidad registrada entre quienes fueron sometidos a revisiones quirúrgicas intraabdominales mayores alcanzó el 11,1% (38).

La edad avanzada constituye un factor de riesgo adicional. Diversos estudios han reportado que la media de edad en esta población ronda los 59 años, observándose una asociación significativa en individuos mayores de 65 años (39).

En cuanto al sexo, la literatura indica una mayor prevalencia de fístulas en hombres, alcanzando cifras del 70% al 90% de los casos (40).

El consumo de tabaco también afecta negativamente el pronóstico. Los fumadores presentan una función inmunológica disminuida, lo que aumenta la vulnerabilidad a infecciones en el sitio fistuloso y ralentiza los procesos de cicatrización posquirúrgica (41).

Síndrome compartimental abdominal. Esta entidad se caracteriza por una presión intraabdominal sostenida superior a 20 mmHg en dos o más compartimentos anatómicos, acompañada de disfunción orgánica. Su incidencia global es del 2%, mientras que la prevalencia puede oscilar entre 0 y 36,4%. En adultos, los valores normales de presión intraabdominal (PIA) fluctúan entre 2 y 7 mmHg, aunque en pacientes obesos estos valores pueden elevarse a 10-15 mmHg; en los críticamente enfermos, suelen observarse cifras de 5-7 mmHg, y la coexistencia de obesidad puede contribuir a presiones basales más elevadas (42).

La sepsis constituye una complicación potencialmente letal, resultado de la respuesta inmunitaria a la infección. El debilitamiento de los tejidos y el aumento de los requerimientos metabólicos que acompañan al estado séptico están estrechamente relacionados con el desarrollo de fístulas enterocutáneas (42). Adicionalmente, las comorbilidades que afectan el flujo sanguíneo, como la diabetes mellitus, representan un obstáculo para la recuperación adecuada tras la cirugía, pues favorecen la aparición de fístulas debido a una mayor predisposición a infecciones y a la alteración del proceso de cicatrización, agravada por la hiperglicemia (42).

Desde el punto de vista quirúrgico, la laparoscopia se presenta como una alternativa mínimamente invasiva que permite la visualización directa de la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones, favoreciendo una recuperación más rápida. Por otro lado, la laparotomía—

que consiste en la apertura amplia de la cavidad abdominal y, en ocasiones, su mantenimiento abierto como estrategia de control de daños—puede incrementar la incidencia de fístulas secundarias si el abdomen permanece abierto durante más de siete días, debido a la dificultad para lograr el cierre abdominal y a la mayor frecuencia de complicaciones (43).

El uso de drenajes, aunque fundamental para permitir la salida controlada de contenido intestinal en casos de dehiscencia anastomótica, se asocia estadísticamente con una mayor formación de trayectos fistulosos (44).

En cuanto al tipo de intervención, la cirugía electiva posibilita una preparación adecuada del paciente, abordando infecciones previas y optimizando el estado nutricional, lo que reduce los riesgos posoperatorios. Por el contrario, en contextos de emergencia, la imposibilidad de realizar una preparación exhaustiva incrementa la probabilidad de complicaciones como la pérdida excesiva de peso, infecciones y otras afecciones que contribuyen a la formación de fístulas enterocutáneas. Los elevados niveles de catabolismo inducidos por el estrés quirúrgico influyen notablemente en la incidencia y severidad de estas complicaciones, sobre todo en pacientes sometidos a reoperaciones o situaciones de estrés repetido (45).

Tratamiento.

El abordaje terapéutico de las fístulas enterocutáneas comprende diversas intervenciones fundamentales:

A) La reposición expedita del volumen intravascular es prioritaria y debe ser adaptada a la condición clínica de cada paciente, considerando el riesgo de shock hipovolémico y la rápida instauración de desequilibrios hemodinámicos (46).

B) La administración de somatostatina, un agente que suprime la secreción intestinal, incrementa la absorción de agua y electrolitos y reduce la actividad exocrina pancreática, constituye una medida farmacológica relevante. Para optimizar recursos, se pueden combinar fármacos antiseoretos de la mucosa con una dieta restringida en residuos, lo que disminuye los costos asociados al tratamiento (46).

C) El cuidado meticuloso de la piel que rodea la fístula resulta esencial. Es fundamental direccionar adecuadamente los drenajes para recolectar eficazmente las secreciones y, en situaciones de laparotomía peristomal, puede valorarse la implementación de sistemas de presión negativa para preservar la integridad cutánea (46).

D) El soporte nutricional representa otro pilar del tratamiento. Se privilegia el uso de la vía enteral, ya sea parcial o completa, así como la combinación con nutrición mixta, reservando la nutrición parenteral total exclusivamente para indicaciones específicas en las que no sea posible la alimentación digestiva (46).

En la actualidad, el manejo conservador se considera una alternativa válida en las fístulas de bajo débito, ya que facilita el cierre espontáneo y evita la necesidad de intervención quirúrgica. Por el contrario, en aquellas de alto débito en las que el cierre espontáneo es improbable, la

cirugía se convierte en la única opción viable. Particularmente, las fístulas enteroatmosféricas, por su elevado volumen de drenaje, precipitan cuadros de desnutrición severa en un corto periodo de tiempo (47).

Las fístulas entéricas asociadas a abdomen abierto “congelado” clasificadas como Björk presentan una mortalidad del 42%, aunque los avances recientes en el tratamiento quirúrgico y médico han contribuido a reducir esta cifra. El llamado “abdomen hostil” surge como una complicación grave de intervenciones quirúrgicas de urgencia, en las que el desarrollo de un estoma, la retracción fascial y la formación de adherencias fibrosas complican notablemente la reconstrucción o el cierre definitivo de la cavidad abdominal tras la fase aguda (47).

El cierre abdominal diferido mediante laparotomía está relacionado con una mayor incidencia de fístulas, con tasas notificadas de hasta un 12%⁴⁸. Si bien la laparotomía se emplea para el manejo de cuadros sépticos severos, la ausencia de protocolos sistematizados en el seguimiento y manejo integral del paciente incrementa la morbilidad y mortalidad, especialmente en los casos clasificados como Björk III y IV, donde predomina el abdomen congelado (48).

La gestión eficaz de las fístulas enterocutáneas exige un enfoque interdisciplinario, que contemple tanto la estabilización física como el soporte psicológico adecuado, elementos que facilitan el entorno propicio para el cierre espontáneo. En ausencia de mejoría, debe considerarse la programación de nuevas intervenciones quirúrgicas (48).

El uso de antibióticos de amplio espectro, junto con una reanimación inicial mejorada, el control riguroso de la sepsis y el soporte nutricional oportuno, han contribuido a mejorar el pronóstico de estos pacientes. Asimismo, la reposición de electrolitos y la utilización de técnicas de imagen de alta precisión han optimizado los resultados, disminuyendo tanto la morbilidad como la mortalidad (49).

Las prolongadas estancias hospitalarias y los elevados costos inherentes al tratamiento de las fístulas enterocutáneas reflejan la influencia de factores biológicos, sociales y psicológicos que rodean al paciente. Abordar al individuo desde una perspectiva biopsicosocial implica reconocer la importancia de los aspectos emocionales y espirituales en la evolución clínica y en la respuesta terapéutica (49).

La clasificación de las fístulas enterocutáneas se fundamenta en el volumen de líquido intestinal perdido en 24 horas. Se consideran de alto flujo aquellas con drenaje superior a 500 ml luego de al menos un día de ayuno⁵⁰. En estas circunstancias, el desequilibrio electrolítico constituye el principal problema, ya que los volúmenes elevados de salida conducen a la pérdida significativa de sodio, potasio, cloruro, magnesio y zinc, lo que desemboca en deshidratación y trastornos metabólicos graves. La pérdida sostenida de líquidos y nutrientes expone a los pacientes a un riesgo elevado de desnutrición severa y, paralelamente, el aumento del gasto energético incrementa la vulnerabilidad a infecciones nosocomiales, que conllevan una mortalidad considerable (50).

El contacto constante del líquido intestinal drenado con la piel circundante dificulta la cicatrización y propicia la aparición de dermatitis química, que suele evolucionar a infecciones profundas de las capas dérmicas y musculares (50).

La sepsis incide de manera determinante en el proceso de cicatrización, presentando tasas de mortalidad que oscilan entre el 75% y el 85%. El cierre espontáneo de las fístulas gastrointestinales ocurre en cerca del 90% de los casos durante el primer mes, siempre que se logre controlar eficazmente la infección. Sin embargo, en el 6% de los casos en los que la sepsis no es controlada, la mortalidad asciende al 85% (51).

