



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/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:

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022

Presentado por:

ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO

ESTUDIANTE del nivel de **PRE GRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **11%** 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, 04 de enero del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”



TESIS

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022

Línea De Investigación

Salud Pública Y Conservación Del Medio Ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

Autor:

BACH. ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO

Asesor:

DR. CÁCERES BELLIDO, FERMÍN ELEODORO

Ica – Perú

2024

Dedicatoria

Con todo cariño va dedicado a mis padres. En especial a mi madre, quien no tuvo la misma oportunidad que yo, para convertirse en una grandiosa Médico. A pesar de todo, para mi eres una maravillosa Doctora.

Agradecimientos

A mis padres, por guiarme con sabiduría durante todos estos años. Gracias por tanto amor y cariño. Asimismo, agradecer a mis maravillosas hermanas por acompañarme durante este largo camino.

También agradecer a todos mis maestros por todos sus conocimientos compartidos en cada una de sus clases en las aulas y en los diferentes hospitales. Mi aprecio y gratitud infinito para todos ellos.

Índice

Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Índice	IV
Índice de contenidos	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. Introducción	9
II. Estrategia metodológica	22
III. Resultados	25
IV. Discusión	32
V. Conclusiones	35
VI. Recomendaciones	36
VII. Referencias bibliográficas	37
VIII. Anexos	40

Índice de tablas.

Tabla 01: Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía	Pág. 25
Tabla 02: Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía en los pacientes identificados.	Pág. 27
Tabla 03: Frecuencia de la fistula enterocutánea en colostomía	Pág. 28
Tabla 04: Características antropométricas de los pacientes	Pág. 29
Tabla 05: Características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía.	Pág. 30
Tabla 04: Factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía.	Pág. 31

Índice de figuras.

Figura 01: Frecuencia de fístula enterocutánea en colostomía	Pág. 41
Figura 02: Frecuencia del Sexo	Pág. 42
Figura 03: Frecuencia del IMC	Pág. 43
Figura 04: Grupo Etario de los pacientes	Pág. 44

Resumen

Objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022.

Metodología: Diseño de tipo cuantitativo observacional analítico correlacional transversal.

Resultados: Establecemos que de los 115 pacientes estudiados, 15 presentaron fístula enterocutánea en colostomía, considerando ambos sexos y todas las edades. La frecuencia de fistula enterocutánea en colostomía, fue del 13,00% del total de pacientes estudiados, mientras que los que no presentaron fue del 87,00%. Los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía en los casos que se presentaron fueron: El 46,67% presentó Hipoalbuminemia, el 40,00 % presentó ASA IV, el 93,33% presentó Sepsis, el 60,00% presentó uso de drenaje, el 80,00 % presentó Cáncer, el 80,00% presentó Enfermedad Intestinal y el 20,00% presentó tuberculosis. Las características antropométricas de los pacientes según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fue representado por personas mayores de 80 años. Y según el sexo, el 40,00% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino representó el 60,00%. Según el IMC se observó que el 11.30% de los pacientes padecieron de obesidad, el 44.35% tuvieron un Peso normal y el 44.35% padecieron de sobrepeso. Los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía se identificó la hipoalbuminemia OR=10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; y el cáncer OR=24,750.

Conclusión: Los principales resultados de los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía establecieron que la hipoalbuminemia OR=10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; el cáncer OR=24,750 la tuberculosis OR=6,000; y la enfermedad intestinal OR=6,000, como resultados ideales. Además de la edad mayor a 61 años y el sobrepeso.

Palabras clave: Fístula enterocutánea, factores de riesgo, cirugía abdominal

Abstract.

Objective: Determine the risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022.

Methodology: Quantitative observational analytical correlation cross-sectional design.

Results: We establish that of the 115 patients studied, 15 presented enterocutaneous fistula in colostomy, considering both sexes and all ages. The frequency of enterocutaneous fistula in colostomy was 13.00% of the total patients studied, while those who did not present it was 87.00%. The risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy in the cases that occurred were: 46.67% presented Hypoalbuminemia, 40.00% presented ASA IV, 93.33% presented Sepsis, 60.00% presented use of drainage, 80.00% presented Cancer, 80.00% presented Intestinal Disease and 20.00% presented tuberculosis. The anthropometric characteristics of the patients according to age, 4.35% were under 18 years of age, 9.57% were from 18 to 40 years, 27.83% were from 41 to 60 years, 40.87% They were between 61 and 80 years old and 17.39% were represented by people over 80 years old. And according to sex, 40.00% was represented by the male sex while the female sex represented 60.00%. According to the BMI, it was observed that 11.30% of the patients suffered from obesity, 44.35% had a normal weight and 44.35% suffered from overweight. The risk factors for high flow in patients with enterocutaneous fistula in colostomy were hypoalbuminemia OR=10.063; ASA IV OR=8.857; sepsis OR=73,500; use of drainage OR=15.167; and cancer OR=24.750.

Conclusion: The main results of the risk factors associated with enterocutaneous fistula in colostomy established that hypoalbuminemia OR=10.063; ASA IV OR=8.857; sepsis OR=73,500; use of drainage OR=15.167; cancer OR=24,750 tuberculosis OR=6,000; and intestinal disease OR=6,000, as ideal outcomes. In addition to being over 61 years old and overweight.

Keywords: Enterocutaneous fistula, risk factors, abdominal surgery

I. INTRODUCCIÓN.

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar en los procesos quirúrgicos tenemos la presencia de las fistulas enterocutáneas que son uno de los problemas que implica el ingreso del paciente al hospital por un periodo de dos a tres meses, durante los años 60 la incidencia en la mortalidad era elevada del 40 al 65% de los casos, datos actuales han identificado que es del 6 al 21%. En uno de los países de Centroamérica como México la incidencia de las fistulas del sistema digestivo van del 20 al 30% en los diferentes rangos etarios.(1)

En nuestro país, no es muy amplio el estudio de la etiología y factores de riesgo de las fístulas enterocutáneas, sin embargo, es importante considerar que en el período de 10 años de un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) se registraron 284 fistulas, con fístulas externas postoperatorias del tracto gastrointestinal desde el esófago hasta el recto provenientes de 5561 pacientes, los mismos que representan el 5.1%. (19,20)

La presencia de las fistulas enterocutáneas dentro de los problemas que aborda el cirujano como todos los profesionales, tiene una implicancia física y emocional en el paciente y la familia, por lo que siempre se debe de considerar como una de las posibles complicaciones de las intervenciones de un 75 a 90% de las intervenciones con una incidencia del 0.8 al 2% de las intervenciones de la cavidad abdominal.(2)

Con el pasar de los años el incremento de la expectativa de la vida de las personas ha ido aumentando con lo que el desarrollo de las cirugías cada vez son más complejos debido a que la aparición de los síntomas o complicaciones atribuyen a las fistulas enterocutáneas una incidencia de mortalidad del 15 hasta el 37%, lo que en ocasiones su incremento va hasta un 60%, cuando tiene factores que se relacionan de manera directa como la presencia de sepsis, desnutrición y alteraciones hidroelectrolíticas. A su vez se reportan mortalidades (con y sin tratamiento quirúrgico) de 62% para fístulas gastroduodenales, de 54% para fístulas de intestino delgado y de 16% para fístulas de intestino grueso y colón. (3,19)

La presencia de la fístula enterocutánea tiene incidencia del 10% de los pacientes que son sometidos a una intervención de colostomía terminal, la elección de estos pacientes por la realización de este tipo de intervención se encuentra basado en el proceso de recuperación, para minimizar las complicaciones, este tipo de pronóstico tiene una relación directa con la ubicación de la fístula y las características propias del paciente. (4)

Se tiene en consideración que del 75% hasta un 90% de las fistulas enterocutáneas se presenta por la realización de algún tipo de procedimiento quirúrgico que tiene algún error en el procedimiento en donde la mortalidad se ve reflejada del 15 hasta el 37% a nivel mundial.(5)

Las fistulas enterocutáneas son una patología común dentro de la cirugía pese a los diferentes avances que se tienen con una tasa de mortalidad de 5 al 20%, debido que en algunas ocasiones tienen una relación directa con la sepsis, cambios nutricionales y alteraciones en el equilibrio electrolítico.(6)

Las fistulas enterocutáneas va a ser uno de los problemas que aborda el cirujano debido a que si no es manejado de manera adecuada puede conllevar a la presencia de complicaciones, es vital la identificación de las características que puedan establecer un incremento de los factores de riesgo para poder detectarlos de iniciar el tratamiento de tipo terapéutico oportuno. Además, resaltar que el estudio de mayor utilidad en esta primera instancia será la tomografía computarizada. En lo posible, realizarla con contraste oral y endovenoso. Esto permitirá investigar presencia de colecciones intraabdominales evaluando posibles accesos percutáneos, cuerpos extraños, ubicación de la fístula, presencia de trayecto y de cavidades intermedias.(7)

El desarrollo de la fístula enterocutánea parte de la identificación de un trayecto anormal dentro del sistema gastrointestinal y a nivel de la piel, la presencia de estas fístulas pueden tener condiciones directas como la malignidad, exposición algún tipo de radiación, presencia de condiciones inflamatorias como la enfermedad gastrointestinal que son una de las alteraciones más comunes en intervenciones quirúrgicas.(8)

