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 asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022"

Presentado por:

QUISPE VILCHEZ MARIA ISABEL

ESTUDIANTE del nivel de **PRE GRADO** 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, 15 de agosto del 2023

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TESIS

“Factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022”

Línea de investigación

Salud pública y conservación del medio ambiente.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

BACH. MARIA ISABEL QUISPE VILCHEZ

ASESOR:

MG. DANIEL MODESTO LEON ARANDA

Ica, Perú

2023

Dedicatoria

Dedicado a aquellas personas que estuvieron a mi lado acompañándome a lograr este sueño, a mis queridos padres, por su amor, apoyo incondicional y espíritu de superación, a mis hermanos Jorge, Diana y Cindy por guiarme, apoyarme y ser mi inspiración, a mi mejor amiga Evelyn quien se convirtió en mi hermana durante estos años de carrera, a Aldo, por estar a mi lado cuando más lo necesitaba y creer en mi cuando yo no lo hacía, y a los grandes amigos que formé durante este largo pero memorable viaje.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a Dios, por brindarme muchas oportunidades a lo largo de mi vida y nunca dejar que me rinda a pesar de las circunstancias.

A mi querido Perú, país donde nací, crecí y tuve la dicha de estudiar una carrera noble como es la Medicina, y que hoy en día me incentiva a ejercerla con el esmero y conocimiento que se merece.

A mis padres, por apoyarme en todas mis decisiones, por enseñarme desde pequeña a ser responsable e independiente, a esforzarme para conseguir mis sueños, les agradezco por estar siempre conmigo y motivarme a soñar en grande. Los admiro y amo por la gran labor que hicieron con todos sus hijos, siempre serán mi motivación y mi mayor orgullo.

A mi madrina, mi segunda madre, por su cariño y apoyo, y por siempre sentirse orgullosa de mí.

Así mismo, a mis queridas hermanas Diana y Cindy, por no dudar en apoyarme, por siempre motivarme y no dejar que me conforme, se los agradezco y no las defraudaré.

A Evelyn y Aldo, por acompañarme durante estos años, por ser mi familia y soporte, por compartir el mismo sueño de ser médico, los quiero mucho.

Así mismo, agradezco a la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, mi alma mater, a mi querida Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión”, a los doctores y docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi formación académica, y en especial a aquellos que me mostraron el camino correcto para llegar a ser un buen médico.

Índice

Portada. I

Dedicatoria II

Agradecimientos III

Índice de contenido IV

Índice de tablas V

Índice de figuras VI

Resumen VII

Abstract VIII

I. Introducción 9

II. Estrategias metodológicas 23

III. Resultados 25

IV. Discusión 29

V. Conclusión 31

VI. Recomendaciones 32

VII. Referencias bibliográficas 33

VIII. Anexos 36

Anexo 1: Figuras 36

Anexo 2: Matriz de consistencia 40

Anexo 3: Operacionalización de variables 42

Anexo 4: Instrumento de recolección de información 43

Anexo 5: Permiso de la institución 44

Anexo 6: Validez de instrumento – Juicio de expertos 46

Anexo 7: Evidencias fotográficas 50

Índice de tablas

Tabla 1	Factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022	25
Tabla 2	Factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022	26
Tabla 3	Factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022	27
Tabla 4	Hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022	28

Índice de figuras

Figura 1	Edad y sexo de los pacientes con fístulas enterocutáneas	36
Figura 2	Tipo de cirugía y antecedente de tener diabetes mellitus de los pacientes con fístulas enterocutáneas	37
Figura 3	Estado nutricional y albuminemia de los pacientes con fístulas enterocutáneas	38
Figura 4	Consumo de tabaco y alcohol en los pacientes con fístulas enterocutáneas	39
Figura 5	Validez del instrumento por juicio de expertos	49

Resumen

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022.

Material y métodos: Investigación de tipo observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva pues solo cuenta con una variable de estudio. La población fueron todos los pacientes operados en el servicio de cirugía que presentaron fistula enterocutánea como complicación posoperatoria que son 62 pacientes de ambos sexos y de edades de 30 años a más. La investigación se desarrolló en la población. **Resultados:** De los pacientes que presentaron fístula enterocutánea, el 71% fueron de edades de 50 años a más, así mismo 61,3% eran de sexo masculino. Respecto al tipo de cirugía abdominal el 75,8% de los pacientes con fístula enterocutánea fueron de tipo digestiva y el 38,7% tenían diabetes mellitus. De los pacientes que presentaron fistulas enterocutáneas posoperatorias el 16,1% eran de bajo peso, 66,1% eran normopesos y el 17,7% eran obesos, además 69,4% tenían hipoalbuminemia. El 43,5% de los pacientes que tuvieron fístula enterocutánea posoperatoria consumía tabaco y el 46,8% consumía alcohol.

Conclusión. Los pacientes que presentaron fistulas enterocutáneas posoperatorias fueron la mayoría de edades de 50 años a más, de sexo masculino, operados sobre todo de cirugías en el tubo digestivo, con albuminemia menor a 3,5 gr/dl y con peso adecuado. Asimismo, un porcentaje considerable de pacientes tenía como antecedente diabetes mellitus, y consumo de tabaco y alcohol.

Palabras clave. Factores riesgo, fistulas, enterocutaneas, posoperatorias.

Abstract

Objective: To identify the risk factors associated with enterocutaneous fistulas in patients operated at the Regional Hospital of Ica in 2022.

Materials and Methods: This is observational, cross-sectional, retrospective and descriptive study, as it focuses on a single study variable. The population consisted of all patients who underwent surgery in the surgical department and presented enterocutaneous fistula as a postoperative complication, totaling 62 patients of both sexes and aged 30 years and over. The research was conducted on the entire population. **Results:** Among the patients who developed enterocutaneous fistulas, 71% were aged 50 years or older, and 61.3% were male. Regarding the type of abdominal surgery, 75.8% of patients with enterocutaneous fistula had undergone digestive surgery, and 38.7% had diabetes mellitus. Among the patients with postoperative enterocutaneous fistulas, 16.1% were underweight, 66.1% had normal weight, and 17.7% were obese. Additionally, 69.4% had hypoalbuminemia. Among the patients with postoperative enterocutaneous fistulas, 43.5% were tobacco users, and 46.8% consumed alcohol.

Conclusion: The patients who presented postoperative enterocutaneous fistulas were mostly 50 years of age or older, male, operated mainly on digestive tract surgeries, with albuminemia less than 3.5 gr/dl and with adequate weight. Likewise, a considerable percentage of patients had a history of diabetes mellitus, and tobacco and alcohol use.