En el contexto del manejo de pacientes con fístulas enterocutáneas, se reconoce un riesgo elevado de desarrollar sepsis secundaria al uso prolongado de catéteres venosos centrales. Debido a la necesidad de acceso vascular de gran calibre para terapias a largo plazo, surgen complicaciones frecuentes tales como flebitis, infecciones pulmonares y del tracto urinario. Estas complicaciones infecciosas, sumadas a los desafíos metabólicos y nutricionales, contribuyen de manera significativa al deterioro clínico global (51).

Desde una perspectiva psicosocial, es común que estos pacientes experimenten alteraciones emocionales, predominando la ansiedad y la frustración ante la aparición inesperada de complicaciones posoperatorias, especialmente en quienes tenían la expectativa de una recuperación acelerada tras una intervención electiva. La interacción entre el malestar físico, las complicaciones médicas y el impacto psicológico genera un efecto sinérgico que acelera el deterioro del estado general del paciente y dificulta los procesos de recuperación (51).

En caso de que exista sospecha clínica o radiológica de una fístula, la evaluación del tracto gastrointestinal mediante estudios con medio de contraste, como el tránsito intestinal o el enema opaco, puede ser indispensable para delinear el trayecto fistuloso y determinar su localización. En situaciones específicas, cuando el cuadro clínico es estable y no se identifican signos de sepsis, se puede optar por la realización de una fistulografía, técnica que consiste en la introducción de un agente de contraste hidrosoluble a través del orificio externo de la fístula. Sin embargo, esta metodología tiene una utilidad limitada para identificar con precisión el punto de origen (52).

Una de las complicaciones más graves derivadas de la dehiscencia anastomótica es la fuga de contenido intestinal hacia la cavidad peritoneal, evento que puede desencadenar infecciones como la peritonitis. Para minimizar el riesgo de formación de fístulas y evitar estas complicaciones, resulta indispensable asegurar la resolución completa de los procesos infecciosos y establecer condiciones óptimas de curación antes de proceder a una intervención quirúrgica definitiva (52).

Las infecciones postoperatorias, por su parte, pueden progresar a estados sépticos, los cuales incrementan la probabilidad de desarrollo de fístulas enterocutáneas. Por ello, la implementación de estrategias preventivas, como la administración profiláctica de antibióticos y

la vigilancia estrecha en el postoperatorio, son fundamentales para disminuir la incidencia de estas complicaciones (52).

1.1.3 Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características epidemiológicas, de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

¿Cuáles son las características quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

1.1.4 Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

La fístula enterocutánea (FEC) representa una de las complicaciones más devastadoras en la cirugía abdominal, constituyendo un desafío clínico de alta complejidad. Esta condición se asocia a una elevada morbimortalidad, estancias hospitalarias prolongadas, altos costos para el sistema de salud y un profundo deterioro en la calidad de vida del paciente. A pesar de su relevancia, la caracterización de esta patología en nuestro medio es limitada, lo que dificulta la estandarización de su manejo y la optimización de los resultados.

Justificación Teórica. Existe un vacío del conocimiento significativo respecto a las características de los pacientes en el contexto latinoamericano y, específicamente, en el Perú. Las particularidades de nuestro sistema de salud, el perfil nutricional de nuestra población, la prevalencia de ciertas patologías y las técnicas quirúrgicas predominantes podrían influir en la epidemiología, la presentación clínica y los factores pronósticos de las FEC. Crear una línea de base sólida que sirva como fundamento para futuras investigaciones analíticas que exploren la causalidad y la eficacia de intervenciones específicas.

Justificación Práctica. Al identificar las características clínicas y quirúrgicas asociadas a peores desenlaces, se podrá identificar precozmente a los pacientes de alto riesgo que requieren un manejo más agresivo. Los resultados servirán como evidencia para desarrollar o actualizar guías de práctica clínica institucionales, estandarizando el soporte nutricional, el cuidado de la piel, el manejo de la sepsis y, crucialmente, el momento óptimo para la intervención quirúrgica.

Justificación Social. Al contribuir a un manejo clínico más eficiente y a una mayor tasa de cierre de la fístula, el estudio impactará indirectamente en la reducción del sufrimiento físico y psicológico, facilitando la reintegración del paciente a su vida familiar, social y laboral. La estandarización del manejo y la reducción de complicaciones pueden llevar a una disminución de la estancia hospitalaria y de la necesidad de reintervenciones.

Justificación Metodológica. Para abordar un problema complejo sobre el cual existe información local limitada, el diseño de investigación más apropiado es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que será de base para estudios de mayor complejidad.

Viabilidad.

El estudio fue viable técnicamente por existir casos en un Hospital Referencial, la que permitirá cumplir con los objetivos. A pesar que no se dispone de financiamiento externo, los gastos fueron de responsabilidad del autor.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general.

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

1.2.2 Objetivos específicos

Determinar las características epidemiológicas, de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Determinar las características clínicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Determinar las características quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

1.3 Hipótesis y variables de la investigación

1.3.1 Hipótesis

No aplica por tratarse de una investigación que describirá las características de los pacientes con fístula enterocutánea.

1.3.2 Variables

De estudio

Fistula enterocutánea

Variables de caracterización

Características epidemiológicas

Edad

Sexo

Procedencia

Características clínicas

Diabetes mellitus

Hipoalbuminemia

Desaturación

Consumo de tabaco

Características quirúrgicas

Complicaciones intraoperatorias

Estadio clínico de la patología quirúrgica

Reintervenciones

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo, nivel y diseño de la investigación.

Tipo. El presente estudio corresponde a una investigación de tipo no experimental, dado que no se interviene ni se manipulan las variables bajo análisis. Se clasifica como transversal, ya que la medición de las variables se realiza en un único momento temporal. Además, es retrospectiva, puesto que la recolección de datos se basó en hechos y mediciones registradas en el pasado. Finalmente, el enfoque es descriptivo, ya que el análisis se centra únicamente en una variable sin establecer relaciones causales.

Nivel: Descriptivo pues solo se describió las características de los pacientes que desarrollaron fistula enterocutánea después de una laparotomía.

Enfoque. Cuantitativo

Diseño. Descriptivo

2.2 Población y Muestra

Población. Son los pacientes que desarrollaron fistula enterocutánea después de haber sido operado por patología intraabdominal que son 198 del 2022 al 2025.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes que desarrollo fístula enterocutánea posterior a una intervención quirúrgica abdominal.

Paciente que tenga en su historial clínico los datos que requiere el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Paciente que presenta fistula enterocutánea posterior a unan intervención quirúrgica realizada en otro nosocomio.

Paciente con fistula enterocutánea por patología neoplásica maligna.

Tamaño de muestra

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 198$$

$$p = 0.5$$

$$q = 1 - 0.5 = 0.5$$

$$Z = 1.96$$

$$d= 5\% = 0.05$$

n= 131 pacientes con fistula enterocutánea

Muestreo.

Se trató de un muestreo probabilístico entre los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Aunque se dispuso de 198 casos elegibles según los criterios establecidos, se procedió a calcular un tamaño muestral mediante metodología probabilística, utilizando parámetros estándar de confianza (95%) y error máximo aceptable (5%). Esta decisión permitió trabajar con una muestra representativa, manteniendo consistencia estadística en la estimación de las características estudiadas.

Marco muestra.

Son todos los pacientes que tuvieron fistula enterocutánea tratadas en el hospital.

Unidad de muestreo.

Paciente con fistula enterocutánea desarrollada posterior a una intervención quirúrgica abdominal.

Unidad de información.

Historia clínica del paciente en estudio

2.3 Técnica e instrumento de recolección de información

La técnica.

Constó de un análisis documental en las que las historias clínicas fueron obtenidas desde el departamento de estadística y procesadas para seleccionar las que cumplen con los criterios de inclusión, para en un segundo tiempo extraer los datos que sean claros y reflejen la realidad de la variable en medición.

Instrumento.

Construida por el investigador, se trata de una ficha de recolección de datos que contiene las variables y los indicadores de medición de cada una de ellas, que fue validado por 3 expertos, mediante juicio de expertos.

Cada experto valoro la claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y pertinencia metodológica, del instrumento, mediante valores porcentuales, correspondiendo el valor de 90% a 100%, como excelente, y valores menores eran representativos de menor calidad.