En el caso de la presentación de esta patología posterior a una intervención quirúrgica va a ser identificada por la presencia de contenido intestinal a través de la lesión y al mismo tiempo identificado por la visualización del drenaje que parte como punto de la fístula enterocutánea, teniendo en consideración la existencia de una conexión anormal del sistema digestivo - piel con la herida.(9)

El desarrollo de una fístula enterocutánea es una entidad que debe ser manejada por el cirujano ya que es una patología muy frecuente y que podría resolverse el problema cuando se maneja de manera adecuada minimizando la presencia de complicaciones como la sepsis y los trastornos hidroelectrolíticos.(10)

1. Moreno E, España, 2022. Estableció como objetivo de su investigación la identificación de las patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad de Crohn como parte de los criterios de realización de una ileostomía que parte del desarrollo de una alteración anatómica - fisiológica de un paciente. El desarrollo de las complicaciones postoperatorias fundamenta su objetivo en el control y seguimiento del paciente para poder identificar cada una de las que pueden ser considerados los factores determinantes para el riesgo de una complicación, siendo de vital importancia conocer las características de estos pacientes y las complicaciones derivadas de la cirugía. Para esto es importante impartir la educación y cuidados especiales para tranquilidad del paciente y de la familia.(11)
2. Cruz y Cedeño, Ecuador, 2022. Estableció la incidencia de esta patología (fistula enterocutánea) en menos del 10% de los casos dependiendo la cirugía que se realiza y los componentes que están relacionados como la edad, sexo, etnia, en donde la población estableció que el resultado de la implicancia de una peritonitis del tipo difuso y la presencia del desarrollo de una sepsis establece patrones de mortalidad entre el uno y el 15% en la patología, fundamentalmente incrementó en el postoperatorio hasta en 80 - 90% de las intervenciones que son realizadas de emergencia, representando un nivel de mortalidad del 15 al 25%, con 80 % de cierres espontáneos, utilizando como parte del tratamiento la

nutrición parenteral. Del total de los casos de ingreso al hospital en un 44% representó pacientes de los 41 hasta los 60 años identificando la media de edad de 48.35 años, los principales factores de riesgo que fueron identificados en estos pacientes fue la presencia de alcoholismo en el 36%, presencia de desnutrición severa en el 27%, consumo de tabaco en el 8%, drogadicción en el 7%, diagnóstico de VIH en el 7%, cáncer intrabdominal en el 5%, cáncer de pulmón en el 4% como los más relevantes de la fistula enterocutánea.(12)

3. Roherich y Armado, México, 2022. Planteó como objetivo la valoración de los factores más frecuentes asociados al desarrollo de las fístulas enterocutáneas en el post operatorio. La metodología establecida fue mediante un modelo retrospectivo transversal analítico. Los hallazgos identificados establecieron un total de 37.5% mujeres, 62.5% varones, con un rango de edad de 47.87 años, la presencia de factores de riesgo como neoplasias en el 20%, presencia de inmunosupresión 27.5%, intervenciones de urgencia 65%, desarrollo de cirugía abdominal 70% con sepsis abdominal 47.5%, tratamiento quirúrgico 45%, desarrollo de tratamiento médico 55%. De la totalidad de casos el 50% presentaron complicaciones directas, 50% de los pacientes presentaron desnutrición, la mortalidad de los pacientes identificada en el 100% de los casos presentaron algún factor de riesgo directo que complicó el proceso de recuperación. (13)

4. Vargas A, México, 2022. Planteó como objetivo de su estudio determinar los factores asociados al cierre espontáneo de las fístulas enterocutáneas. El proceso metodológico fue con un modelo observacional descriptivo transversal retrospectivo. Los hallazgos del estudio establecieron que la edad promedio de los pacientes fue de los 41 más menos 16 años, presentando una incidencia superior en la población masculina del 52.4%, estableciendo enfermedades como la diabetes tipo 2 52.4%, hipertensión arterial en el 10.3%, presencia de dislipidemia en el 15.1%, presencia de obesidad 7.9%, cáncer en el 11.1%, por lo que establecieron como parte de la intervención quirúrgica el 50.8% de los casos, incrementando el proceso de estancia hospitalaria hasta más de 30 días y en donde

la presencia de un abdomen abierto se presentó en el 43.7% de los pacientes que presentaron peritonitis, seguido la presencia con alimentación parenteral en el 50.8% de los casos, presencia de fístulas a nivel del colon en el 31%, a nivel de íleon 26.2%, yeyuno 16.6%, llegando a la conclusión que el pronóstico de cierre de las fistulas enterocutáneas a nivel del colon presenta un mayor índice de recuperación en comparación con las fístulas de otras partes del tracto digestivo en donde tienen que ver los criterios de reinversión, periodo de estancia hospitalaria, estado del abdomen y el antecedente previo de la presencia de peritonitis.(14)

5. Martínez S, México, 2021, estableció como objetivo de su estudio determinar si existe relación entre la puntuación de CONUT y la duración de una fístula enterocutánea. El proceso metodológico fue con un modelo observacional retrospectiva descriptiva en donde los hallazgos del estudio establecieron la presencia de una conexión débil entre los días de la duración de la fístula y la puntuación de la escala, todo esto al presentar un valor de $p = 0.772$, con lo que establece como condición que el estado nutricional del paciente favorece el cierre de la fístula y que la puntuación de la escala es una herramienta que nos permite establecer un nivel de nutrición sin embargo no nos permite valorar de manera adecuada el pronóstico del cierre de la fístula enterocutánea en el paciente.(15)
6. Diaz P, et al, España, 2020. Estableció como objetivo de su estudio el manejo de la guía clínica para recomendar ciertos criterios para el manejo de la terapia nutricional de los pacientes con el diagnóstico de fístula enterocutánea, con lo que establece como un reto nuevo el manejo interdisciplinario para la optimización del estado nutricional, en donde este manejo permite el desarrollo de las características que son representadas en la experiencia de la persona focalizando un manejo integral de la fístula enterocutánea en donde parte el manejo médico y el quirúrgico, no la terapia nutricional, donde la valoración de cada uno de los requerimientos van a ser controlados mediante la vía de administración

manejo de la terapia antibiótica que debe estar bien definida para cada paciente de manera individualizada.(16)

7. Diaz D, et al, Colombia, 2019. Estableció como objetivo de su investigación evaluar y comparar la efectividad del tratamiento de la fístula enterocutánea con el manejo en dos IPS. El proceso metodológico fue mediante un modelo retrospectivo descriptivo de revisión de las historias clínicas. Se identificó que dentro de los pacientes tenían características que van relacionados con la mortalidad y los reingresos, con la valoración del coste efectividad y las comorbilidades similares. Establecieron como conclusión que los valores absolutos y porcentuales favorece un mejor pronóstico para los pacientes de clínica privada, lo anterior puede tener explicación en las características de su población y a la carga de comorbilidades. Destacan los criterios para el desarrollo de un cáncer y en donde los mejores pronósticos se encuentran relacionados con los pacientes con una clínica inicial por lo que en estos pacientes deben de concretarse los mayores criterios de manejo para los insumos y la valoración clínica y hospitalaria.(17)
8. Duran M, España, 2019. Estableció que la presencia de las fístulas enterocutáneas y más aún el desarrollo de la fístula enteroatmosférica son las que presentan una mayor complejidad en cuanto al manejo del tratamiento individualizado y sobre todo multidisciplinar, en dónde se tiene que tener en consideración los manejos hidroelectrolíticos del paciente, el control nutricional y el manejo de la terapia antibiótica de manera que permita el control de las bacterias, por toda esta razón el cirujano tiene que tener el conocimiento y el manejo de diferentes dispositivos que le permitan aplicar de acuerdo a las necesidades de cada paciente para un tratamiento conservador, y en caso no funcione optar por un tratamiento quirúrgico. Donde cada momento es diferente para poder identificar la condición y el manejo ideal.(18)

9. Cancharis C, Perú (Lima), 2021. Identificó en esta investigación los reportes quirúrgicos relacionado a la mortalidad global de los pacientes con fístulas enterocutáneas en un 14.3%, en donde la mayoría de pacientes tenían fístulas a nivel del intestino delgado, seguido de los pacientes que presentaban fistulas a nivel del colon, además de vesícula biliar en donde los niveles de mortalidad eran superiores, al mismo tiempo tenemos que la mortalidad en este tipo de pacientes de intestino delgado supera el 18.18% y que no se presentaban recidivas en pacientes con fístulas de colon.(19)

10. Ticse L, Perú (Lima), 2019. Es aquí donde la búsqueda de los diferentes factores asociados al desarrollo de las fistulas enterocutáneas posquirúrgicas de alto flujo fue el objetivo de esta investigación. El proceso metodológico fue de tipo observacional retrospectivo transversal. Los hallazgos permitieron identificar que el diagnóstico de fístula enterocutánea se presentó en el 72.4% de los varones, representando una media de 59 años en donde las de alto flujo estuvieron en el 58.6%, presentando una abertura única en el 72.4% y en el origen de la fístula a nivel del íleon 65.52%, en donde el análisis de estos factores de riesgo se encontró como la albúmina <3gr/dl con un valor OR 1.96, riesgos quirúrgicos elevados con un valor OR 1.56, antecedente de realización de una quimioterapia OR 0.59, edad superior a los 65 años con un valor OR 1.31, estableciendo como conclusión del estudio que se deben considerar los factores de riesgo de mayor relevancia, para la toma de decisiones del médico cirujano pre y post posquirúrgica.(20)

Una fístula es una conexión no fisiológica entre dos espacios u órganos huecos epitelizados. Estrictamente hablando, una fístula enterocutánea une el intestino delgado con la piel. Sin embargo, una interpretación más liberal del término también incluye fístulas entéricas que se originan en el colon, el estómago y el esófago. En un 75-85% las fístulas enterocutáneas son iatrogénicas / postoperatorias y una minoría (15-25%) se desarrolla espontáneamente (13).