Keywords: Risk factors, fistulas, enterocutaneous, postoperative.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Las fístulas enterocutáneas se consideran como una de las complicaciones más complejas que debe enfrentar el cirujano ya que su resolución requiere del manejo de diversos procedimientos médicos, nutricionales y quirúrgicos[1].

Las fístulas enterocutáneas complican del 2 al 10% las cirugías abdominales y por lo tanto constituyen un problema de salud asociado al ámbito hospitalario[2].

Se estima que del 75% al 90% de las fístulas enterocutáneas son producto de una intervención quirúrgica y errores de juicio quirúrgico. Las tasas de mortalidad notificadas del 15% al 37% son conocidas en todo el mundo. Su incidencia es del 10% en todos los pacientes con laparotomía establecida para tratar la peritonitis o síndromes compartimentales y alrededor de 55% en los que tienen sepsis por foco abdominal. Su tasa de mortalidad es muy alta, rozando el 40% en algunas series[3].

Las fístulas en la mayoría de los pacientes post operados, principalmente en los que se someten a cirugía de emergencia, suelen ser secundarias a dehiscencia de la anastomosis o afectación intestinal incidental en 2 a 10%. Cuando se asocia con desnutrición u otras comorbilidades, la mortalidad varía del 15% al 43%[2].

El apoyo nutricional se proporciona con frecuencia en pacientes con fístula gastrointestinal, y se ha planteado la hipótesis de que la desnutrición es un factor de riesgo para el desarrollo de fístulas enterocutáneas. En la mayoría de los casos, alrededor del 75-85%, la causa es iatrogénica postoperatoria, resultante de complicaciones como dehiscencia anastomótica o trauma o isquemia intraoperatoria. El 15-25% restante se forma espontáneamente como resultado de afecciones subyacentes, como enfermedades inflamatorias intestinales, isquemias mesentéricas o enfermedad pancreática aguda. El cierre con terapia conservadora es la meta para no aumentar la mortalidad que es del 6% al 33%[2].

Las fistula enterocutáneas son una de las complicaciones más graves de muchas enfermedades que compromete directa o indirectamente el tubo digestivo, y obedecen a diversos factores que se analizan en esta investigación, con la finalidad de tener en cuenta el perfil del paciente que presenta fistula enterocutánea y poder prevenir la presencia de la misma la que mejorará significativamente el pronóstico de vida de los pacientes post operados, además del tiempo de hospitalización que en estos pacientes suele ser muy prolongada con los riesgos al que se expone el paciente como son las infecciones intrahospitalarias.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Alvarado N, Giler W[4]; Ecuador 2022, en su estudio sobre fístulas enterocutáneas posquirúrgicas, las condiciones que lo favorecen y complicaciones en pacientes operados en el Hospital de Guayaquil entre el 2010 al 2014, de la totalidad del tamaño de la muestra en estudio que fueron 100 intervenidos quirúrgicamente, el 40% de los pacientes requirieron tratamiento intrahospitalario incrementando el uso de camas por largo periodo. El 44% fueron de edad de 41 a 60 años, con un promedio de 48,3 años; asimismo, el 57% de los pacientes correspondía al sexo masculino. Entre el factor de riesgo, el alcoholismo fue el indicado en un 36%, seguido de desnutrición en un 27%, el consumo de tabaco en un 8% y consumo de drogas en un 7%; el 7% presentó infección por VIH. El 30% correspondió al tipo de complicación más alto (peritonitis y absceso intraabdominal). Conclusión: Las condiciones asociadas a las fistulas enterocutáneas identificadas fueron el sexo masculino, edad de 41 a 60 años, el alcoholismo e hipoalbuminemia.

Caceres O[5]; México 2022, desarrolla su estudio sobre factores asociados a la fistulas enterocutáneas posquirúrgicas en el Hospital de Veracruz 2017 – 2021, cuyo propósito fue la de evaluar los factores asociados con mayor frecuencia al desarrollo de fístulas enterocutáneas posoperatorias. Se analizaron las historias clínicas de pacientes de 18 años o más con diagnóstico de fístula enterocutánea. Resultados: Se incluyeron 40 intervenidos quirúrgicamente, distribuidos en 15 (37,5%) femeninas y 25 (62,5%) varones, con una edad de 47,87 (±19,67). De estos, 11 (27,5%) fueron sometidos a inmunosupresión, 26 (65%) a cirugía de urgencia, 28 a cirugía abdominal (70%), 19 a sepsis abdominal (47,5%), 18 a tratamiento quirúrgico (45%), desnutrición (50%). Conclusiones: La hipoalbuminemia y la anemia fueron los factores más asociados al desarrollo de fístula enterocutánea, con una mortalidad del 30% en este estudio.

Suazo L[6]; Ecuador 2018, en su investigación sobre las fístulas enterocutáneas y sus factores asociados en posoperados en el Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, Guayaquil 2017 - 2018 cuya finalidad fue determinar las condiciones involucradas en la fístula enterocutánea y sus principales complicaciones después de la cirugía, metodología: se trata de un estudio del tipo no experimental, transversal y analítico. Seleccionaron 110 pacientes como universo a través de criterios de inclusión y exclusión, de los cuales 7 son seleccionados como muestra. El análisis de los resultados determinó que la prevalencia de complicaciones fue del 6,36%. Los autores concluyen que los principales factores de riesgo son la diabetes mellitus y la coagulopatía en un 50% en el 2017 y 33,3% en el 2018.

Santana S[7]; Cuba 2022, en su trabajo sobre un resumen de resultados del Proyecto "El Día de la Fístula" 2022 cuya finalidad fue la de caracterizar la evolución y el destino de los pacientes con

fístulas enterocutáneas en los nosocomios de América Latina. Metodología. Estudio tipo cohorte, prospectivo, longitudinal. La cohorte planeó 3 secciones transversales. Primer corte: al ingreso del paciente al estudio, Segundo corte: a los 30 días. Y el tercer (y último) corte: 60 días después. Serie de estudio: 177 pacientes (hombres: 58,2 %; edad media: 51,0 ± 16,7 años; ≥60 años: 36,2 %) diagnosticados y tratados por fístula enterocutánea. Resultados: Al finalizar el "Día de la Fístula", el índice evolutivo de la fístula enterocutánea. se comportó de la siguiente manera. Mortalidad: 14,7%. Hospitalización de larga duración: 47,4%, cierre espontáneo de fístula: 36,2%.