Para obtener la valoración final, los porcentajes otorgados en cada criterio fueron sumados y promediados, evidenciándose un nivel de aceptación adecuado para su aplicación en el estudio.

2.4 Procesamiento de datos.

Los datos recolectados a partir de las historias clínicas fueron registrados en sus correspondientes fichas epidemiológicas, y posteriormente transferidos al software estadístico SPSS versión 29. Desde esta plataforma, se procedió a la elaboración de tablas descriptivas en las que se consignarán tanto los valores absolutos como los porcentajes correspondientes. En el caso de las variables de tipo numérico, se calcularon medidas de tendencia central, incluyendo la media, la mediana y la moda.

2.5 Ética.

Los principios éticos a cumplir fueron:

No maleficencia. Este estudio se desarrolló en los registros documentales de los pacientes por lo que se realizó un análisis documental responsable a fin de que cada registro no resulte dañado o adulterado que podría perjudicar al paciente.

Beneficencia. Este estudio se realizó con la finalidad de contribuir con la ciencia evidenciando una realidad local que será de utilidad para los profesionales de la salud en sus quehaceres cotidianos.

Justicia. Se identificó cada ficha de datos con un número correlativo a fin de respetar el anonimato de los participantes además que facilitará un trato justo y equitativo para cada uno de ellos.

III.- RESULTADOS

RESULTADOS

Tabla 1. Edad de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Media: 52,5 años Mediana: 54 años Edad mínima:23 años Edad máxima: 82 años			
Categorías	Frecuencia	Porcentaje	
< 30 años	5	3,8%	
30 a 44 años	28	21,4%	
45 a 60 años	58	44,3%	
> 60 años	40	30,5%	
Total	131	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes con fístula entero cutáneas fueron de edades entre 45 a 60 años (44,3%), seguido de los que tuvieron más de 60 años (30,5%), y en menor proporción los pacientes de edades de 30 a 44 años (21,4%) y los menores de 30 años (3,8%).

Tabla 2. Sexo de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencias	Porcentaje
Masculino	77	58,8%
Femenino	54	41,2%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las fístulas entero cutáneas se presentaron en porcentajes con una predominancia en el sexo masculino (58,8%) mientras que el femenino fue de (41,2%).

Tabla 3. Procedencia de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Ica distrito	58	44,3%
Otros distritos	60	45,8%
Otra provincia	13	9,9%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con los resultados el 44,3% de los pacientes procederían de Ica como distrito, seguido de los pacientes que procedían de otros distritos de Ica que son el 45,8% y en menor proporción aquello que procedían de otras provincias de Ica que fueron el 9,9% de los casos.

Tabla 4. Antecedente de diabetes mellitus en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Si DM2	22	16,8%
No DM2	109	83,2%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La diabetes mellitus como antecedente en los pacientes con fístula entero cutánea se presentó en el 16,8% de los casos

Tabla 5. Hipoalbuminemia en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Albuminemia < 3,5 gr/dl	37	28,2%
Albuminemia 3,5 gr/dl a más	94	71,8%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La hipoalbuminemia (Albuminemia < 3,5 gr/dl) en los pacientes con fístulas entero cutáneas se presentó en el 28,2% de los pacientes estudiados.

Tabla 6. Desaturación en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SpO2 < 90%	43	32,8%
SpO2 de 90% a más	88	67,2%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La desaturación a niveles debajo de SpO2 < 90% en los pacientes con fístula entero cutánea se presentó en el 32,8%, siendo en algunos casos necesario intubación endotraqueal.

Tabla 7. Consumo de tabaco en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Consume	32	24,4%
No consume	99	75,6%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Los pacientes con fistula entero cutánea consumían tabaco el 24,4% de los pacientes, siendo un hábito prevalente en estos pacientes.

Tabla 8. Estadio clínico de la patología en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Flujo bajo	53	40,5%
Fujo moderado	37	28,2%
Fujo alto	41	31,3%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los flujos de las fístulas entero cutáneas, estas fueron de flujo bajo el 40,5% de los casos, mientras que de flujo moderado fue de 28,2% y de flujo alto fue en el 31,3% de los pacientes.

Tabla 9. Reintervenciones en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si reintervenido	47	35,9%
No reintervenido	84	64,1%
Total	131	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las reintervenciones en los pacientes con fístula entero cutánea se presentaron en el 35,9% de los casos

Tabla 10. Complicaciones intraoperatorias en los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	7	14,9%
Lesión de víscera hueca	10	21,3%
Contaminación fecaloide	11	23,4%
Ninguna	19	40,4%
Total	47	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Las complicaciones post reintervención de los pacientes con fístula entero cutánea fueron el 14,9% hemorragia, el 21,3% lesión de víscera hueca y en el 23,4% contaminación fecaloide, mientras que el 40,4% no presentaron complicaciones.

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio, la mayoría de los pacientes con fístula enterocutánea se concentró en el grupo etario de 45 a 60 años (44,3%), seguido por los mayores de 60 años (30,5%), mientras que los menores de 45 años representaron una proporción considerablemente menor. La media de 52,5 años y la mediana de 54 años confirman que esta complicación afecta predominantemente a adultos de mediana edad y adultos mayores, con un rango amplio (23–82 años) que evidencia que, aunque puede presentarse en pacientes jóvenes, su frecuencia aumenta con la edad. La mayor incidencia en mayores de 45 años puede explicarse por la acumulación de factores de riesgo en este grupo etario, como antecedentes de cirugías previas, enfermedades neoplásicas, patología diverticular, enfermedad inflamatoria intestinal y mayor probabilidad de intervenciones de urgencia, todas ellas condiciones asociadas al desarrollo de fístulas postoperatorias. Asimismo, en los pacientes mayores de 60 años, la elevada proporción observada podría relacionarse con una menor capacidad de cicatrización tisular, mayor prevalencia de comorbilidades (diabetes mellitus, desnutrición, enfermedad vascular) y un estado inmunológico más comprometido, factores que favorecen la dehiscencia anastomótica y la formación de trayectos fistulosos. Al respecto Alvarado (10) demuestra en su estudio en Guayaquil edades similares a los encontrados en la investigación pues concluye que el 44% pertenecía al grupo de edad comprendido entre 41 y 60 años, con una media etaria calculada en 48,35 años, que es concordante con los hallazgos del estudio de Llópiz (12) en Cuba que determina que la edad promedio se situó en 49 años. Esto también podría estar en relación a lo que Yovera (14) indica en su estudio en Paíta en la que concluye que la fístula enterocutánea es una complicación relevante de la apendicectomía, Incluso Solari (17) En Ica encuentra que uno de los factores de riesgo para la aparición de fístula enterocutánea es la edad avanzada (60 años o más) concordando con los resultados de la investigación.

Se observó una predominancia del sexo masculino (58,8%) en la presentación de fístulas enterocutáneas, en comparación con el sexo femenino (41,2%). Este hallazgo sugiere una mayor susceptibilidad o exposición de los varones a los factores asociados al desarrollo de esta complicación. En muchos contextos hospitalarios, los hombres presentan mayor incidencia de patologías quirúrgicas como enfermedad diverticular complicada, neoplasias gastrointestinales avanzadas, traumatismos abdominales y obstrucción intestinal, lo cual podría explicar parcialmente esta mayor proporción. Asimismo, los varones tienden a presentar con mayor frecuencia hábitos nocivos como el tabaquismo y el consumo de alcohol, factores que pueden interferir en la adecuada cicatrización y favorecer complicaciones postquirúrgicas. Por otro lado, aunque el sexo femenino mostró menor proporción, su representación no es despreciable, lo que indica que la fístula entero cutánea no es una entidad exclusiva de un sexo. Los estudio

como la de Rojo⁸ indica que las mujeres en general tienen las mismas probabilidades de desarrollar fistulas que los varones pues en ellos se suma las patologías ginecológicas. Mientras que el estudio de Perez¹³ en Arequipa indica que demuestra que entre los factores que mostraron una asociación significativa con la aparición de fístulas entero cutáneas destacaron el sexo masculino, lo que refuerza los resultados del estudio. Solari¹⁷ en Ica encuentra que el sexo masculino nesw un factor de riesgo para el desarrollo de fístula enterocuranea lo que es coincidente con los resultados de la investigación.