Las fístulas enterocutáneas se pueden clasificar según la fuente, el volumen de salida y la etiología (13).

Por fuente: El método más común para clasificar una fístula es por su órgano de origen (gastro-, duodeno-, entero-, jejunio-, ileo-, colo-, recto-) seguido del punto de su terminación (-cutáneo, -atmosférico). Sin embargo, en la presentación inicial, a menudo se desconoce el segmento específico del intestino involucrado (es decir, el origen entérico de la fístula), y se utiliza una denominación más amplia (por ejemplo, enterocutánea en lugar de yeyunocutánea) hasta que se pueda delinear la anatomía de la fístula (13).

Las fístulas que se originan en diferentes sistemas de órganos tendrán salidas muy diferentes. Las pérdidas de electrolitos y nutricionales pueden variar mucho entre los órganos de origen. Como ejemplo, el gasto gástrico tiene una mayor acidez. Esta información puede resultar esencial en el manejo de las fístulas enterocutáneas (13).

Por volumen de salida: La gravedad de las fístulas enterocutáneas pueden depender de la cantidad de líquido expulsado por la fístula, que puede variar según la ubicación (proximal versus distal) y la longitud o el diámetro de la fístula. Esta clasificación define las fístulas por la cantidad de su salida: Una fístula de bajo rendimiento drena menos de 200 ml / día. Una fístula de salida moderada drena entre 200 y 500 ml / día. Una fístula de alto rendimiento drena más de 500 ml / día (13).

Las características clínicas más frecuentes de una fístula enterocutánea es en un paciente postoperatorio que no se recupera según lo esperado de la cirugía abdominal. El paciente que llega a hacer la complicación de fístula enterocutánea va a presentar primero síntomas abdominales, que incluyen aumento del dolor, náuseas y vómitos, obstipación y plenitud o induración de la pared abdominal. Estos pueden acompañarse de fiebre y leucocitosis. Una infección de la herida se reconoce típicamente de 7 a 10 días después de la operación, y después del drenaje incisional, el contenido entérico aparece en la herida quirúrgica. Una fístula entérica se puede diferenciar de una infección de la herida por la presencia de bilis en la herida operatoria. A diferencia de la infección o el seroma, la bilis manchará la gasa y los apósitos de un color naranja / marrón o color verde. Las heces también se pueden observar en la herida de una fístula colónica (14).

Las fístulas enterocutáneas se caracterizan por la salida de contenido entérico o intestinal a través de la pared abdominal. La fuga también se conoce como efluente. Dependiendo de la localización y el origen de la fístula, puede ser a través de una herida abdominal previa, incisión o un área de abdomen virgen. La fuga de efluentes puede causar irritación de la piel, pérdida de líquidos y electrolitos, desnutrición e infección. Además, a medida que se forma una fístula, el paciente puede complicarse debido a una fuga de efluente en la cavidad abdominal (14).

El diagnóstico de una fístula enterocutánea es clínico. Debe sospecharse en un paciente postoperado que no se recupera normalmente de la cirugía abdominal y tiene salida biliosa o de heces de la herida. El diagnóstico de fístula enterocutánea puede ratificarse por la aparición de contenidos entéricos que drenan de la pared abdominal. Por definición, una fístula enteroatmosférica solo se puede diagnosticar en un paciente con el abdomen abierto. El diagnóstico puede confirmarse por la presencia de contenido entérico que drena desde una abertura en un segmento del intestino dentro de la herida abdominal abierta. Sin embargo, el órgano de origen de una fístula enterocutánea o enteroatmosférica a menudo no se define hasta que se puedan realizar estudios de imagen (14).

El tratamiento inicial se enfoca en el control y el tratamiento de la sepsis, que requiere cirugía en algunos pacientes pero que puede realizarse de forma no quirúrgica en otros (15).

Una vez que se controla la sepsis, el tratamiento entra en una fase crónica, que se enfoca en el tratamiento de heridas, reposición líquida / electrolitos y la optimización nutricional. Lo apropiado es transferir a los pacientes a un centro especializado para esta fase de la atención y más allá, donde se han logrado mejores resultados, incluida una tasa de mortalidad más baja. Esta fase del manejo de la fístula es determinante para la curación espontánea mientras se prepara al paciente para un posible manejo definitivo. La mayoría de los estudios contemporáneos informan que aproximadamente un tercio de las fístulas enterocutáneas se cerrarán espontáneamente dentro de cinco a seis semanas con medidas conservadoras (15).

Para las fístulas que no se cierran espontáneamente, la etapa final del tratamiento es la reparación definitiva de la fístula, que puede ser endoscópica o quirúrgica. Mientras la producción de fístula disminuya gradualmente y la herida (o tracto) muestre signos de curación, la cirugía debe ser la última opción. La reparación quirúrgica de la fístula no debe realizarse en los primeros meses (durante al menos tres a seis meses) desde el evento para así permitir tiempo para la curación espontánea y el acoplamiento del paciente. Los centros especializados a menudo retrasan las operaciones definitivas de 6 a 12 meses. Los requisitos para el tratamiento definitivo de la fístula abarcan la erradicación de la infección, la optimización de la nutrición y la evidencia clínica de cicatrices suavizantes y pared abdominal en el examen físico (15).

Colostomía. Acto quirúrgico que consiste en retirar un extremo del intestino grueso, colon, a través de un estoma, abertura realizada en la pared abdominal (16, 17).

Tipos Colostomías temporales: Procedimiento quirúrgico, que puede realizarse en caso de emergencia debido a una obstrucción u perforación de una parte del intestino, o de manera electiva para facilitar la curación de la sepsis perianal (es decir, fístulas o heridas perineales) o proceso inflamatorio agudo distal a la colostomía. La desviación de la colostomía también se puede usar para proteger una anastomosis colorrectal baja cuando se anticipa una curación tardía (por ejemplo, postradiación) o el riesgo de complicaciones anastomóticas es alto. Aun así, el tipo preferido de ostomía para este propósito es una ileostomía en asa "desviadora" dada la relativa facilidad de reversión en comparación con la colostomía en asa (16, 17).

Colostomías permanentes: Este procedimiento es usado en pacientes de edad avanzada, ya que evita mayor descompensación hidroelectrolítica y nutricional. Con mayor uso en pacientes con resección perineal abdominal para el cáncer de recto, incontinencia fecal relacionada con disfunción de la salida anal o sepsis perianal, proctocolectomía abdominal total para la enfermedad de Crohn severa y proctocolectomía abdominal total para colitis ulcerativa severa (16, 17).

Colostomías transversales: Procedimiento quirúrgico, donde hay una resección de asa de colon transversa a través de la pared abdominal, se abre y se sutura a la dermis y se estabiliza con una bagueta hasta que el intestino se granula hacia la pared abdominal (16, 17).

Colostomías ascendentes: Esta colostomía en particular se coloca al lado derecho del abdomen, en este caso solo una sección corta del colon está activa, es por eso que las heces son de consistencia líquida y con presencia de enzimas digestivas (16, 17).

Colostomías descendentes: Al contrario que la colostomía ascendente, esta colostomía se realiza al lado inferior izquierdo del abdomen. En este procedimiento, las heces son de consistencia firme y el paciente tiene control voluntario defecatorio (16, 17).

Colostomías sigmoideas: Procedimiento quirúrgico similar a la colostomía en asa transversal y útil para pacientes con un colon sigmoidees redundante y un cáncer obstructivo rectal o anal (16, 17).

Técnica quirúrgica. La operación de Hartmann implica una sigmoidostomía de una estoma y un remanente o muñón rectal que queda libre intra o extraperitoneal; actualmente puede efectuarse por vía laparoscópica. Inicialmente se ideó como un procedimiento para el cáncer colorrectal (rectosigmoidees), aunque ahora es ampliamente utilizado (16, 17).

Algunos factores de riesgo como: La hipoalbuminemia. Es un déficit de albúmina en la sangre, que se ve con mayor frecuencia en pacientes mayores. La albúmina es una proteína sintetizada por hígado. Los valores normales son de 3.6 – 5.2 g/dL (18).

Grados Adecuado: >4 g/dL Leve: 3.5-3.9 g/dL Moderada: 3 – 3.4 g/dL Severa: < 3 g/dL

Causas Malnutrición: No se ingiere las cantidades suficientes de proteínas o hay déficit de proteínas, por lo general durante un período de enfermedad (18).