Muñoz E, Bravo N, Herrera J, Vallejo G[8]; Colombia 2022 realizaron su investigación en nuevas técnicas en el manejo de las fístulas enterocutáneas por laparatomía tipo Björck 4. Metodología, realizaron una evaluación retrospectiva de pacientes con fístula intestinal que se desarrollaron como complicación de una cirugía abdominal. Fueron atendidos íntegramente con un equipo multiprofesional. Se aplicó una nueva estrategia que se basa en la acción capilar tendiente a conservar limpio el tejido periostomal. El resultado fue: la estrategia es útil para evitar la infección del ostoma que luego fueron programados para cerrarlo quirúrgicamente con final exitoso. Conclusión. El tratamiento de las fístulas intestinales es un desafío importante para los Galenos y los grupos multidisciplinarios que tratan a los pacientes. Utilizada en pacientes con fístula intestinal con laparotomía Bjork 4, esta nueva técnica basada en la acción capilar es adecuada para evitar la infección del ostoma y por ende se logra la mejoría del paciente.

Nacionales

Perez F[9]; Arequipa 2021; en su estudio sobre los factores asociados a fístulas enterocutáneas en post operados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2001-2020 de Arequipa cuyo objetivo general fue la de identificar las condiciones que favorecen la formación de fístulas enterocutáneas; con una metodología: No experimental, de corte transversal, retrospectiva y descriptiva. Un total de 89 registros clínicos fueron sometidos a estudio con fístula enterocutánea, los resultados fueron: La frecuencia de fístulas enterocutáneas fue de 89 pacientes en el periodo de estudio, con una media de 4,4 casos anualmente. Los factores de riesgo más comunes asociados a fístula enterocutánea fueron sexo masculino, edad igual o mayor a 65 años, albuminemia < 2.5 gr / dL, riesgos de ASA III, Conclusión: Los principales factores que se asocian al desarrollo de fístulas enterocutáneas son la hipoalbuminemia, edades mayores y pacientes graves antes de la operación.

Ticse T[10]; Lima 2019; en su trabajo de investigación titulada: factores que estarían asociados a fístulas enterocutáneas posquirúrgicas de elevado drenaje en post operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2012-2018. Cuyo propósito fue la de identificar las condiciones asociadas a las fístulas enterocutáneas de elevado drenaje en sujetos intervenidos quirúrgicamente. Resultados: La media de la edad fue 59 años. El tipo de flujo predominante

fue alto en 58,62%, con único orificio de salida en 72.4% el íleon fue el lugar de origen en el 65.5%. Los factores que se asociaron fueron la albúmina < 3 gr /dl (OR:1,96 IC 95%: 1.4-2.7 p < 0,05), ASA > 2 (OR:1,56 IC: 95%: 1.1-2.2 p < 0,05), drenajes postoperatorios (OR:0,59 IC: 95%: 0.27-1.29 p < 0,05), edades > de 65 años (OR:1,31 IC: 95 %: 1.02-1.68 p <0.05) Conclusión: Es importante para todos los cirujanos conocer los factores de riesgo para guiar las decisiones clínicas o terapia quirúrgica pre y posoperatorias de los enfermos bajo su cuidado para reducir la aparición de esta complicación.

Yovera M[11]; Piura 2020; en su trabajo de investigación sobre el rol del drenaje en apendicectomías por cuadros apendiculares complicados en el Nosocomio Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, 2016 – 2019. Metodología. Transversal, cuantitativa de caso y control. Resultado. Se encontró a la fístula enterocutánea como complicación de las apendicetomías OR;0.28 IC:95% 0,06-0,73 p=0.014. Las apendicitis complicadas fue OR:0,084, IC 0,02 a 0,27, valor p <0,001. Conclusión. El uso de drenaje se relaciona con fistulas enterocutáneas.

Locales

No se encontraron estudios publicados en la web.

Marco teórico

Fístula enterocutánea. Una fístula es definida como la comunicación anormal de 2 tejidos con epitelio. La conexión de 2 partes del tracto gastrointestinal u órgano adyacente se conoce como fístula interna. Las exofístulas (como las fístulas enterocutáneas) afectan la piel externa u otro epitelio[12].

Una fístula enterocutánea también puede ser definida como una vía patológica desde el tracto gastro intestinal y la superficie de la piel. Podría producirse espontáneamente en sujetos con neoplasias malignas subyacentes, radiaciones o afecciones inflamatorias. Sin embargo, se presenta frecuentemente como complicaciones de las cirugías gastrointestinales, las fístulas enterocutáneas se clasifican según varios parámetros, incluido su origen y la cantidad de descarga. Los orificios del intestino delgado (< 1cm) y las fístulas largas (> 2cm) son favorables para el cierre con tratamiento conservador, mientras que los abscesos adyacentes, inflamaciones o estrechamientos intestinales, radioterapias y cuerpos extraños son condiciones asociados al impedimento del cierre espontáneo[12].

Las fístulas enterocutáneas se asocian a pérdida de líquidos intestinales que puede ser sustancial, incluyendo perdidas liquidas proteicas, de vitaminas y nutrientes necesarios para brindar calorías a los enfermos. La fístula enterocutánea de flujo alto es definido como aquella con gasto >500 ml en 24 horas y se asocia con mayor mortalidad en comparación con fístula enterocutánea de bajo gasto. Los estándares de atención se centran en el manejo de la sepsis, y la reposición del estado de líquidos, de nutrición y de electrolitos[12].

Los sujetos con fístula enterocutánea generalmente sufren de desnutrición por una enfermedad concomitante, una ingesta calórica reducida, mayores requerimientos de proteínas asociados con la inflamación sistémica y mayores pérdidas de nutrientes asociadas con la evacuación alta de la fístula, de allí que es necesario: Proporcionar las necesidades calóricas estimadas, mantener un equilibrio tanto de los líquidos como de los electrolitos e inducir el cierre espontáneo de la fístula enterocutánea. Nutrir al paciente parenteralmente tiene como propósito la de generar un descanso al intestino lesionado y facilitar su cicatrización espontánea, en tal sentido algunos recomiendan la administración de somatostatina para el cierre de la fistula de manera conservadora[12].

Asimismo, se ha sugerido alimentación enteral para nutrir al enfermo y mantener íntegro la mucosa del intestino, dependiendo de la localización y volumen de la fístula[12].

El tratamiento quirúrgico puede estar indicado para aquellos pacientes con fístulas que tienen poca probabilidad de cierre de manera espontánea. Por lo general, no se recomienda la cirugía durante los 3 primeros meses luego del trauma intestinal, lo adecuado es hasta que el estado nutricional del paciente haya mejorado y la respuesta inflamatoria aguda se haya resuelto[12].