Los resultados evidencian que la mayoría de los pacientes con fístula enterocutánea procedían del departamento de Ica, ya sea del distrito de Ica (44,3%) o de otros distritos del mismo departamento (45,8%), mientras que una menor proporción provenía de otras provincias (9,9%). Esta distribución sugiere que la mayor carga de casos atendidos corresponde al ámbito de influencia directa del establecimiento de salud. Este hallazgo puede explicarse por la organización del sistema sanitario regional, donde los hospitales de referencia concentran la atención de patologías quirúrgicas complejas dentro de su jurisdicción. La elevada proporción de pacientes procedentes tanto del distrito de Ica como de otros distritos del mismo departamento indica que la institución cumple un rol central como centro de referencia para complicaciones postoperatorias como las fístulas enterocutáneas. Asimismo, el bajo porcentaje de pacientes provenientes de otras provincias estaría relacionado con barreras geográficas, limitaciones en el acceso al sistema de referencia y contrarreferencia, o la existencia de otros centros hospitalarios que resuelven estos casos en sus respectivas jurisdicciones. También es posible que algunos pacientes de zonas más alejadas presenten retraso en el diagnóstico o manejo inicial, lo cual puede influir en la derivación tardía a centros especializados.

En el presente estudio, la diabetes mellitus se identificó como antecedente en el 16,8% de los pacientes con fístula enterocutánea. Aunque no representa la mayoría de los casos, este porcentaje es clínicamente relevante debido al impacto que esta enfermedad metabólica tiene sobre los procesos de cicatrización y respuesta inmunológica. La diabetes mellitus es reconocida como un factor que altera la microcirculación, disminuye la respuesta inmunitaria y afecta la síntesis de colágeno, condiciones que predisponen a infecciones quirúrgicas, dehiscencia de suturas y fallas en la anastomosis intestinal. En el contexto postoperatorio, la hiperglucemia sostenida puede comprometer la integridad de la herida quirúrgica y favorecer la formación de trayectos fistulosos. Por ello, aunque el 16,8% pueda parecer una proporción moderada, su presencia adquiere gran importancia pronóstica. Además, la diabetes suele coexistir con otras comorbilidades como obesidad, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica, que pueden agravar el estado general del paciente y dificultar el manejo conservador o quirúrgico de la fístula. En pacientes diabéticos, el riesgo de complicaciones sépticas y retraso en el cierre

espontáneo puede ser mayor, lo que prolonga la estancia hospitalaria y aumenta la morbimortalidad. Solari¹⁷ en Ica encuentra alta prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en los pacientes con fistulas entero cutáneas concordando con los resultados de la investigación.

En el presente estudio, la hipoalbuminemia (albuminemia < 3,5 g/dl) se presentó en el 28,2% de los pacientes con fístula enterocutánea, lo que representa más de una cuarta parte de la población evaluada. Este hallazgo es clínicamente significativo, dado que la albúmina sérica es un marcador ampliamente utilizado para valorar el estado nutricional y la respuesta inflamatoria sistémica, ambos factores estrechamente relacionados con la evolución de estas fístulas. La hipoalbuminemia en pacientes con fístula enterocutánea puede interpretarse desde dos perspectivas: como un factor predisponente y como una consecuencia de la propia patología. Por un lado, un estado nutricional deficiente previo a la cirugía compromete la síntesis de colágeno, la regeneración tisular y la cicatrización de anastomosis intestinales, aumentando el riesgo de dehiscencia y formación de fístulas. Por otro lado, una vez establecida la fístula, especialmente si es de alto gasto, se produce pérdida continua de proteínas, alteraciones hidroelectrolíticas y un estado hipercatabólico que agrava la disminución de la albúmina sérica. Asimismo, la hipoalbuminemia puede reflejar no solo malnutrición, sino también inflamación sistémica secundaria a sepsis intraabdominal o complicaciones postoperatorias, condiciones frecuentes en el origen de las fístulas entero cutáneas. Por ello, la albúmina debe interpretarse dentro del contexto clínico global del paciente. Al respecto Alvarado¹⁰ demuestra en su estudio en Guayaquil que la desnutrición se presentó en el (27%) que es concordante con lo encontrado en la investigación pues la hipoalbuminemia es signo de desnutrición por el ayuno prolongado o por la misma enfermedad de fondo que consume la energía y calorías de los pacientes. Estos resultados son fortalecidos por el hallazgo de la investigación de Ticse¹⁵ en Lima que demuestra que concentraciones séricas de albúmina inferiores a 3 gr/dl (OR: 1,96; IC 95%: 1,4-2,7; p<0,05) son un factor para que se genere fistula entero cutánea. Solari¹⁷ en Ica encuentra que la hipoalbuminemia, se asocia a esta complicación quirúrgica, del mismo modo la hipoalbuminemia fue frecuente en los pacientes con fistula entero cutáneas en el estudio de Quispe¹⁸ en Ica, que también demuestra Aroní¹⁹ en su investigación en Ica.

El hallazgo de desaturación con SpO₂ < 90% en el 32,8% de los pacientes con fístula enterocutánea evidencia un compromiso respiratorio significativo en aproximadamente un tercio de los casos, lo cual representa un indicador de gravedad clínica. El hecho de que en algunos pacientes haya sido necesaria la intubación endotraqueal refuerza la asociación entre esta complicación y un estado sistémico crítico. La hipoxemia en el contexto de fístula enterocutánea puede explicarse por múltiples mecanismos. En primer lugar, muchos de estos pacientes cursan con sepsis abdominal, respuesta inflamatoria sistémica o shock séptico,

condiciones que alteran la perfusión tisular y el intercambio gaseoso, pudiendo evolucionar hacia síndrome de distrés respiratorio agudo. Asimismo, las pérdidas hidroelectrolíticas severas, el estado hipercatabólico y la desnutrición contribuyen al deterioro de la función muscular respiratoria, favoreciendo insuficiencia ventilatoria. Además, el antecedente de cirugías abdominales recientes, el dolor postoperatorio y la inmovilidad prolongada predisponen a complicaciones respiratorias como atelectasias, neumonía intrahospitalaria o tromboembolismo pulmonar, lo que puede explicar los episodios de desaturación. En pacientes críticos, la necesidad de intubación endotraqueal suele estar asociada a compromiso hemodinámico, deterioro del estado de conciencia o fracaso de la oxigenoterapia convencional, lo que incrementa el riesgo de morbimortalidad.

En el presente estudio, el 24,4% de los pacientes con fístula enterocutánea referían consumo de tabaco, lo que evidencia que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes presentaba este hábito nocivo. Aunque no constituye la mayoría de los casos, su proporción es clínicamente relevante debido al impacto fisiopatológico del tabaquismo en los procesos de cicatrización y recuperación postoperatoria. El consumo de tabaco se asocia con vasoconstricción periférica, disminución del aporte de oxígeno a los tejidos y alteración de la función de los fibroblastos, lo que compromete la síntesis de colágeno y retrasa la cicatrización de heridas quirúrgicas. En el contexto de cirugía abdominal, estos efectos pueden favorecer la dehiscencia de anastomosis intestinales y, en consecuencia, la formación de fístulas enterocutáneas. Además, el tabaquismo incrementa el riesgo de infecciones postoperatorias y complicaciones pulmonares, factores que pueden agravar la evolución clínica. Asimismo, el hábito tabáquico suele coexistir con otros factores de riesgo como desnutrición, enfermedad pulmonar crónica o comorbilidades cardiovasculares, que pueden influir negativamente en la respuesta inflamatoria y en la capacidad de recuperación del paciente. Por tanto, el tabaco podría actuar como un factor contribuyente dentro de un contexto multifactorial más amplio. Al respecto Alvarado¹⁰ demuestra en su estudio en Guayaquil una prevalencia de consumo de tabaco de (8%) es mas bajo que lo encontrado en el estudio que se debería a la prevalencia general de consumo de tabaco que en este país puede ser menor. Solari¹⁷ en Ica encuentra que el consumo de tabaco fue prevalente en estos pacientes que desarrolla fistulas posoperatorias, lo que fortalece los resultados del estudio, del mismo modo Quispe¹⁸ en su estudio en Ica demuestra alta prevalencia de tabaquismo en los pacientes con fistula entero cutpaneas.