Aumento de la excreción de albúmina: Disfunción renal, cuando los riñones no trabajan bien debido a distintas condiciones y puede estar perdiendo albúmina en la orina, causando hipoalbuminemia (18).

Enfermedad hepática, como hepatitis o cáncer en el hígado, que puede haberse expandido desde alguna otra parte de su cuerpo y causar la pérdida de albúmina, produciendo a una hipoalbuminemia (18).

Condiciones cardíacas: como la insuficiencia cardíaca congestiva o pericarditis pueden causar niveles bajos de albúmina en sangre (18).

Problemas con el estómago: como la enfermedad inflamatoria intestinal o linfoma, conduciendo a una hipoalbuminemia (18).

Cáncer o enfermedades: como sarcoma o amiloidosis, pueden causar hipoalbuminemia (18).

Infecciones: como tuberculosis, pueden causar hipoalbuminemia (18).

Con el desarrollo de la presente investigación buscamos establecer cuál es la etiología del fistula enterocutánea mediante la determinación de los factores de riesgo ya que a nivel local es un tema que no se ha estudiado y que existe una bibliografía referente a la actualidad en el Perú deficiente, por lo que estas razones contribuye a la determinación de mejorar en el manejo de los profesionales del área de cirugía y en el incremento del conocimiento teórico para los diferentes profesionales.

El fundamento principal de la fístula enterocutánea es la valoración de las complicaciones para poder combatir las de manera rápida y eficaz mediante la prevención de los diferentes factores de riesgo que son en muchas ocasiones individuales y que pueden afectar las 2 esferas más importantes de la persona que es la social y la económica, por lo que este estudio busca el acercamiento e identificación de estos factores para poder realizar mejores pronósticos en cuanto al manejo del tratamiento del paciente.

La importancia radica en que los pacientes que sean sometidos a intervenciones de cirugía abdominal podremos determinar cuáles son los factores que predisponen la aparición de esta fístula enterocutánea y permitir indagar con mayor extensión a estos factores en cada

población por lo que permite un control adecuado previo a la cirugía y un mejor pronóstico posterior a la cirugía.

En cuanto al planteamiento de los objetivos se estableció para el estudio como objetivo general determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, como objetivos específicos se establecieron identificar cual es la frecuencia de la fistula enterocutánea en colostomía según el tipo de paciente, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, otro de los objetivos específicos identificar cuáles son las características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, así como otro de los objetivos identificar cuáles son los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 para la resolución de la investigación.

Así mismo el trabajo se consideró como estructura desde la introducción en el capítulo I donde se establece las características generales del trabajo desde el fundamento teórico, justificación, antecedentes, en el capítulo II vemos la estrategia metodológica donde se describen las formas de análisis de los datos y de la población, capítulo III los resultados del estudio con su interpretación de los mismos datos, capítulo IV veremos la contrastación de los resultados con otras investigaciones, capítulo V son presentados las conclusiones, capítulo VI recomendaciones del estudio, capítulo VII referencias del estudio, capítulo VIII son los anexos del estudio.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

Diseño

Para el desarrollo de la presente investigación se estableció un diseño de tipo cuantitativo observacional analítico correlacional transversal.

Cuantitativo porque se va a establecer la recolección de los datos de las historias clínicas las cuales ya cuentan con sus reportes de laboratorio y de las intervenciones quirúrgicas en relación a las características de cada paciente.

Analítico correlacional ya que se van a asociar las características de la variable dependiente con cada una de las variables independientes, parte de un modelo observacional ya que no vamos a intervenir en ninguno de los fenómenos que se pretende estudiar y transversal ya que todo va a ser medido en un momento determinado.

Población

Fueron 115 pacientes operados de cirugías abdominales del Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022.

Muestra

El tamaño muestral no se pudo calcular debido a la poca prevalencia de esta patología, se incluyó a la totalidad de pacientes operados de cirugías abdominales del Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022.

Criterios inclusión:

1. Pacientes que acudieron al Hospital Santa María del Socorro durante el 2020-2022 y que fueron atendidos en el Servicio de Cirugía.
2. Pacientes comprendidos en el periodo de estudio.
3. Pacientes cuyos datos dentro de la historia clínica se encuentren completos, legibles y cumplan con todas las características requeridas.

4. Pacientes sometidos a intervención quirúrgica abdominal.

5. Pacientes con fistula enterocutánea.

Criterios exclusión:

1. Pacientes con las historias clínicas que tengan información incompleta.

2. Pacientes sometidos a otro tipo de cirugía como pélvica, torácica.

3. Pacientes que no presentaron fistula enterocutánea.

Técnicas de recolección de datos.

Instrumentos:

La técnica de recolección de datos que se usó en este trabajo fue la documentación, pues se acudió a extraer la información de los documentos e historial clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, reportes operatorios y datos de los pacientes operados de cirugía abdominal para determinar el diagnóstico de fistula enterocutánea.

Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos, la cual se muestra en el anexo N° 2.

Con esta ficha de recolección de datos se coleccionaron los datos recolectados a partir del historial clínico de cada paciente incluida en el estudio, para su posterior procesamiento en una base de datos.

Técnicas para el procesamiento de la información

La información se recolectó en las fichas de recolección de datos, las cuales, una vez que estuvieron llenas, se procedieron a su digitación en una base de datos creada en el programa MS Excel 2019, diseñada específicamente para el presente estudio.

Esta base de datos fue ordenada y revisada a fin de encontrar datos inconsistentes que puedan afectar el posterior análisis. Una vez realizado esto, se procedió al análisis de datos.

Recolección de datos

En el presente estudio la recaudación de información se dio mediante una ficha de recolección de datos (Anexo N°2).

Se solicitó al personal de archivo del Hospital Santa María del Socorro que se permita el acceso para recolectar los datos, mediante el aval de la aprobación del trabajo de investigación.

Una vez seleccionadas las historias clínicas que tocaron analizar según el muestreo hallado, se procedió a registrar la información en las fichas de recolección de datos, para posteriormente ser digitados en la base de datos diseñada en el programa MS Excel para su posterior análisis.

Análisis de Datos

El análisis de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS v. 26, el cual empezó con el análisis descriptivo, que consistió en analizar la frecuencia y porcentajes de las variables cualitativas, así como también las medidas de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas.

Posteriormente se realizó la estadística analítica, en la que se buscó la asociación entre la variable dependiente y cada variable independiente, para esto se realizó la prueba de chi cuadrado, considerando un valor p como estadísticamente significativo siempre que este sea menor a 0.05.

Asimismo, se realizó el análisis multivariado a través de regresión logística, para ello se usaron los OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

III. RESULTADOS.

Después de haber establecido los resultados de la investigación con la recolección de los datos se establece la respuesta a cada uno de los objetivos planteados en el estudio como se detalla en cada una de las tablas:

Tabla 01: Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía

Factores de riesgo	fistula entero cutánea en colostomía		OR	IC95%		p-valor
	Si (n=15)	No (n=100)		Lim s.	Lim l.	
Hipoalbuminemia						
Si	7 (6,09%)	8 (6,96%)	10,063	2,896 - 34,959	0,000	
No	8 (6,96%)	92 (80,00%)				
ASA III						
Si	1 (0,87%)	82 (71,30%)	0,016	0,002 - 0,127	0,000	
No	14 (12,17%)	18 (15,65%)				
ASA IV						
Si	6 (5,22%)	7 (6,09%)	8,857	2,445 - 32,090	0,000	
No	9 (7,83%)	93 (80,87%)				
Transfusión Sanguínea						
Si	2 (1,74%)	4 (3,48%)	3,692	0,614 - 22,192	0,130	
No	13 (11,30%)	96 (83,48%)				
Tipo de Cirugía						
Programada	8 (6,96%)	52 (45,22%)	1,078	0,678 - 1,714	0,923	
Emergencia	7 (6,09%)	48 (41,74%)				
Sepsis						
Si	14 (12,17%)	16 (13,91%)	73,500	9,018 - 599,024	0,000	
No	1 (0,87%)	84 (73,04%)				
Uso de drenaje						
Si	9 (7,83%)	9 (7,83%)	15,167	4,392 - 52,379	0,000	
No	6 (5,22%)	91 (79,13%)				
HTA						
Si	(4,35%)	10 (8,70%)	2,833	0,849 - 9,461	0,081	
No	15 (13,04%)					
Diabetes						
Si	1 (0,87%)	14 (12,17%)	1,119	0,125 - 10,001	0,920	
No	6 (5,22%)	94 (81,74%)				
Cáncer						
Si	3 (2,61%)	12 (10,43%)	24,750	2,381 - 257,225	0,000	
No	1 (0,87%)	99 (86,09%)				
Diverticulitis						
Si	2 (1,74%)	13 (11,30%)	2,044	0,383 - 10,915	0,394	
No	7 (6,09%)	93 (80,87%)				
Tuberculosis						
Si	3 (2,61%)	12 (10,43%)	6,000	1,196 - 30,100	0,016	
No	4 (3,48%)	96 (83,48%)				
Enfermedad Intestinal						
Si	3 (2,61%)	12 (10,43%)	6,000	1,196 - 30,100	0,016	
No	4 (3,48%)	96 (83,48%)				
Fuente: propia						

Interpretación:

Después del análisis, establecemos que, la Hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), Sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), Uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000); El Cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000), La Tuberculosis (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016) y la enfermedad intestinal (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016), son factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, así mismo esto se ratifica al presentar un valor de ($P < 0,05$); con lo que indica que existe una relación significativa.