Por lo tanto, los pacientes con fístula enterocutánea están sujetos para manejos médicos con larga data que incluye nutriciones enterales o parenterales, control estricto de líquidos y electrolitos y de complicaciones hasta que se logre el tiempo para la operación. Los sujetos con fístula enterocutánea necesitan de un enfoque multidisciplinario, lo que presenta desafíos significativos para médicos, nutricionistas, profesionales del cuidado de herida y ostomías, nutricionistas y otros[13].

Causas

Más del 80% resultan de una enterotomía, a menudo impredecible antes de la operación, o dehiscencia de una anastomosis intestinal. Las fístulas espontáneas sin que haya una intervención quirúrgica se producen por neoplasias, radioterapias, tumores, obstrucciones o inflamaciones del intestino entre otras causas[13].

Componentes de la fístula enterocutánea

Orificio de Origen: Dependiendo de la ubicación de las soluciones de continuidad a nivel del tracto gastrointestinal, pueden ser esófago, estómago, duodeno, intestino, colon y recto. Son laterales si sólo interrumpen parcialmente la continuidad intestinal y terminales si la interrupción es completa[14].

Drenaje: El drenaje de las fistulas puede hacerse en el interior de la cavidad abdominal a otra víscera (fistulas internas) o drenar al exterior de la cavidad abdominal (fistulas externas) o puede realizarse de manera mixta[14].

Trayecto: La conexión del orificio originario y la salida. Se determinaron por longitud de paso mayor a 2 cm como largas o profundas, entre estas se encuentran las fístulas saculares con espacios intermedios con mal drenaje que puede conducir a la formación de abscesos que empeoran significativamente al paciente[14].

Una fístula puede ser de desarrollo precoz o aguda o tardía o crónica. En la aguda no hay tejido propio por lo que su trayecto se forma de órganos adyacentes a lo largo de su trayecto. Mientras que la fístula crónica por otro lado, tienen sus propias paredes fibrosas que son más sólidas[14].

Epidemiología

Con respecto al Perú, según el Informe Técnico del MINSA 2015, aproximadamente el 95% de las fístulas enterocutáneas ocurrieron después de la cirugía, siendo el íleon la zona más comúnmente afectada. El 49% de las fístulas fueron de alto flujo y el 51% de bajo drenaje. Las principales causas de mortalidad son la sepsis, los cambios nutricionales y los desequilibrios electrolíticos[9].

Las condiciones que predisponen la generación de fístulas postoperatorias son la desnutrición, la depresión inmunológica, los traumatismos, las infecciones y los procedimientos de urgencia. Suelen ser secundarias a dehiscencia anastomótica o afectación intestinal inadvertida, con una tasa de mortalidad del 2-10% y del 15-43% cuando se asocian a desnutrición u otras comorbilidades[15].

Fisiopatología

El riesgo de formación de fístulas incluye dehiscencias parciales o completas de anastomosis intestinales con fuga de líquido, por enfermedades intestinales o sutura por una lesión. El manejo quirúrgico abierto, entre otras complicaciones, conduce al desarrollo de una gran fístula (enterostomía), conocida como fístula atmosférica intestinal, que constituye una condición devastadora[16].

Las fístulas enterocutáneas causan una variedad de alteraciones, y actúan sinérgicamente para causar una exacerbación rápida y potencialmente mortal del paciente. Estos están relacionados con:

- Pérdidas de contenido del intestino: Esto depende de la cantidad de contenido intestinal que se pierde lo que genera desequilibrios electrolíticos y de líquidos produciéndose complicaciones como infecciones, deshidratación y desnutrición con disminución de las defensas[17].

Los cambios frecuentes son hipovolemia, hipoproteinemia, acidosis metabólica, y las pérdidas de nutrientes asociadas con la ingesta reducida, el íleo posoperatorio y otros factores, como el incremento de gastos calóricos debido a la sepsis, que conducen a la emaciación y las deficiencias vitamínicas graves[18].

-Lesiones de la piel: El jugo gástrico o intestinal, por su PH, enzimas y contenido bacteriano, provocan molestias considerables al paciente, además de irritación química de la piel que puede llegar a romper las paredes y provocar quemaduras[18].

- Infección: la sepsis en estos pacientes es rara. Pueden presentarse como focales (abscesos), generalizadas (peritonitis), y a nivel del sitio quirúrgico y lesiones extraabdominales (abscesos esplénicos, hepáticos y endocarditis). La desnutrición asociada a esta condición predispone a los pacientes a episodios repetidos de septicemia, que es la principal causa de muerte en los pacientes[18].

-Afecciones vascular y Respiratoria: Los eventos tromboembólicos por sangrado masivo dada por erosión vascular masiva, la inmovilización es frecuente y son exacerbados por sepsis y desnutrición[18].

Sintomatología

Una evolución tórpida posoperatoria puede predecir la formación de una fistula que se manifestará en los próximos días del posoperatorio[18].

La trombosis y la supuración de una herida quirúrgica presagian una fuga posterior de líquidos intestinales a través de un tubo de drenaje, lo que confirma la presencia de una ruptura en la continuidad del tracto gastrointestinal. La ingestión de un colorante como el azul de metileno puede ayudar a probar rápidamente el diagnóstico. Los derrames de materia intestinal provocan infecciones parietales graves y dermatitis química, que suele ser muy dolorosa y que afectan el estado emocional del paciente[18].

Clasificación

Para definir correctamente el tipo de fístula, se debe conocer la secreción intestinal diaria recolectada a través de la fístula, la sección del intestino involucrada y la cantidad de aberturas de fístula abiertas.

Según el tramo digestivo afectado, se pueden definir algunos tipos de fístulas:

1) Proximales: Estómago. duodeno. Yeyuno e Íleon proximal.

2) Distal: Íleon distal y colon.

Dependiendo de la producción diaria, se clasifica:

Fístulas de gasto bajo con menos de 200 mililitros de gasto por día, gasto medio con gasto entre 200 y 500 mililitros por día, y se categoriza como emisión alta a las emisiones superiores a 500 mililitros. En general, la fístula de alto flujo tiene menor probabilidad de resolución espontánea y mayor riesgo de alteraciones metabólicas, pérdida de líquidos y desnutrición[3].

Factores de riesgo asociados

Muchos pacientes presentan un alto grado de desnutrición debido a una enfermedad subyacente (neoplasia, SIDA) o un nivel socioeconómico deficiente. Según lo permita la urgencia, la cirugía debe posponerse hasta tener una adecuada recuperación de la nutrición. Entre otros efectos perjudiciales, la hipoproteinemia reduce la actividad de los fibroblastos y por ende ralentiza el cierre de la herida de laparotomía y de la sutura intestinal[14].