En el presente estudio, las fístulas enterocutáneas de bajo flujo representaron el 40,5% de los casos, seguidas por las de alto flujo (31,3%) y las de flujo moderado (28,2%). Esta distribución muestra un ligero predominio de las fístulas de bajo débito; sin embargo, resulta relevante que cerca de un tercio de los pacientes presentara fístulas de alto flujo, lo cual implica un grupo

clínicamente más complejo y de mayor riesgo. El débito de la fístula constituye uno de los principales determinantes pronósticos. Las fístulas de bajo flujo suelen asociarse con mayor probabilidad de cierre espontáneo, menor pérdida de líquidos y electrolitos, y menor impacto nutricional, siempre que no existan factores adversos como sepsis persistente, obstrucción distal o enfermedad intestinal activa. En contraste, las fístulas de alto flujo generan importantes pérdidas de agua, sodio, potasio y proteínas, favoreciendo deshidratación, desequilibrios hidroelectrolíticos, hipoalbuminemia y desnutrición, lo que dificulta el cierre espontáneo y aumenta la necesidad de soporte nutricional especializado e incluso manejo quirúrgico diferido. El hecho de que el 31,3% de los pacientes presentara fístulas de alto flujo sugiere una proporción considerable de casos con mayor severidad clínica, asociados a localizaciones proximales del tracto gastrointestinal o a complicaciones postoperatorias complejas. Por su parte, el 28,2% de flujo moderado representa un grupo intermedio cuyo pronóstico dependerá en gran medida del control de la infección, el soporte nutricional adecuado y la estabilidad hemodinámica. Ticse¹⁵ en Lima demuestra que la edad mayor de 65 años (OR: 1,31; IC 95%: 1,02-1,68; $p < 0,05$) mostraron asociación significativa con la aparición de fístulas de alto débito

En el presente estudio, las reintervenciones quirúrgicas se realizaron en el 35,9% de los pacientes con fístula entero cutánea, lo que indica que aproximadamente uno de cada tres casos requirió un nuevo procedimiento quirúrgico durante su evolución. Este hallazgo refleja la complejidad clínica y la elevada carga de complicaciones asociadas a esta entidad. Las fístulas entero cutáneas, especialmente cuando son de alto flujo, se asocian a sepsis persistente, abscesos intraabdominales, obstrucción distal o falla en el cierre espontáneo, situaciones que pueden hacer necesaria una reintervención. Asimismo, la presencia de factores como desnutrición, hipoalbuminemia, infección activa o comorbilidades puede limitar el éxito del manejo conservador, obligando a un abordaje quirúrgico diferido una vez estabilizado el paciente. La tasa de reintervención observada puede interpretarse desde dos perspectivas. Por un lado, refleja la gravedad y complejidad de los casos atendidos, lo que es frecuente en hospitales de referencia que manejan complicaciones postoperatorias avanzadas. Por otro, pone en evidencia la necesidad de una adecuada selección del momento quirúrgico, ya que la cirugía precoz en un entorno inflamatorio activo se asocia con mayor riesgo de nuevas complicaciones y recurrencia de la fístula. Estos resultados demuestran lo que encuentro Echagüe¹¹ en Paraguay que indica que la mayor parte de las fístulas entero cutáneas son por complicación posterior a procedimientos quirúrgicos de carácter urgente. Solari (17) en Ica que los pacientes con fístula entero cutánea están en alto riesgo de ser reintervenidos.

En el presente estudio, entre los pacientes con fístula enterocutánea que fueron reintervenidos, el 40,4% no presentó complicaciones postoperatorias, lo cual indica que, en una proporción

importante, la reintervención pudo realizarse con resultados favorables. Sin embargo, más de la mitad de los casos presentó algún tipo de complicación, destacando la contaminación fecaloide (23,4%), la lesión de víscera hueca (21,3%) y la hemorragia (14,9%). La elevada frecuencia de contaminación fecaloide puede explicarse por el contexto anatómico y fisiopatológico en el que se realizan estas cirugías. Las reintervenciones en pacientes con fístula enterocutánea suelen efectuarse en un abdomen hostil, con adherencias densas, inflamación persistente y alteración de los planos anatómicos, lo que incrementa el riesgo de perforación intestinal y fuga de contenido entérico. Esta situación favorece la contaminación de la cavidad abdominal, aumentando el riesgo de sepsis y prolongando la recuperación. Por su parte, la lesión de víscera hueca (21,3%) es una complicación esperable en escenarios quirúrgicos complejos, donde la disección se realiza en tejidos friables y adheridos. Las múltiples cirugías previas y el proceso inflamatorio crónico distorsionan la anatomía normal, dificultando la identificación de estructuras y elevando el riesgo de lesiones inadvertidas. Esta complicación puede, a su vez, perpetuar el ciclo de nuevas fístulas o infecciones intraabdominales. La hemorragia postoperatoria (14,9%) también refleja la complejidad técnica de estas intervenciones, donde la neovascularización secundaria a inflamación y adherencias puede incrementar la fragilidad vascular. Aunque su frecuencia fue menor en comparación con otras complicaciones, representa un evento potencialmente grave que puede requerir manejo adicional. El hecho de que el 40,4% no presentara complicaciones demuestra que, pese al alto riesgo inherente, una planificación quirúrgica adecuada, la optimización nutricional previa y el control de la sepsis pueden mejorar significativamente los resultados. Esto refuerza la importancia de diferir la cirugía definitiva hasta alcanzar estabilidad clínica y condiciones metabólicas favorables. Chen (9) en un estudio en Reino Unido encuentra que las complicaciones posoperatorias en estos pacientes son prevalentemente de tipo séptico, la que no fue la prevalencia mayoritaria en este estudio, lo que podría deberse a las diferentes técnicas quirúrgicas que se emplean en cada institución, incluso el estudio de Cancharis (16) en Lima establece una tasa de mortalidad de 14,3%.

Finalmente se debe tener en cuenta que, los resultados obtenidos deben analizarse considerando ciertas restricciones inherentes al diseño metodológico empleado. Por su naturaleza observacional, retrospectiva y descriptiva, el estudio se orientó exclusivamente a la caracterización de variables, sin que sea posible establecer relaciones de causalidad ni identificar factores predictivos.

A su vez, la información se recolectó a partir de registros consignados en historias clínicas, lo cual podría haber condicionado variaciones en la calidad y completitud de los datos disponibles, generando potenciales imprecisiones derivadas del registro clínico original.

Aunque se contó con un número total de casos identificados durante el periodo de estudio, se optó por trabajar con una muestra calculada bajo criterios estadísticos previamente definidos. Si bien esta estrategia asegura representatividad dentro del margen de error establecido, la inclusión de la totalidad de los casos hubiera permitido incrementar la precisión de las estimaciones descriptivas.

V. CONCLUSIONES

- Entre las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025, se evidenció un perfil prevalente donde son la hipoalbuminemia, la edad adulta mayor a 44 años y con mayor frecuencia en el sexo masculino.
- Las características epidemiológicas, de los pacientes con fístula entero cutáneas son pacientes de edad correspondiente a mayores a 44 años, de sexo masculino y proceden de Ica.
- Respecto con las características clínicas de los pacientes con fístula entero cutáneas prevalece la diabetes mellitus tipo 2, la hipoalbuminemia, la desaturación y el consumo de tabaco.
- Entre las características quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas son el flujo moderado a alto de la fístula, contando con más del tercio de pacientes que se reintervienen, teniendo como complicaciones post reintervención sobre todo a la contaminación fecaloide.