Tabla 02: Factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía en los pacientes identificados.

FACTORES DE RIESGO	Frecuencia	Porcentaje
Hipoalbuminemia		
Si	7	46,67%
No	8	53,33%
Total	15	100%
ASA IV		
Si	6	40,00%
No	9	60,00%
Total	15	100%
Sepsis		
Si	14	93,33%
No	1	6,67%
Total	15	100%
Uso de drenaje		
Si	9	60,00%
No	6	40,00%
Total	15	100%
Cáncer		
Si	12	80,00%
No	3	20,00%
Total	15	100%
Enfermedad Intestinal		
Si	12	80,00%
No	3	20,00%
Total	15	100%
Tuberculosis		
Si	3	20,00%
No	12	80,00%
Total	15	100%
Fuente: Propia		

Interpretación:

La frecuencia de los factores de riesgo de los pacientes identificados con fistula entero cutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, el 46,67% presentó Hipoalbuminemia, el 40,00 % presentó ASA IV, el 93,33% presentó Sepsis, el 60,00% presentó uso de drenaje, el 80,00 % presentó Cáncer, el 80,00% presentó Enfermedad Intestinal y el 20,00% presentó tuberculosis.

Tabla 03: Frecuencia de la fistula enterocutánea en colostomía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Fistula entero cutánea en colostomía	Presente	15	13,00%	13,00%
	Ausente	100	87,00%	100%
	Total	115	100%	

Fuente: propia

Interpretación:

La frecuencia que presentó fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 fue del 13,00% mientras que los que no presentaron Fistula entero cutánea en colostomía fue del 87,00%.

Tabla 04: Características antropométricas de los pacientes

Características		
Antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menores de 18 años	5	4,35%
De 18 a 40 años	11	9,57%
De 41 a 60 años	32	27,83%
De 61 a 80 años	47	40,87%
Mayores de 80 años	20	17,39%
Total	115	100%
Sexo		
Masculino	47	40,87%
Femenino	68	59,13%
Total	115	100%
IMC		
Obesidad	13	11,30%
Peso normal	51	44,35%
Sobrepeso	51	44,35%
Total	115	100%
Fuente: propia		

Interpretación:

Las características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, según la edad ,el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años , el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fu representado por personas mayores de 80 años; según la el sexo , el 40,87% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino represento el 59,13% ; según el IMC , el 11,30 % de los pacientes presentaron obesidad, mientas que los pacientes con sobrepeso y peso normal fue de 44,35% en cada una de estas categorías.

Tabla 05: Características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía

Características		
Antropométricas	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
Menores de 18 años	1	6,67%
De 18 a 40 años	3	20,00%
De 41 a 60 años	3	20,00%
De 61 a 80 años	5	33,33%
Mayores de 80 años	3	20,00%
Total	15	100%
Sexo		
Masculino	6	40,00%
Femenino	9	60,00%
Total	15	100%
IMC		
Obesidad	3	20,00%
Peso normal	8	53,33%
Sobrepeso	4	26,66%
Total	15	
Fuente: Propia		

Interpretación:

Las características antropométricas de los pacientes identificados con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, según la edad, el 6,67% fue menor de 18 años, el 20,00% fueron de 18 a 40 años, el 20,00% fueron de 41 a 60 años, el 33,33% fueron de 61 a 80 años y el 20,00% fue representado por personas mayores de 80 años; según el sexo, el 40,00% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino represento el 60,00%.

Tabla 06: Factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía

Factores de riesgo de alto flujo	fistula entero cutánea en colostomía		OR	IC95%		p-valor
	Si (n=15)	No (n=100)		Lim s.	Lim l.	
Hipoalbuminemia						
Si	7 (6,09%)	8 (6,96%)	10,063	2,896 - 34,959		0,000
No	8 (6,96%)	92 (80,00%)				
ASA IV						
Si	6 (5,22%)	7 (6,09%)	8,857	2,445 - 32,090		0,000
No	9 (7,83%)	93 (80,87%)				
Sepsis						
Si	14 (12,17%)	16 (13,91%)	73,500	9,018 - 599,024		0,000
No	1 (0,87%)	84 (73,04%)				
Uso de drenaje						
Si	9 (7,83%)	9 (7,83%)	15,167	4,392 - 52,379		0,000
No	6 (5,22%)	91 (79,13%)				
Cáncer						
Si	3 (2,61%)	12 (10,43%)	24,750	2,381 - 257,225		0,000
No	1 (0,87%)	99 (86,09%)				

Fuente: propia

Interpretación:

Los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 fueron la Hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), Sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), Uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000) y el cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000), así mismo esto se ratifica al presentar un valor de (P<0,05); con lo que indica que existe una relación significativa.

IV. DISCUSIÓN.

Después de haber establecido el análisis de los diferentes resultados que se han obtenido se procede a realizar el contraste con otras investigaciones nacionales como internacionales de relación directa e indirecta debido a la poca cantidad de casos que se presentan.

La valoración del objetivo general en lo que se planteo determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, en donde nuestros resultados establecieron que la hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000); el cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000), la tuberculosis (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016) y la enfermedad intestinal (OR=6,000; IC95%:1,196 - 30,100, p=0,016), son factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía.

Al establecer el contraste con el estudio de Roherich y Armado, México, 2022, (13), en donde sus resultados establecieron los factores que se relacionan con el desarrollo de fistulas enterocutáneas son edad superior a los 47.87 años, presencia de antecedentes de neoplasia en el 20%, presencia de inmunosupresión 27.5%, el establecimiento de cirugías de emergencia 65%, el desarrollo de sepsis abdominal 47.5%, el desarrollo de fístulas enterocutáneas de alto gasto 40%, y las fístulas enterocutáneas de bajo gasto con el 60% de los cuales todos presentaron un valor de $p < 0.005$, con lo que se establece las relaciones directas como factores que se asocian al riesgo, este estudio comparado con nuestra investigación plantea de manera directa que los factores de riesgo se asemejan a nuestros resultados en donde se evidencia que los factores de riesgo que se presentan de manera directa en los establecimientos de salud con factores que se relacionan con las características del paciente de manera que se pueden establecer controles.

En cuanto al desarrollo de los objetivos específicos se estableció identificar cual es la frecuencia de la fistula entero cutánea en colostomía según el tipo de paciente, Hospital Santa

María del Socorro 2020-2022, en donde nuestros resultados establecieron que de la totalidad de los pacientes que son intervenidos de cirugías abdominales el 13% de ellos resultaron con fistula enterocutánea en colostomía.

Así tenemos el estudio de Cruz y Cedeño, Ecuador, 2022, (12), en donde dentro de sus resultados estableció que la frecuencia de los pacientes que presentan fistula enterocutánea en colostomía, se presenta del 15 a 20% de los pacientes que son intervenidos que se van a manejar de manera directa y que se establecen conceptos claros de las formas en como se van establecer los diagnósticos y en comparación con las características de nuestro estudio asemejan la tendencia de un porcentaje mínimo que pueden estar establecidos en pequeños porcentajes en la investigación.

En cuanto a la valoración del objetivo identificar cuáles son las características antropométricas de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, donde nuestros resultados identificaron según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fueron personas mayores de 80 años; según el sexo, el 40,87% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino representó el 59,13%; según el IMC, el 11,30% de los pacientes presentaron obesidad, mientras que el peso normal y el sobrepeso, fue de 44,35% en cada una de estas categorías.

En cuanto a este proceso de valoración el estudio de Vargas A, México, 2022, (14), en donde sus resultados establecieron el rango de la edad fue en promedio de los 41.16 años, estableciendo la población masculina como la principal afectada con 52.4% de todos los pacientes, en cuanto a las enfermedades que se identificaron la hipertensión arterial 10.3%, de lo que no considero el IMC que se valora, en comparación de nuestros estudios identifican las principales características en donde identifican las mismas tendencias pero que no se consideran los datos como el IMC que es un factor considerable para la valoración de las características clínicas como herramienta general de control y manejo, lo cual contrasta de

manera directa con nuestro estudio pero dejando considerable la mejora de las valoraciones en futuras investigaciones.

La valoración del objetivo identificar cuáles son los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, donde nuestros resultados identificaron que fueron la Hipoalbuminemia (OR=10,063; IC95%:2,896 - 34,959, p=0,000), ASA IV (OR=8,857; IC95%:2,445 - 32,090, p=0,000), sepsis (OR=73,500; IC95%:9,018 - 599,024, p=0,000), uso de drenaje (OR=15,167; IC95%:4,392 - 52,379, p=0,000) y el cáncer (OR=24,750 ; IC95%:2,381 - 257,225, p=0,000).

En donde el estudio de Ticse L, 2019, (20), en donde establecieron de manera directa la albumina <3 gr con un valor OR=1.96 con un p<0.05, ASA >2 con un valor OR=1.56, la presentación de un antecedente oncológico por quimioterapia con OR=0.59, con un valor de p<0.005, manejo con drenaje postquirúrgico con un OR=0.69 con un valor de p<0.05, lo cual contrasta con los datos de relevancia para lo que se desea establecer sobre los sistemas de control de las patologías directas que pueden alterar las combinaciones que pueden seguir siendo mejorados en las instituciones.