Las mismas condiciones que impiden la resolución espontánea de la fístula, si están presentes en el paciente antes de la intervención quirúrgica, contribuyen a su aparición. Otra condición son las infecciones de la cavidad del abdomen, que impide cicatrizar el tejido de sutura, promueve la fuga anastomótica, favorece la laparotomía, expone el intestino y predispone a la perforación. En pacientes con múltiples cirugías o antecedentes de procesos inflamatorios peritoneales, las probabilidades de encontrar vísceras muy adheridas formando una peritonitis plástica son muy altas[14].

Aquí el cirujano realiza una disección muy cuidadosa y revisiones minuciosas de todo el tracto gastrointestinal, de allí que el desarrollo de una fístula depende de las intervenciones quirúrgicas: las anastomosis a tensión, la desvitalización de los extremos del intestino, los nudos sueltos o demasiado apretados y las lesiones inadvertidas son técnicas que facilitan la extravasación de líquido intestinal inmediatamente después de la cirugía[14].

Por otro lado, la implementación de estrategias como la sutura del intestino en mal estado, o la presencia de mallas protésicas que contactan directamente con órganos internos, contribuyen a la aparición de esta complicación[14].

Edad: Diversos estudios han observado que la edad más prevalente de los pacientes es de 59 años en promedio, y además reportan asociaciones significativas en los de 65 a más años[14].

Sexo: las fístulas son más comunes en varones que en mujeres, con un 70 a 90% de los casos reportados en hombres[14].

El tabaquismo es un factor de riesgo conocido para complicaciones en la cicatrización de heridas y cirugías, incluyendo fístulas enterocutáneas. Fumar puede afectar negativamente la capacidad del cuerpo para sanar adecuadamente, ya que el humo del tabaco contiene numerosas sustancias tóxicas que pueden dañar los vasos sanguíneos y disminuir el flujo sanguíneo a los tejidos. El tabaco reduce el suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos, lo que puede retrasar la cicatrización de la fístula y aumentar el riesgo de infección. Fumar debilita el sistema inmunológico, lo que puede hacer que la persona sea más susceptible a infecciones en el sitio de la fístula. Las personas fumadoras pueden tener más dificultades para recuperarse de cirugías o procedimientos destinados a cerrar la fístula debido a los efectos negativos del tabaquismo en la cicatrización[14].

El alcoholismo puede afectar negativamente la cicatrización de heridas debido a varios factores:

Disminución del flujo sanguíneo: El alcohol puede afectar la función de los vasos sanguíneos y reducir el flujo de sangre a los tejidos, lo que es esencial para una cicatrización adecuada. Las personas con alcoholismo crónico a menudo sufren de malnutrición, lo que puede afectar negativamente la capacidad del cuerpo para sanar y reparar los tejidos después de la cirugía. El consumo excesivo de alcohol debilita el sistema inmunológico, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones en el sitio quirúrgico y dificultar la curación de la fístula. Las personas con alcoholismo tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones médicas relacionadas con el hígado, corazón y otros órganos, lo que puede afectar negativamente la recuperación después de la cirugía[14].

Debido a estos factores, las personas con antecedentes de alcoholismo pueden tener un mayor riesgo de desarrollar fístulas enterocutáneas después de una cirugía abdominal. Es esencial que los pacientes que han sido diagnosticados con alcoholismo reciban atención médica especializada antes y después de la cirugía para minimizar los riesgos y optimizar el proceso de cicatrización[14].

Estado nutricional, los casos informados fueron variables, con alguna incidencia subnormal, pero mantuvieron una media de 23,7 kg/cm2, se mantuvieron dentro de la normalidad y no se estableció una asociación significativa[11].

La desnutrición, evaluada por los niveles de albúminas sanguíneas, se asocian con más riesgos de fístula posoperatorias y aún más riesgos de morbilidad y mortalidad si se producen fístulas, cuando es menos de 3 g/dL se asocia estadísticamente con el desarrollo de fístulas en pacientes postoperatorios[19,20].

La diabetes puede aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones después de una cirugía, como infecciones y problemas de cicatrización de heridas[16].

Sepsis: esta es una condición grave y mortal que ocurre al responder inmunológicamente el cuerpo ante una agresión. Existe asociación de la resistencia de los tejidos y las altas demandas metabólicas de esta condición, con el desarrollo de fístulas, una de las principales causas de mortalidad temprana[17].

Comorbilidades: La enfermedad inflamatoria intestinal y los trastornos metabólicos con aporte sanguíneo comprometido son condiciones desfavorables para una recuperación postoperatoria, satisfactoria siendo un factor favorecedor de fístulas[17].

Tratamiento inmunosupresor: aunque no se ha establecido una relación estadística, se ha establecido una asociación con el desarrollo de fistula enterocutánea[17].

Abordajes Quirúrgicos: La laparotomía es un método quirúrgico en la cual se realiza una incisión dentro del abdomen para su exploración. Sin embargo, hoy en día, la cirugía mínimamente invasiva, llamada laparoscopia, es mejor porque se desarrolla con una cámara para ver en vivo la cavidad del abdomen y permite realizar la operación a través de una pequeña incisión abdominal que acelera la recuperación posoperatoria[21].

Mientras que una laparotomía es un procedimiento que consiste en abrir la cavidad abdominal hacia adelante y se deja abierta intencionalmente, para reducir el riesgo de síndrome compartimental abdominal, manteniendo el abdomen abierto que permite reintervenciones sucesivas. Las fístulas secundarias a laparotomía están aumentando en incidencia con el uso de las cirugías de controles de daños, que mantenida por 7 días a más reduce la tasa de cierre abdominal y aumenta el riesgo de complicaciones[22].

Riesgo de anestesia: La clasificación de condiciones físicas de la Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA) evalúan e informan las comorbilidades preanestésicas, junto con el tipo de cirugía y el estado funcional, esto puede ayudar a predecir el riesgo peri operatorio, por lo que existe una asociación entre un elevado ASA con un mayor riesgo de presencia de fistulas posoperatorias[14].

Drenajes: Los drenajes favorecen la formación del trayecto de salida del contenido del intestino en dehiscencia anastomóticas y está estadísticamente asociado con la formación de fístulas[6].

Tipo de cirugía: Cirugía electiva significa minimizar los riesgos preparando al paciente con anticipación, eliminando otras fuentes infecciosas y mejorar la nutrición del paciente. En emergencias, la incapacidad de preparar adecuadamente al paciente aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias como baja de peso exagerada del paciente, infección y otras condiciones médicas que incrementan los riesgos para tener fístula enterocutánea. El elevado catabolismo resultante del estrés afecta la tasa y la gravedad de las complicaciones. Esto aumenta cuando se repite el estrés, como la reoperación[23,24].