VI. RECOMENDACIONES

- Considerando la frecuencia de alteraciones nutricionales observadas, sería adecuado fortalecer la de evaluación nutricional precoz en los pacientes quirúrgicos, con especial énfasis en la detección de la hipoalbuminemia. Asimismo, valorar el soporte nutricional temprano (enteral o parenteral según el caso) dentro del manejo integral hospitalario. Además, se sugiere un manejo multidisciplinario con el servicio de nutrición clínica considerando la complejidad clínica observada.
- Considerar una evaluación clínica de seguimiento en los pacientes mayores de 44 años, de sexo masculino y con presencia de diabetes tipo 2, dado que estas características se observaron con mayor frecuencia en la población estudiada.
- A partir de las características clínicas identificadas en los pacientes evaluados, resulta pertinente mantener una supervisión metabólica adecuada en aquellos con diabetes mellitus tipo 2 durante el periodo perioperatorio. Asimismo, podría promoverse orientación previa a la cirugía respecto al abandono del consumo de tabaco, así como una vigilancia continua de parámetros clínicos relevantes, según criterio médico institucional.
- A partir de los hallazgos relacionados con las características quirúrgicas y la frecuencia de reintervenciones observadas, resulta pertinente que la institución evalúe la actualización de sus orientaciones internas para el abordaje integral de las fístulas enterocutáneas. En este contexto, podría promoverse una valoración clínica individualizada antes de indicar nuevos procedimientos quirúrgicos, considerando la estabilidad general del paciente y su condición metabólica. Asimismo, se sugiere que la toma de decisiones terapéuticas se realice bajo un enfoque integral y especializado, acorde con la complejidad evidenciada en los casos analizados

VII. Referencias bibliográficas.

- 1.- Castrillón-Lozano, J. A.; Bonilla-Vergara, H. G.; Rivera-Pérez, M. Ángel. Fístula enterocutánea: Un Enfoque Desde Las Generalidades Y El Estado Nutricional. *Rev Colomb Cir* 2024, 39, 291-298.
- 2.- Echagüe T, Franco López J, Baruja R. Experiencia en el manejo de fístulas enterocutáneas postoperatorias en el Hospital Nacional del 2017 al 2022. *Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]*. 8 de junio de 2024 [citado 6 de noviembre de 2025];16(2):068-83. Disponible en: <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/161>
- 3.- Echagüe T, Franco López J, Baruja R. Experiencia en el manejo de fístulas enterocutáneas postoperatorias en el Hospital Nacional del 2017 al 2022. *Rev. Nac. (Itauguá) [Internet]*. 8 de junio de 2024 [citado 6 de noviembre de 2025];16(2):068-83. Disponible en: <https://revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/161>
- 4.- Rivera-Pérez MÁ, Reyes-Victoria CG, Pérez-Moran LE. Management of enteroatmospheric fistulas. *Rev Mex Coloproctol*. 2024;20(2):71-83. doi:10.35366/119578.
- 5.- Suazo Carmelo C. Manejo de fístula duodenal de alto flujo en paciente postoperado por isquemia duodeno-yeyunal. *Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú* 2022 19 (1) . Disponible en: <https://revistascgp.org/index.php/cirujano/article/view/13/12>
- 6.- Castrillón-Lozano J. Fístula enterocutánea: un enfoque desde las generalidades y el estado nutricional. *rev. colomb. cir. vol.39 no.2 Bogotá Mar./Apr. 2024* Epub June 12, 2023 <https://doi.org/10.30944/20117582.2327>
- 7.- Soeters P. Manejo quirúrgico y nutricional en enfermedades gastrointestinales. *Rev Med* 2023; 45 (2): 182-96. DOI: <https://doi.org/10.56050/issn.0120-5498>
- 8.- Rojo-Medina F. Fístulas intestino grueso, en un hospital de Chile 2022. *Rev. Med. y Hum Med*. 2022. revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl
- 9.- Chen C, Wang W, Chen F, Yang D, Wang P, Li Y. Infección del torrente sanguíneo en pacientes con fístula intestinal: un estudio retrospectivo Reino Unido. *Rev Inv. Q*. 2022;271:24-31. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.08.044>
- 10.- Alvarado De La Cruz DN, Giler Cedeño DW. Fístulas enterocutáneas postquirúrgicas, factores de riesgo y complicaciones en el hospital Guayaquil. Enero 2010 a diciembre del 2014. *Rev. fcm [Internet]*. 2022 [citado 20 de enero de 2025];3(2):15-25. Disponible en: <https://doi.org/10.53591/revfcm.v3i2.1818>
- 11.- Echagüe T, Franco López J, Baruja R. Experiencia en el manejo de fístulas enterocutáneas postoperatorias en el Hospital Nacional del 2017 al 2022. *Rev. Nac. (Itauguá)*. [Internet]. 2024

[citado 20 de enero de 2025];16(2):068-83. Disponible en: <https://www.revistadelnacional.com.py/index.php/inicio/article/view/161>

12.- Llopiz Parra R. Caracterización de las fístulas enterocutáneas posoperatorias. Rev Cubana Cir [Internet]. 2023 [citado el 20 de enero de 2025]; 62(1): Disponible en: <https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1461>

13.- Pérez Romero, F. Factores de riesgo en pacientes con fístulas enterocutáneas del servicio de cirugía general del hospital regional Honorio Delgado Espinoza durante el periodo 2001 – 2020. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021 [citado 20 de enero de 2025]. 43p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/13164>

14.- Yovera Risco, M. Rol de drenajes en apendicitis aguda complicada en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, abril del 2016 a abril de 2019, 2020. Paita, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 20 de enero de 2025]. 16 p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6137>

15.- Ticse León, T. Factores de riesgo asociados a fístulas enterocutáneas postquirúrgicas de alto flujo en pacientes operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el periodo 2012 – 2018 Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2020. 26p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/2932>

16.- Cancharis Calixto, A. Factores de riesgo asociados a fístula enterocutánea en colostomía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018 - 2019 . [trabajo de investigación de segunda especialidad en internet] Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2021 [citado 20 de enero de 2025]. 26p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/>

17.- Solari Abregu, C. Factores de riesgo asociados a la fístula enterocutánea en pacientes operados del tubo digestivo en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2024. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/7175>

18.- Quispe Vilchez, M. Factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022. URI <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4521>

19.- Aroni-Allcca M. Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía en un Hospital General de Ica, Perú. RMP. 2023; 12(3):105-113. Disponible en: <https://doi.org/10.35563/rmp.v12i3.551>

20.- Ghimire P. Management of Enterocutaneous Fistula: A Review. JNMA J Nepal Med Assoc. 2022 Jan 15;60(245):93-100. doi: 10.31729/jnma.5780. PMID: 35199684; PMCID: PMC9157672.

- 21.- Buzun WH, Pełka KI, Złotowska A, Łuczak J, Patkowski D, Pytrus T, Kofla-Dłubacz A. Fístula enterocutánea en un paciente con enfermedad de Crohn tras la internalización de un cuerpo extraño en el tracto gastrointestinal. *Revista de Medicina Clínica* . 2025; 14(7):2327. <https://doi.org/10.3390/jcm14072327>
- 22.- Gul V, Destek S. Sahin M. Análisis de las características de los pacientes y las causas etiológicas de las fístulas enterocutáneas y su impacto en la mortalidad hospitalaria: un estudio de cohorte retrospectivo de diez años. *Eur J Trauma Emerg Surg* 51,58(2025). <https://doi.org/10.1007/s00068-024-02733-2>
- 23.- Kaushal G, Anand S, Ranjan R, Bani R. (2023). Nutritional Management in the Compromised Gut: Short Bowel Syndrome, Enterocutaneous Fistula, and Stoma. *Journal of Nutrition Research*. 11(2): 38-46. https://doi.org/10.55289/jnutres/v11i2_23.20
- 24.- Härle C. Un estudio poblacional sobre la incidencia, etiología, tratamiento y resultados de la fístula enterocutánea. *Enfermedad colorrectal* Volumen 26, Número 11 págs. 1971-1982. <https://doi.org/10.1111/codi.17186>
- 25.- Phillips, A., Loh, E.J., Amico, F. (2023). Fístulas enterocutáneas y enteroatmosféricas. En: Cocolini, F., Catena, F. (eds.) *Manual de Cirugía General de Urgencias*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22599-4_91
- 26.- Brooks N. El impacto de las fístulas entéricas en los sistemas hospitalarios de EE. UU. *La Revista Americana de Cirugía* Volumen 221, Número 1 ,enero de 2021, páginas 26-29. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.06.017>
- 27.- Almothafar B. The study of enterocutaneous fistula management, in AlSader teaching hospital, Al Najaf, Iraq. *Boletín del Instituto Nacional de Ciencias de la Salud*. Volume 140, Issue 02, May, 2022
- 28.- Pepe G, Chiarello MM, Bianchi V, Fico V, Altieri G, Tedesco S, Tropeano G, Molica P, Di Grezia M, Brisinda G. Fístulas enterocutáneas y enteroatmosféricas: conocimientos sobre el tratamiento mediante terapia de heridas con presión negativa. *Revista de Medicina Clínica* . 2024; 13(5):1279. <https://doi.org/10.3390/jcm13051279>
- 29.- Joshi R. The gastrointestinal breach: understanding enterocutaneous fistula *International Surgery Journal Report* [Internet]. 2023; [citado el 20 de enero de 2025]; 10(11) 1870 - 1873 . Available in: <https://doi.org/10.18203/2349-2902.isj20233360>
- 30.- Castrillón-Lozano J. Fístula enterocutánea: un enfoque desde las generalidades y el estado nutricional. *rev. colomb. cir.* 2024;; 39(2): 291 - 298. Disponible en: <https://doi.org/10.30944/20117582.2327>