V. CONCLUSIONES.

- La frecuencia de fistula enterocutánea en colostomía, fue del 13,00% del total de pacientes estudiados, mientras que los que no presentaron fístula enterocutánea en colostomía fue del 87,00%.
- Los factores de riesgo asociados a fistula enterocutánea en colostomía en los casos que se presentaron fueron el 46,67% presentó Hipoalbuminemia, el 40,00 % presentó ASA IV, el 93,33% presentó Sepsis, el 60,00% presentó uso de drenaje, el 80,00 % presentó Cáncer, el 80,00% presentó Enfermedad Intestinal y el 20,00% presentó tuberculosis.
- Las características antropométricas de los pacientes según la edad, el 4,35% fueron menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fu representado por personas mayores de 80 años.
- Los pacientes que presentaron fistula enterocutánea según el sexo, el 40,00% fue representado por el sexo masculino mientras que el sexo femenino represento el 60,00%.
- Según el IMC se observó que el 11.30% de los pacientes padecieron de obesidad, el 44.35% tuvieron un Peso normal y el 44.35% padecieron de sobrepeso.
- Los factores de riesgo de alto flujo de los pacientes con fistula enterocutánea en colostomía se identificó la hipoalbuminemia OR=10,063; ASA IV OR=8,857; sepsis OR=73,500; uso de drenaje OR=15,167; y el cáncer OR=24,750.

VI. RECOMENDACIONES.

- Debido a la cantidad mínima de pacientes con esta patología se debe considerar una capacitación básica para el personal, para el desarrollo de las mejores técnicas de manejo de los pacientes. Asimismo, ampliar el periodo de tiempo en próximos estudios que permitan abarcar mayor población de estudio.
- Es fundamental recomendar a la institución que de manera directa se fundamenten los principales factores de riesgo que se presentan para que puedan ser valorados de manera directa e indirecta y que bien controlados desarrollan un mejor manejo del paciente minimizando recursos.
- Tomar consideración especial en aquellos pacientes que superan los 60 años, considerando una exhaustiva evaluación preoperatoria, así como los cuidados especiales en el posoperatorio.
- El desarrollo del control de las principales características antropométricas va como parte del control de la historia clínica que es fundamental y que nos permite con una buena valoración determinar las características básicas del desarrollo clínico del paciente.
- Dentro de las principales características de las fistulas de alto flujo se pueden identificar que tienen factores que establecen riesgos para complicaciones que deberían ser controladas de manera directa para la minimización de todos estos aspectos por la seguridad del paciente y del profesional médico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Camargo Hernández K del C, Villafrade Guerrero MA, Zapata Orejarena PA, Triana Miranda JS, Amador Jaimes JP, Duarte Carrillo KA, et al. Cuidados de enfermería en pacientes con abdomen abierto y fístulas enterocutáneas. *MedUNAB*. 2022;25(2):264-78.
2. Yzet C, Brazier F, Sabbagh C, Le Mouel JP, Hakim S, Nguyen-Khac E, et al. Endoscopic Treatment of Enterocutaneous Fistulas in Crohn's Disease. *Diseases of the Colon & Rectum*. 6 de abril de 2022;65(5):721-6.
3. Nazario Dolz AM, Castillo Toledo L, Fernández ZR. Fístula enterocutánea en una hernia incisional. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. diciembre de 2021 [citado 17 de mayo de 2023];20(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2021000600012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Arizabal ERL, Ramos AA. Fístula enterocutánea espontánea como complicación de una hernia inguinal incarcerada. *Cirujano*. 15 de diciembre de 2022;19(2):28-30.
5. Casanova Suarez A, Roig Altaba S. Cuidados de la herida con fístula enterocutánea postoperatoria. *Rev Rol enferm*. 2019;69-74.
6. Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios. AM, Brito-Sosa G, Iraizoz-Barrios. AM. Colo-umbilical enterocutaneous fistula as a rare complication of diverticulitis of the sigmoid colon. *Revista colombiana de Gastroenterología*. junio de 2022;37(2):201-5.
7. Romero Sánchez JA, Rivas JF, Molina APRF, Romero Sánchez JA, Rivas JF, Molina APRF. Fístula enteroentérica y enterocutánea asociada a recurrencia de adenocarcinoma de colon. *Revista Cirugía del Uruguay* [Internet]. julio de 2022 [citado 17 de mayo de 2023];6(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12812022000101401&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Porbén SS. Sobre la influencia de las características de la fístula gastrointestinal en la evolución del paciente. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*. 28 de noviembre de 2022;32(1):8.
9. Zapata CM, Sierra DFL. Estándar clínico basado en la evidencia: diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente adulto con fístula intestinal enterocutánea o enteroatmosférica en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 125 p.
10. Abellán Alfocea P, Salvador Rodríguez L. Fístulas enterocutáneas perianales en enfermedad de Crohn y su tratamiento con células madre mesenquimales. En: *Avances de investigación en salud y bienestar: cambiando la realidad de los pacientes*, 2020, ISBN 978-84-09-23579-7, págs 489-496 [Internet]. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2020 [citado 17 de mayo de 2023]. p. 489-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7776335>
11. Moreno EMS. Intervenciones para el automanejo de estomas de alto débito y fistulas enterocutaneas concomitantes. *Parainfo Digital*. 3 de noviembre de 2022;oebe22m3v3-oebe22m3v3.
12. Cruz NADL, Cedeño WG. FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTQUIRÚRGICAS, FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL GUAYAQUIL. ENERO 2010 A DICIEMBRE DEL 2014. *REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS*. 18 de noviembre de 2022;3(2):15-25.
13. Roehrich CV, Armando O. Factores asociados a fístulas entero-cutáneas postquirúrgicas en el hospital de alta especialidad de Veracruz [Internet]. Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Región Veracruz.; 2022 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/>
14. Vargas Aguilera Y. Factores pronósticos asociados al cierre espontáneo mediante manejo conservador de fístulas enterocutáneas en un hospital de segundo nivel de atención en el periodo

comprendido de 2018 a 2021. 2022 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/16802>

15. Martínez Santiago NY. Relación entre la puntuación de control nutricional (CONUT) y duración de fístulas enterocutáneas posquirúrgicas. febrero de 2021 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11837>

16. Díaz-Pizarro Graf JI, Kumpf VJ, Aguilar-Nascimento JE de, Amber Hall M, McKeever L, Steiger E, et al. Guías Clínicas ASPEN-FELANPE: Terapia Nutricional en Pacientes Adultos con Fístulas Enterocutáneas. *Nutrición Hospitalaria*. agosto de 2020;37(4):875-85.

17. Díaz Díaz E, Bravo Tovar LE, Piñeros O (Director de T o T de G. Evaluación costo efectividad en el tratamiento de las fistulas entero cutáneas en dos instituciones de salud en la ciudad de Cali [recurso electrónico] [Internet] [Thesis]. 2019 [citado 17 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/13780>

18. Durán Muñoz-Cruzado V, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López M, Pareja Ciuró F, et al. Update on the management of enterocutaneous fistula and enteroatmospheric fistula. *Cir Andal*. 8 de febrero de 2019;30(1):40-7.

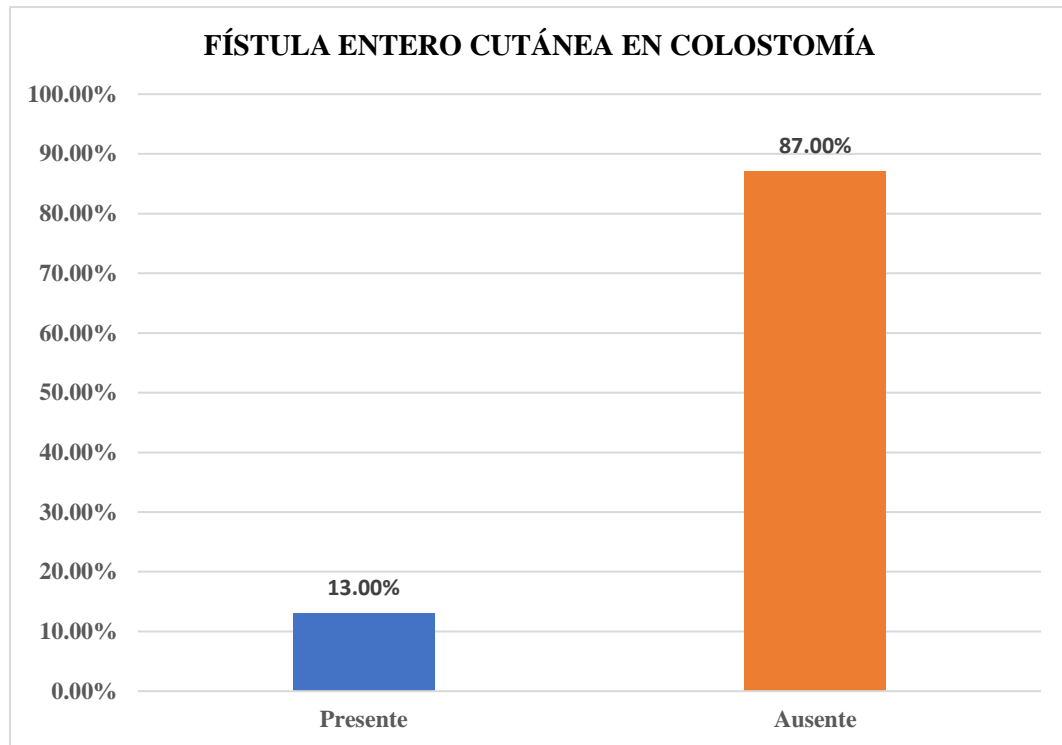
19. Cancharis Calixto AM. Factores de riesgo asociados a fístula enterocutánea en colostomía Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2018-2019. Repositorio Académico USMP [Internet]. 2021 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/9371>