Complicaciones asociadas:

Pérdida de jugo intestinal: Una fístula de alto o bajo flujo se define por la excreción de más o menos de 500 ml en 24 horas. Después de un ayuno de al menos un día[21].

La principal consecuencia de un paciente con una fístula entero cutánea de flujo elevado son los desequilibrios electrolíticos, siendo más grave cuanto más flujo tenga. Los cambios electrolíticos y del agua reducen el sodio, potasio, cloro, magnesio y zinc, lo que provoca deshidratación y trastornos metabólicos graves. Las pérdidas de líquidos y nutrientes ponen en riesgo al paciente para desarrollar una desnutrición severa incrementada por el aumento del gasto energético que necesita el paciente, todo ello vulnera al paciente a tener infecciones intra nosocomiales que tienen una alta mortalidad[21].

El líquido intestinal evacuado altera la superficie de la piel impidiendo el cierre de heridas. El primer resultado en este sentido suele ser una dermatitis química, con infecciones de las capas restantes y la aponeurosis muscular. Esto puede llevar a la destrucción de la pared abdominal si no se controla rápidamente. En la fístula del tracto digestivo superior, predominan lesiones químicas sobre las bacterianas, al contrario de lo que ocurre en la fístula inferior[25].

La septicemia reduce de manera significativa la probabilidad de cierre de las fistulas, teniendo una tasa de mortalidad del 75% al 85%. El cierre espontáneo de una fístula gastrointestinal

ocurre en el 90% dentro de 1 mes luego de que se controla la infección. Mientras que solo un 6% de los casos cierran cuando la infección no puede ser controlada, con una mortandad asociada del 85%[26].

La sepsis del catéter venoso debe ser considerada en estos pacientes pues por el tratamiento prolongado es necesario acceder a venas gruesas, la flebitis, la enfermedad pulmonar y las infecciones del tracto urinario son eventos frecuentes en pacientes con fístula. También los trastornos mentales que ocurren con frecuencia no deberían subestimarse. Muchos pacientes que se someten a una cirugía posoperatoria programada con la esperanza de una recuperación rápida se atemorizan ante complicaciones imprevistas y desagradables[14].

Los cambios en las perspectivas de tratamiento difíciles y a largo plazo, incluida la certeza de nuevas cirugías, crean inevitablemente una situación deprimente que es difícil de revertir. Los componentes nerviosos se agregan por déficit de aminoácidos que son necesarios para la síntesis de importantes neurotransmisores. Todos estos cambios actúan de forma sinérgica. causar un rápido deterioro de los pacientes y complicar los intentos de curación[14].

El manejo de la fístula ha sido un desafío para los profesionales y existen diversas variantes de fístulas y diferentes terapias. Actualmente el tratamiento conservador es la opción para las fístulas de bajo flujo que permiten el cierre natural y evitan la intervención quirúrgica. Para las fístulas de alto gasto, como las enteroatmosféricas, el tratamiento quirúrgico es la única opción al no haber posibilidad de cierre espontáneo[26].

Las fístulas enteroatmosféricas caracterizadas por tener alto flujo y ser superficiales rodeadas de tejido visceral, con salida de líquido mal controlado y por su alto contenido conducen a desnutrición severa en un corto período de tiempo[26,27].

Cuando se produce una fístula intestinal en un abdomen abierto congelado, se clasifica como Björk 4 y tiene una tasa de mortalidad del 42%, que está disminuyendo por los avances quirúrgicos y de cuidados[26,27].

La presencia de abdomen hostil es grave y es el producto de varias re intervenciones de urgencia. Una serie de estas cirugías conducen a la creación de una ostomía, la contracción de la fascia y la formación de adherencias fibrosas intraabdominales. Después de la fase aguda, se crea un abdomen menos accesible para la reconstrucción o el cierre[27].

La laparotomía con cierre abdominal diferido trae consigo un aumento de la tasa de fístula, la cual fue reportada con 12%[28].

La laparotomía es una alternativa para controlar la sepsis grave, pero la falta de un manejo sistemático del paciente y de un seguimiento estrecho da como resultado un aumento de la morbilidad y la mortalidad, lo que lleva a abdómenes Björck I y II en Björck III y IV[28].

Clasificación Björk

1a Operación limpia sin adherencia

1b Contaminación sin adherencia

1c Líquido intestinal, asa no fija

2a Limpia con adherencia fija

2b Contaminación con adherencia fija

2c Líquido intestinal, asa fija

3a Abdomen congelado pero limpio

3b Abdomen congelado contaminados

4 Abdomen congelado, fístulas intestinal atmosférica[28].

Formulación del problema

Problema principal

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?

Problemas Secundarios

¿Cuáles son los factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?

¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?

¿Cuáles son los factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?

¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?

Justificación e importancia de la investigación

Importancia

Importancia práctica. Este estudio brindará información relevante sobre los factores que incrementan la probabilidad de que el paciente presente fístulas enterocutáneas con lo que los cirujanos puedan contar para tomar medidas oportunas y evitar tal complicación en futuras intervenciones quirúrgicas.

Importancia teórica. La información que se manejará en este estudio es actualizada de allí que la investigación contribuirá en mejorar los conocimientos, facilitando una mejor comprensión de las fistulas enterocutáneas sobre la base de la evidencia local.

Importancia metodológica. La investigación se desarrollará siguiendo los pasos del método científico para evitar sesgos en su desarrollo, por lo que sus resultados serán útiles para comparaciones con otros estudios, así como para tomar medidas orientadas a disminuir la incidencia de esta complicación.

Importancia social. Los principales beneficiarios de esta investigación serán los pacientes que por múltiples causas pueden presentar riesgo de tener fistula enterocutánea luego de una operación quirúrgica pues, al ser operados por cirujanos con conocimientos sobre los factores que favorecerán la presencia de esta complicación, disminuirá la incidencia de las mismas.

Viabilidad. La investigación es viable económicamente en razón de que será autofinanciada por la propia investigadora en todo su desarrollo. Es viable metodológicamente pues se cuenta con los casos necesarios para tener resultados contundentes y seguros. Éticamente no existen conflicto de intereses ya que se realizará respetando los principios éticos para el desarrollo de investigaciones en humanos.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Objetivos específicos

Determinar los factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Determinar los factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Determinar los factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Determinar los hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Estudio de nivel descriptivo por lo que no aplica formular hipótesis

Variables

Variable de estudio

Fístulas enterocutáneas

Variables de caracterización

Factores demográficos

- Edad
- Sexo

Factores clínicos

- Tipo de patología
- Comorbilidades

Factores nutricionales

- Estado nutricional
- Niveles de albúmina

Hábitos nocivos

- Tabaquismo
- Alcoholismo

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo: Investigación de tipo observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva pues solo cuenta con una variable de estudio.