- 31.- Cueto Ortecho, M. Manejo nutricional en fístula enterocutánea Hospital San Juan de Lurigancho 2010 – 2021. Lima , Perú: Universidad San Martín de Porres; 2022. 25 p. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/10697>
- 32.- Vladova P. Acquired enterocutaneous fistulas: classification and treatment. *J Biomed Clin Res* Volume 15 Number 2, 2022. file:///Y:/Kingston/Descargas/JBCR-15-105_article-34634_en_1.pdf
- 33.- Joshi RM et al. The gastrointestinal breach: understanding enterocutaneous fistula. *International Surgery Journal Int Surg J.* 2023 Nov;10(11):1870-1873. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20233360>
- 34.- Gefen, R., Garoufalia, Z., Zhou, P. et al. Tratamiento de la fístula enterocutánea: una revisión sistemática y un metaanálisis. *Tech Coloproctol* 26 , 863–874 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10151-022-02656-3>
- 35.- Noori I. Fístulas enterocutáneas postoperatorias: resultados del tratamiento en 23 pacientes consecutivos. *Anales de Medicina y Cirugía Volumen 66* ,junio de 2021, 102413. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102413>
- 36.- Härle K, Börjesson S, Hallböök O, Myrelid P, Thylén I (2023) Experiencias de profesionales sanitarios en la atención a pacientes con fístula enterocutánea en el hospital y en el domicilio: Un estudio cualitativo. *PLoS ONE* 18(5): e0284782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284782>
- 37.- Byrne, JP, Braslow, B., Rivera, M. (2022). Fístula enterocutánea. En: Zielinski, MD, Guillamondegui, O. (eds.) *El manejo agudo de la enfermedad quirúrgica*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-07881-1_21
- 38.- Goodwin, M., Panait, L. (2025). Cirugía de la pared abdominal en el contexto de una fístula enterocutánea. En: Novitsky, YW (eds.) *Cirugía de hernia*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-89848-8_48
- 39.- Limb Cr. Intestinal failure in gastrointestinal fistula patients. *Surgery (Oxford)* [Internet]. 2024; [citado el 20 de enero de 2025]; 42(1): p. 42 – 50. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2023.11.002>
- 40.- Phillips, A., Loh, E.J., Amico, F. Enterocutaneous and Enteroatmospheric Fistulae. In: Coccolini, F., Catena, F. (eds) *Textbook of Emergency General Surgery* [Internet]. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2023[citado el 20 de enero de 2025]. p. 1337–1350. Available in: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-22599-4_91
- 41.- Ekani Boukar, Y. Prevalencia, tratamiento y resultados de las fístulas enterocutáneas en el Hospital Regional de Buea y el Hospital Laquintinie de Douala . Un estudio retrospectivo de

cinco años. *Surgical Science* [Internet]. 2023; [citado el 20 de enero de 2025]; 14 ; 17-29. Disponible en: doi: 10.4236/ss.2023.141003

42.- Montalvo-Jave E. Síndrome compartimental abdominal: conceptos actuales y manejo. *Revista de Gastroenterología de México* [Internet]. 2020; [citado el 20 de enero de 2025]; 85(4): p. 443-451. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.03.003>

43.- Zurrucanday, S. Manejo de sepsis abdominal con bolsa de Bogotá, revisión de caso. *Archivos de medicina, salud y educación médica* [Internet]. 2024; [citado el 20 de enero de 2025]; 3(1). Disponible en: <https://archivosdemedicina.uat.edu.mx/index.php/nuevo/article/view/64>

44.- Vanzant E, Thompson A, Mendoza A, Yeh D. Manejo actual de la fístula. Cuidados críticos de opinión actual [Internet]. 2024; [citado el 20 de enero de 2025]; 30 (2): p. 172-177. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000001147>

45.- Gomez Garnica D. Riesgo de formación de fístula en pacientes con anastomosis intestinal asociado al uso con la terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C.) en pacientes con abdomen abierto [Trabajo de investigación en Internet]. Bogotá , Colombia: Universidad Militar Nueva Granada Hospital Militar Central; 2021 [citado el 20 de enero de 2025]. 23 p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/37816>

46.- Turhan, MA, Rencüzoğulları, A., Bozbiyık, O. et al. Fístulas enterocutáneas: resultados del tratamiento y factores de riesgo de persistencia: un estudio retrospectivo multicéntrico. *Eur Surg* (2025). <https://doi.org/10.1007/s10353-025-00914-w>

47.- Fuglestad M. Tratamiento médico y quirúrgico de la fístula enterocutánea. *Seminarios en Cirugía de Colon y Recto*. Volumen 34, Número 4 ,diciembre de 2023, 100987. <https://doi.org/10.1016/j.scrs.2023.100987>

48.- Maldonado Lopez J. Advances in minimally invasive surgical techniques for the management of enterocutaneous fistula: a systematic review of clinical and postoperative outcomes. *International Journal of Research in Medical Sciences*

Lopez JEM et al. *Int J Res Med Sci*. 2025 Feb;13(2): DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20250008>

49.- Denicu MM, Cartu D, Ciorbagiu M, Nemes RN, Surlin V, Ramboiu S, Chiuțu LC. Opciones terapéuticas en la fístula enterocutánea posoperatoria: una serie de casos retrospectiva. *Medicina* . 2022; 58(7):880. <https://doi.org/10.3390/medicina58070880>

50.- Smith T. Los tapones de fístula enterocutánea de matriz extracelular son prometedores para las fístulas colcutáneas y enterocutáneas de bajo flujo. *Revista de radiología vascular e*

intervencionista Volumen 32, Número 1 ,enero de 2021, páginas 128-134.
<https://doi.org/10.1016/j.jvir.2020.08.033>

51.- Mehta, A., Vaizey, C., Nightingale, J.D., Carlson, G. (2023). Insuficiencia intestinal quirúrgica aguda. Sepsis y fístulas enterocutáneas. En: Nightingale, J.M. (eds.) Insuficiencia intestinal. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22265-8_5

52.- Sun R, et al. Un tratamiento alternativo de presión negativa para la fístula enteroatmosférica resultante de una fuga del intestino delgado causada por dehiscencia de la incisión. Heliyon, Volumen 9, Número 11, e22045

VIII Anexos

8.1. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuáles son las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características epidemiológicas, de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025? ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025? ¿Cuáles son las características quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025</p> <p>Objetivos específicos Determinar las características epidemiológicas, de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025 Determinar las características clínicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025 Determinar las características quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025</p>	<p>Hipótesis general No aplica por tratarse de una investigación que describirá las características de los pacientes con fístula enterocutánea.</p>	<p>Variable de estudio Fistula enterocutánea</p> <p>Variables de caracterización Características epidemiológicas Edad Sexo Procedencia Características clínicas Diabetes mellitus Hipoalbuminemia Desaturación Consumo de tabaco</p> <p>Características quirúrgicas Complicaciones intraoperatorias Estadio clínico de la patología Reintervenciones</p>	<p>Tipo. Investigación no experimental retrospectiva, descriptiva y transversal.</p> <p>Nivel. Descriptiva</p> <p>Diseño. Descriptivo</p> <p>Población. Son los pacientes que desarrollaron fistula enterocutánea después de haber sido operado por patología intraabdominal que son 198 del 2022 al 2025.</p> <p>Muestra n= 131 pacientes con fistula enterocutánea</p> <p>La técnica: Documental</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Procesamiento de datos. Los datos recolectados serán transferidos al software estadístico SPSS versión 29. Los resultado se presentarán en tablas descriptivas en las que se consignarán tanto los valores absolutos como los porcentajes las medias la media, la mediana y la moda.</p>