20. Ticse León TM. Factores de riesgo asociados a fístulas enterocutáneas postquirúrgicas de alto flujo en pacientes operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora en el período 2012-2018. Universidad Nacional Federico Villarreal [Internet]. 2019 [citado 17 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/2932>

VIII. ANEXOS.

Anexo 1: Figuras

Figura 01: Frecuencia de fístula enterocutánea en colostomía

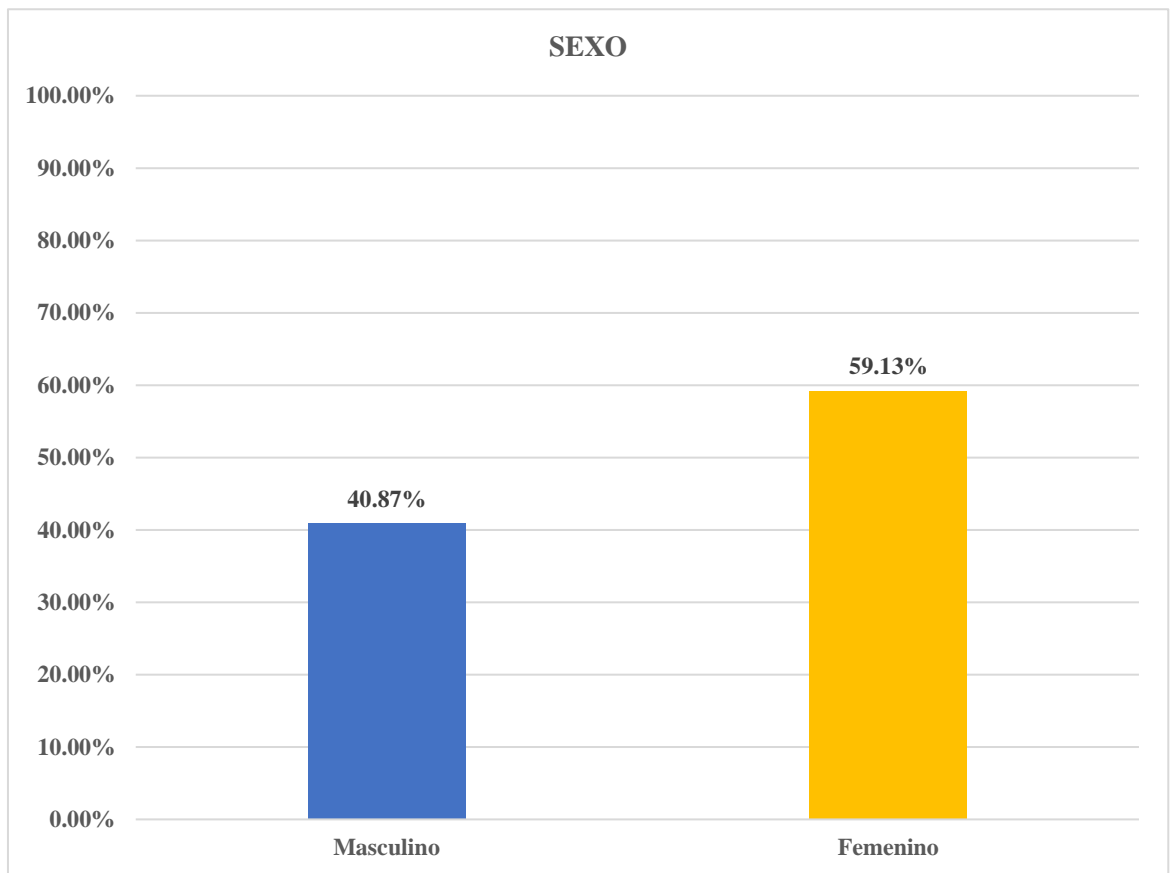


Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La frecuencia de fístula enterocutánea en colostomía en pacientes del Hospital Santa María del Socorro 2020-2022 fue del 13.00 %, mientras que el 87.00% no presentaron fístula enterocutánea en colostomía.

Figura 02: Frecuencia del Sexo

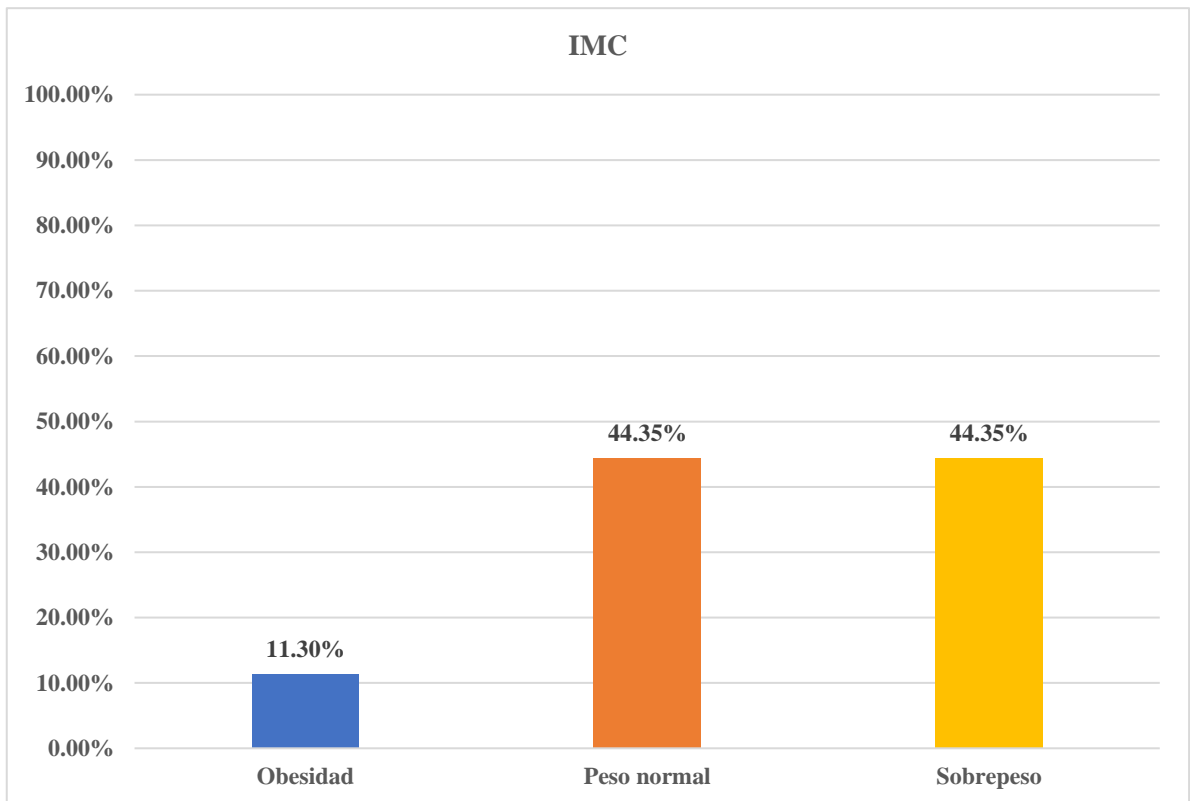


Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Dentro de la Frecuencia del Sexo en pacientes del Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, se observó que el 40.87% de los pacientes atendidos fueron del sexo masculino, mientras que el sexo femenino representó el 59.13%.