Diseño Cuantitativo.

Población.

Todos los pacientes operados en el servicio de cirugía que presentaron fistula enterocutánea como complicación posoperatoria que son 62 pacientes de ambos sexos y con edades mayor o igual a 30 años.

Muestra

La investigación se desarrolló en la población por lo que la muestra es censal.

Criterios de inclusión

Paciente que presenta fístula enterocutánea

Paciente operado en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Ica

Paciente operado en el año 2022

Paciente con edad mayor o igual a 30 años

Criterios de exclusión

Pacientes con fístulas enterocutáneas que no fueron operados en el Hospital Regional de Ica

Pacientes cuya fístula se deba a neoplasias malignas.

Pacientes con historias clínicas con datos incompletos.

Pacientes menores de 30 años

Técnica de Muestreo.

Los pacientes a seleccionar serán todos los que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

La técnica

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas por ello la técnica de recolección de datos es la documental, dichos datos contenidas en las historias clínicas se accedieron previa autorización de la dirección ejecutiva del Hospital Regional de Ica con el visto bueno de la Unidad de Investigación de dicho nosocomio.

Instrumento: Se trató de una ficha de recolección de datos donde se consignan los indicadores de cada variable, elaborada por el investigador y habiendo sido validada en el estudio de Ticse T[10] Factores asociados a fístulas entero cutáneas posquirúrgicas de alto flujo en operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2012-2018, adicionalmente, en la actualidad, fue validado

por el juicio de tres expertos que concluyeron con una valoración cuantitativa de 97% (primer experto), 95% (segundo experto) y 94% (tercer experto) (Anexo 6).

Proceso. Los pacientes con fístulas enterocutáneas fueron identificadas en los registros de pacientes del servicio de Cirugía del Hospital Regional, a partir de estos se procedió a revisar cada historia clínica y pasada los datos de las historias clínicas a cada ficha individual de cada pacientes, y estos datos de las fichas de datos serán digitadas en el programa SPSS v24 debidamente codificadas para obtener de este software los estadísticos descriptivos, como son los valores absolutos y relativos, además de las tablas descriptivas.

Ética. El desarrollo de la investigación se realizó siguiendo las normas éticas para investigaciones estipuladas en el Código de Núremberg, Reporte Belmont y Normas de Helsinki. Principio de no maleficencia: El estudio se realizó en los registros clínicos de los participantes lo que evita daño a la salud física o mental de los pacientes. Principio de beneficencia: El estudio se desarrolló con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de los pacientes operados. Principio de justicia. Las fichas fueron numeradas a fin de respetar el anonimato de los participantes lo que garantiza un trato justo de cada paciente al no conocer la identificación de los pacientes por parte del investigador.

Los resultados de la investigación son solo de utilidad para el avance de la ciencia.

III: RESULTADOS

Tabla 1. Factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	≥ 50 años	44	71,0%
	30 - <50 años	18	29,0%
	Total	62	100,0%
Sexo	Masculino	38	61,3%
	Femenino	24	38,7%
	Total	62	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 1 se muestra que, del 100% de la población, en referencia a las edades, el 71% se encontraba en edades de 50 años a más y el 29,0% en edades menores a 50 años y mayores a 30 años; en cuanto al género, el 61,3% correspondían al sexo masculino y 38,7% al sexo femenino, evidenciándose así, mayor predominancia del género masculino y de pacientes con edades de 50 años a más.

Tabla 2. Factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Tipo cirugía	Digestiva	47	75,8%
	No digestiva	15	24,2%
	Total	62	100,0%
Diabetes mellitus	Con diabetes mellitus	24	38,7%
	Sin diabetes mellitus	38	61,3%
	Total	62	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 2 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al tipo de cirugía abdominal, el 75,8% de los pacientes tuvieron una cirugía de tipo digestiva y el 24,2% de tipo no digestiva, evidenciándose mayor porcentaje en los pacientes que se sometieron a una cirugía de tipo digestiva, por otro lado, en referencia al antecedente de tener diabetes mellitus, el 38,7% presentaba diabetes mellitus como condición preexistente y el 61,3% no lo presentaba, siendo este último, el que mayor porcentaje mostró.

Tabla 3. Factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Estado nutricional	Bajo de peso	10	16,1%
	Normopeso	41	66,1%
	Sobrepeso u obesidad	11	17,7%
	Total	62	100,0%
Albuminemia	Hipoalbuminemia	43	69,4%
	Normo albuminemia	19	30,6%
	Total	62	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 3 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al estado nutricional, el 16,1% correspondían a pacientes con bajo peso, el 66,1% eran normopesos y el 17,7% eran obesos, predominando así, en los pacientes que tenían un peso adecuado; con respecto a los niveles de albúmina en sangre, se evidenció un mayor porcentaje en los pacientes con hipoalbuminemia ya que representó el 69,4% seguido de los que tenían la albumina en sangre en valores normales siendo el 30,6%.

Tabla 4. Hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Consumo de tabaco	Consume tabaco	27	43,5%
	No consume tabaco	35	56,5%
	Total	62	100,0%
Consumo de alcohol	Consume alcohol	29	46,8%
	No consume alcohol	33	53,2%
	Total	62	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 4 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al consumo de tabaco, el 43,5% de los pacientes lo consumía y el 56,5% no lo consumía, encontrándose así, mayor frecuencia de pacientes que no consumían tabaco; en referencia al consumo de alcohol, el 53,2% no lo consumía, seguido de 46,8% que sí consumían alcohol.

IV: DISCUSIÓN

Los pacientes que por diversas circunstancias presentan fistulas enterocutáneas tienen un tiempo de hospitalización marcadamente elevado como se evidencia en el estudio de Santana[7] donde el 47,4% tuvo una hospitalización de larga duración y una mortalidad de 14,7%, así mismo los gastos que genera su tratamiento son muy altos tanto para el paciente como para la institución sanitaria por lo que se han ideado diferentes técnicas de tratamiento como aquella que se basa en la acción capilar como indica Muñóz E, Bravo N, Herrera J, Vallejo G[8] para evitar la infección de la fístula y por ende lograr la recuperación del paciente; es así que se desarrolló este estudio tendiente a conocer demográfica, clínica, nutricional y de hábitos nocivos de los pacientes que presentan esta complicación posoperatoria, obteniéndose tras el análisis, con respecto a los factores demográficos, que la mayoría de los pacientes eran de edades de 50 años a más (71%) comparado con los de menos de 50 a 30 años (29%), se sabe que las fistulas enterocutáneas son más frecuentes luego de los 65 años[14], resultado que es concordante con lo encontrado en el estudio de Perez[9] que concluye que la prevalencia de esta complicación es mayor en los pacientes mayores de 65 años (61,3%), lo mismo encuentra Ticse[9] en su estudio en el Hospital María Auxiliadora cuya media de la edad resultó en 59 años y Alvarado N, Giler W[4] en Guayaquil – Ecuador cuyo rango de edad de pacientes que presentaron fístulas enterocutáneas fue 41 a 60 años (44%) con una media de 48,3.