8.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo de variable	Categoría	Instrumento
Variable de estudio Fístula enterocutánea	Comunicación documentada entre tracto gastrointestinal y piel, confirmada por exploración física o imagenología, localizada en sitio de incisión quirúrgica previa	SÍ” cuando en la historia clínica se documente: Presencia de salida persistente de contenido enteral (bilioso, intestinal, fecaloideo) a través de: La herida operatoria, Una zona de la pared abdominal, Un orificio cutáneo nuevo	Criterio clínico	Cualitativa nominal dicotómica	Presente	Ficha de datos
Variables independientes Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta la fecha de admisión al hospital (o al inicio del estudio), expresado en años completos	Se registrará la edad en años cumplidos al momento de: El ingreso hospitalario por el cuadro relacionado con la fístula, El dato se obtendrá de la historia clínica.	Edad	Cualitativa ordinal	< de 30 años 30 a 44 años 45 a 60 años > 60 años	Ficha de datos
Sexo	Sexo biológico del paciente, clasificado según se registra en la historia clínica (masculino/femenino).	Se registrará según lo consignado en la historia clínica.	Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Ficha de datos
Procedencia	Lugar de origen o residencia habitual del paciente, en términos geográficos que permite describir el perfil epidemiológico y el acceso a servicios de salud.	Procedencia urbana (reside en zona urbana de la ciudad sede del hospital). Procedencia rural (reside en área rural / distrito rural).	Lugar	Cualitativa nominal politómica	Ica distrito Otro distrito Otra provincia	Ficha de datos
Diabetes mellitus	Trastorno metabólico crónico caracterizado por hiperglucemia persistente debida a defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina, o en ambos.	SÍ” cuando en la historia clínica se registre: Diagnóstico explícito de “diabetes mellitus” o Tratamiento regular con hipoglucemiantes orales y/o	Antecedente	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Ficha de datos

		insulina por diagnóstico de DM, o Antecedentes documentados de glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL en dos ocasiones o HbA1c $\geq 6,5$ %, acompañados del diagnóstico de DM en la historia.				
Hipoalbuminemia	Disminución de la concentración de albúmina sérica por debajo del rango normal (habitualmente $< 3,5$ g/dL).	Valor de albúmina sérica medido en laboratorio dentro de los 7 días previos o 48 h posteriores al diagnóstico de la fístula sea: $< 3,5$ g/dL.	Nivel de albúmina	Cualitativa nominal dicotómica	$< 3,5$ g/dL. $\geq 3,5$ g/dL.	Ficha de datos
Desaturación	Episodio en el que la saturación de oxígeno (SpO ₂) en sangre arterial o capilar, medida por pulsioximetría o gasometría, desciende por debajo de un umbral clínicamente significativo (< 90 %), indicando hipoxemia.	SÍ" cuando, durante la hospitalización relacionada con la fístula o cirugía índice: Se registre en la hoja de enfermería, monitoreo o nota médica: SpO ₂ < 90 % en aire ambiente o con el soporte de oxígeno habitual del paciente.	Saturación	Cualitativa nominal dicotómica	SpO ₂ < 90 % SpO ₂ ≥ 90 %	Ficha de datos
Consumo de tabaco	Hábito de consumo de productos del tabaco (principalmente cigarrillos), con inhalación regular de humo, actual o pasado.	SÍ" cuando en la historia clínica se documente: Fumador actual (diario u ocasional), o Exfumador con antecedente de hábito tabáquico, según lo consigne el médico en antecedentes.	Consumo	Cualitativa nominal dicotómica	Consume No consume	Ficha de datos
Complicaciones intraoperatorias	Cualquier evento adverso no planificado que ocurre durante el acto quirúrgico y que altera el curso normal del procedimiento, incrementa la complejidad técnica, prolonga el tiempo operatorio o compromete la seguridad del paciente.	Evento adverso posoperatoria registrado en la historia clínica	Evento	Cualitativa nominal politómica	Ninguna Hemorragia intraoperatoria Lesión iatrogénica de víscera hueca o sólida Lesión vascular significativa	Ficha de datos

					Contaminación fecaloidea no prevista	
Estadio clínico de la patología	Grado de severidad y extensión anatómica y fisiopatológica de la enfermedad al momento de la evaluación preoperatoria, considerando compromiso local, sistémico y presencia de complicaciones asociadas.	Se clasificará según criterios clínicos y flujo de la fístula	Estadio	Cualitativa ordinal	Débito bajo (<200 ml/24 h) Débito moderado (200–500 ml/24 h) Débito alto (>500 ml/24 h)	Ficha de datos
Re intervenciones	Número de cirugías adicionales no planificadas realizadas después de la cirugía índice, durante el mismo episodio de hospitalización, motivadas por complicaciones o mala evolución (incluida la propia fístula).	Se contabilizarán las reintervenciones abdominales (laparotomías, laparoscopias de revisión) realizadas.	Reintervenciones	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Ficha de datos

8.3. Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

1.- Ficha N° _____

2. **Fístula enterocutánea** (SÍ” cuando en la historia clínica se documente: Presencia de salida persistente de contenido enteral (bilioso, intestinal, fecaloideo) a través de: La herida operatoria, Una zona de la pared abdominal, Un orificio cutáneo nuevo)

Presente

3. **Edad** _____ años

< de 30 años

30 a 44 años

45 a 60 años

> 60 años

4. **Sexo**

Masculino

Femenino

5. **Procedencia**

Ica distrito

Otro distrito

Otra provincia

6. **Diabetes mellitus**

Si

No

7. **Hipoalbuminemia**

< 3,5 g/dL.

≥ 3,5 g/dL.

8. **Desaturación**

SpO₂ < 90 %

SpO₂ ≥ 90 %

9. **Consumo de tabaco**

Consume

No consume

10. Estadio clínico de la patología

Débito bajo (<200 ml/24 h)

Débito moderado (200–500 ml/24 h)

Débito alto (>500 ml/24 h)

11. Reintervenciones

Si

No

12. Complicaciones intraoperatorias

Ninguna

Hemorragia intraoperatoria

Lesión iatrogénica de víscera hueca o sólida

Lesión vascular significativa

Contaminación fecaloidea no prevista

8.4. Validación de instrumento por expertos

TÍTULO: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fistula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Fernando Castañeda Ponce
 1.2 Cargo e institución donde labora: Cirujía General - HRA
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: YOMIRA MAIZA SARMIENTO PALOMINO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 28 de diciembre del 2025

Firma del Experto


 Dr. Fernando Castañeda Ponce
 CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPIA
 CMP 41619 - RNE 22714

TÍTULO: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fístula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Harry Leveau Bartra
 1.2 Cargo e institución donde labora: Ciudadano - HRS
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: YOMIRA MAIZA SARMIENTO PALOMINO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98

Lugar y Fecha: Ica, 28 de diciembre del 2025

Firma del Experto



Dr. Harry Leveau Bartra PhD
 CMP. 27304 RNE. 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA
 Dr. Mg. SALUD PUBLICA
 Phd. Investigación Bioestadístico

TÍTULO: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fistula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Pedro Arcos Morón
 1.2 Cargo e institución donde labora: Cirujano General - HRS
 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
 1.4 Autor (a) del instrumento: YOMIRA MAIZA SARMIENTO PALOMINO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
 APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 18 de dicubre del 2025

Firma del Experto


PEDRO ARCOS MORÓN
 Cirujano General y Laparoscópica
 CMP 45231 RNE 32492

TÍTULO: Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de los pacientes con fistula entero cutáneas del Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Luis Enrique Ticona Claros Huin
- 1.2 Cargo e institución donde labora: C. Myano - HIRI
- 1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.4 Autor (a) del instrumento: YOMIRA MAIZA SARMIENTO PALOMINO

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los items.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:
APLICABLE**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 28 de ~~AGO~~ del 2025

~~HOSPITAL REGIONAL DE ICA~~

LUIS ENRIQUE TICONA CLAROS
CIRUJANO GENERAL DE APARATO PAROSCOPICO

8.5. Autorización del establecimiento de salud y comité de ética



GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 068 -2026-HR/DE.



Resolución Directoral

Ica, 06 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-001944-001, que contiene el Memorando N° 113-2026-HR/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 031-2026-GORE-DIRESA-HR/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 031-2025-GORE-DIRESA-HR/OADI, de fecha 30 de enero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES CON FISTULA ENTERO CUTANEAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 A 2025"**, presentado por la investigadora: **SARMIENTO PALOMINO YOMIRA MAIZA**, alumna de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 30 de enero del año 2026.

Que, con Memorando N° 113-2026-HR/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 031-2026-GORE-DIRESA-HR/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del
---/111



III.-

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.



SE RESUELVE:



ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:



N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
01	"CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS, CLINICAS Y QUIRURGICAS DE LOS PACIENTES CON FISTULA ENTERO CUTANEAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 A 2025"	- SARMIENTO PALOMINO YOMIRA MAIZA

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los Interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese.


Dr. CARLOS J. CERVERA MENDOZA
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRH
DIRECCIÓN N° 000270

8.6. Evidencias Fotográficas