Figura 03: Frecuencia del IMC

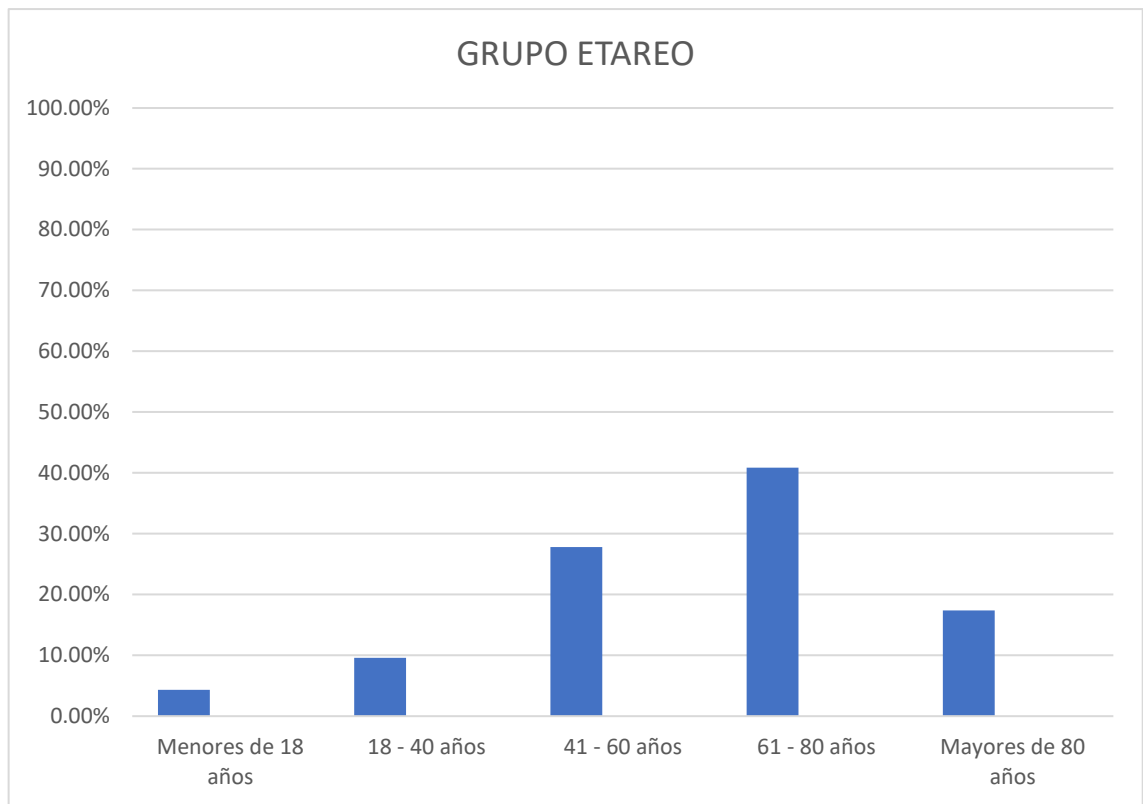


Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Dentro de la Frecuencia del IMC en pacientes del Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, se observó que el 11.30% de los pacientes padecieron de obesidad, el 44.35% tuvieron un Peso normal y el 44.35% padecieron de sobrepeso.

Figura 04: Grupo Etario de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según el Grupo Etario de los pacientes del Hospital Santa María del Socorro 2020-2022, el 4,35% fueron pacientes menores de 18 años, el 9,57% fueron de 18 a 40 años, el 27,83% fueron de 41 a 60 años, el 40,87% fueron de 61 a 80 años y el 17,39% fue representado por personas mayores de 80 años.

Anexo 2: Instrumento de recolección de información

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SEXO	MASCULINO	FEMENINO
EDAD		AÑOS
DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO		
IMC		

FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA POSTQUIRÚRGICA:

TIPO	Única	Múltiples	
LOCALIZACIÓN	Duodeno	Yeyuno	Ileon
TRATAMIENTO	Cierre espontáneo	Quirúrgico	

FACTORES DE RIESGO

Hipoalbuminemia (albúmina <3,5g/dl)	SÍ	NO
Cirugía por trauma abdominal	SÍ	NO
Riesgo Quirúrgico ASA	I () II () III () IV () V ()	
Transfusión intra y/o postoperatoria	SÍ	NO
Terapia inmunosupresora	SÍ	NO
Terapia radioactiva abdominopélvica previa	SÍ	NO
Absceso intraabdominal	SÍ	NO
Tipo de Cirugía	Programada	Emergencia
Sepsis	SÍ	NO
Uso de Drenajes	SÍ	NO

COMORBILIDADES

Hipertensión Arterial	SÍ	NO
Diabetes Mellitus	SÍ	NO
Cáncer Abdominopélvico	SÍ	NO
Diverticulitis	SÍ	NO
Enfermedad de Chron	SÍ	NO
Tuberculosis intestinal	SÍ	NO

Enfermedad intestinal inflamatoria	SÍ	NO
VIH	SÍ	NO

Anexo 3: Resolución Decanal de Proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DECANATO



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Resolución Decanal N° 165-D-FMH-UNICA-23

Ica, 12 de junio de 2023

VISTO:

El Oficio N° 334-DUI-FMH-UNICA-2023, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Rectoral N° 024-R-UNICA-2023, de fecha 11 de mayo de 2023, se encarga al Dr. FERNANDO FORTUNATO CARRANZA QUISPE, como Decano Interino de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

Que, la Facultad de Medicina Humana, es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de Visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana, comunica que el docente, Mg. CACERES BELLIDO, FERMÍN ELEODORO, asesor del Proyecto de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN COLOSTOMÍA, HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO 2020-2022", del Bachiller: ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO, para optar el Título de Médico Cirujano, ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano por el Art. 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Art. 39° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo Unico.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN COLOSTOMÍA, HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO 2020-2022"

Autor : - Bach.: ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO

Asesor: - Mg. CACERES BELLIDO, FERMÍN ELEODORO

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. FERNANDO F. CARRANZA QUISPE
DECANO (I)

FFCQ/ecom
c.c. - Unidad de Investigación
- Asesor
- Interesado
- Archivo

Anexo 4: Constancia de evaluación de originalidad de proyecto de tesis



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:

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María Del Socorro 2020-2022

Presentado por:

ARONI ALLCCA MARTIN DONATO

ESTUDIANTE del nivel de **PRE GRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **17%** 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 el **Proyecto de Tesis**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 05 de junio del 2023

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
D. JOSE ALFREDO FERNANDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina Humana



Título

Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María Del Socorro 2020-2022

Línea De Investigación

Salud Pública Y Conservación del Medio Ambiente

PROYECTO DE TESIS

Autor:

ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO

Asesor:

Dr. CACERES BELLIDO, FERMÍN ELEODORO

Ica – Perú

2023

1.-Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María Del Socorro 2020-2022

Por MARTIN DONATO ARONI ALLCCA

CANTIDAD DE PALABRAS 4502

HORA DE ENTREGA

05-JUN-2023 02:44A. M.

NUMERO DE

100242410

IDENTIFICACION DEL
PROYECTO

1.-Factores de riesgo asociado a fístula enterocutánea en colostomía, Hospital Santa María Del Socorro 2020-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Internet	441 palabras — 11%
2	repositorio.uma.edu.pe Internet	121 palabras — 3%
3	www.unica.edu.pe Internet	77 palabras — 2%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	35 palabras — 1%

EXCLUIR CITAS: ACTIVADO
EXCLUIR BIBLIOGRAFÍA: ACTIVADO

EXCLUIR FUENTES: DESACTIVADO
EXCLUIR COINCIDENCIAS: < 30 PALABRAS

Stydyt
C.D. MERCEDES PEREZ VAZQUEZ PACHECO
OPERADOR
SOFTWARE ANTIPLAGIO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Anexo 5: Permiso de la Institución



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



DICTAMEN DE AUTORIZADO

ARONI ALLCCA, MARTIN DONATO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulado:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN COLOSTOMÍA, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO 2020-2022 "

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2023-100-49

Ica, 09 de Agosto del 2023

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

MAG. ANA MARÍA ALLCCASI HUAMANCOLI
JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

09-08-23

HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



Ica, 09 de Agosto del 2023

NOTA N° 037 -2023-HSMSI-UADI/J

SEÑOR : Ing. ALEJANDRO VALDIVIA RETAMOZO
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A TESISISTA

REF : SOLICITUD EXP. N° 5359

Me dirijo a usted, para comunicarle que el tesista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga; ARONI ALLCA, MARTIN DONATO, cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital para aplicar su instrumento de investigación (recopilación de datos estadísticos de historias clínicas) de la Tesis: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A FÍSTULA ENTEROCUTANEA EN COLOSTOMIA, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO 2020-2022", por lo que se solicita brindar las facilidades que el caso amerita.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

MAG ANA MARIA AUCAS HUAMANCOLI
JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACION



c.c. Archivo.

AMAH/J-UADI

Calle Castrovirreyna N°759
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Email: unidaddocenciaeinvestigacion@hotmail.com
Ica

Anexo 6: Evidencias fotográficas

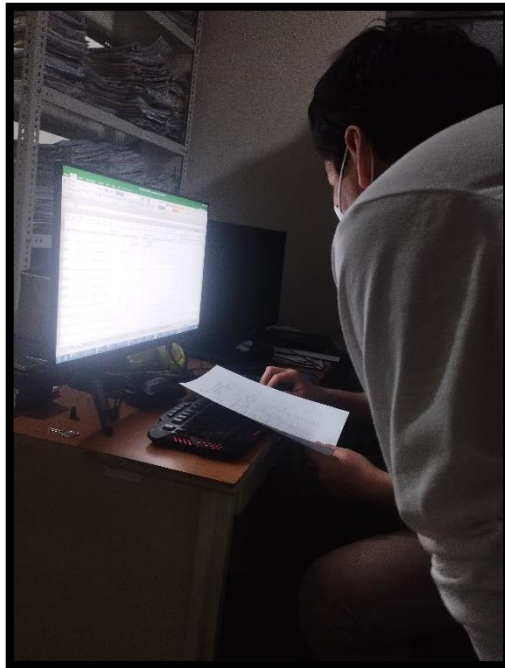
Hospital Santa María del Socorro



Oficina de docencia e investigación



Oficina de estadística



Archivo de historias clínicas



Recopilación de datos



Busqueda de historia clínica en el sistema



Busqueda de historia clínica física



Tabulación de datos