Respecto al sexo se ha encontrado una mayor prevalencia de esta complicación en el sexo masculino (61,3%), pudiendo deberse a que en este sexo los hábitos nocivos son más frecuentes y por ende estarían contribuyendo a aumentar la prevalencia[14], esta relación es también encontrada en el estudio de Caceres[5] pues en su estudio encuentra que el 62,5% de los pacientes eran varones en el Hospital de Veracruz en el 2021, la cual es corroborada en el estudio de Perez[9] en Arequipa que demuestra una mayor prevalencia de fístulas enterocutáneas en varones y en el estudio de Alvarado N, Giler W[4] (57%).

En relación a los factores clínicos se encontró que una gran parte de los pacientes que presentan esta complicación son aquellos que fueron operados de una patología digestiva abdominal (75,8%) la que incluye intervenciones a nivel de estómago intervenidos por manga gástrica o úlceras, las del intestino delgado, descompresivas o de adherencias, y de intestino grueso y apéndice siendo estas últimas patologías más influyentes, ya que sus complicaciones generan que el paciente termine con ileostomía o colostomía, lo mismo es encontrada en el estudio de Yovera[11] pues concluye que la fístula enterocutánea como complicación de las apendicectomías complicadas tiene un valor $p < 0{,}001$.

La diabetes mellitus esta como antecedente en muchos de los pacientes (38,7%). En personas diabéticas sometidas a cirugías abdominales, el riesgo de desarrollar fístulas enterocutáneas puede aumentar debido a la afectación de los vasos sanguíneos y nervios, que son fundamentales para la adecuada cicatrización de las suturas quirúrgicas[19], resultado similar al

encontrado en la investigación de Suazo[6] en el Ecuador en el 2022 que indica que un factor importante presente en los pacientes que tuvieron fistula enterocutáneas es la diabetes mellitus tipo 2 (50%).

Respecto a los factores nutricionales se determinó que un porcentaje considerable de pacientes mal nutridos o con sobrepeso u obesidad presentan esta complicación posoperatoria (16,1% y 17,7% respectivamente). La desnutrición, evaluada por los niveles de albúminas sanguíneas, se asocian con más riesgos de fístula posoperatorias y aún más riesgos de morbilidad y mortalidad si se producen fístulas, cuando es menos de 3 g/dL se asocia estadísticamente con el desarrollo de fístulas en pacientes postoperatorios[19,20]. Al respecto el estudio de Alvarado N, Giler W[4] encuentra en Guayaquil que el 27% de los pacientes tenían desnutrición al igual a Cáceres O[5] (50% de pacientes).

Del mismo modo la mayoría de los pacientes que presentaron fistula enterocutánea presentaban niveles de proteínas bajas en sangre sobre todo la de albuminas (69,4%), sabiendo que para una buena cicatrización se necesita de proteínas[20], respecto a este hallazgo el estudio de Perez[9] encuentra que la albuminemia menor de 2.5 gr/dl es un factor de riesgo para el desarrollo de fístulas enterocutáneas, y Ticse[10] encuentra que albuminemia menor de 3 es un factor de riesgo para presentar la complicación.

Por último, se valoró el efecto de dos hábitos nocivos comúnmente consumidos en la población, determinándose que el consumo de tabaco en los pacientes con fistulas enterocutáneas posoperatorias se presentó en un porcentaje alto (43,5%) en relación a la población general, sabiendo que el tabaquismo dificulta la cicatrización y disminuyen las defensas[14], como menciona Alvarado N, Giler W[4] en su investigación en Guayaquil en el 2022 que el 8% de los pacientes consumía tabaco, que es un porcentaje bajo respecto al encontrado en el estudio explicable porque el consumo de tabaco depende de cada sociedad y área geográfica.

En la misma dirección se encontró el consumo de alcohol en estos pacientes pues el porcentaje de antecedente de consumo de bebidas alcohólicas fue elevado (46,8%) en estos pacientes, debiéndose a que estos pacientes frecuentemente son desnutridos y con bajas defensas[14], Alvarado N, Giler W [4] encuentran un porcentaje de pacientes que consumen alcohol de 36%, lo cual es similar al del estudio.

V: CONCLUSIONES

Luego de la contrastación de los resultados con los antecedentes en referencia a los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en los pacientes operados en el Hospital regional de Ica en el año 2022, se expone las siguientes conclusiones.

1. La mayoría de los pacientes con fistulas enterocutáneas se encuentran en edades de 50 años a más.

2. El sexo más prevalente en los pacientes con fistulas enterocutáneas es el sexo masculino.

3. La mayoría de los pacientes que presentaron fistula enterocutánea fueron consecuencia de cirugías en el tubo digestivo.

4. Un alto porcentaje de pacientes con fistula enterocutánea tiene como antecedente presentar diabetes mellitus tipo 2.

5. La mayoría de los pacientes con fistula enterocutáneas presentaron un peso adecuado, sin embargo, un porcentaje considerable tienen un peso mayor o menor a lo normal.

6. La albuminemia fue menor a 3,5 gr/dl en una alta proporción de pacientes.

7. El consumo de tabaco es frecuente en los pacientes que presentan fistula enterocutánea.

8. El consumo de alcohol es alto en los pacientes que presentan fistula enterocutáneas posoperatorias.

VI: RECOMENDACIONES

1. Se debe tomar mayores precauciones en las intervenciones quirúrgicas cuando se trata de pacientes mayores, por ende, la evaluación preoperatoria en estos pacientes debe ser más minuciosa y estricta, así como su posoperatorio.
2. Las intervenciones quirúrgicas en pacientes varones deben ser programadas para que se desarrolle con dos cirujanos ya que se trata de pacientes cuya pared abdominal es más gruesa y con poca relajación que dificulta un tratamiento quirúrgico óptimo.
3. Las cirugías en el tubo digestivo deben ser evaluadas cuidadosamente antes de su ejecución a fin de que se deriven oportunamente a centros de mayor complejidad si es que la cirugía prevé complicaciones o tomar las precauciones necesarias para evitar que estas ocurran.
4. Es fundamental tratar y controlar adecuadamente a los pacientes con diabetes mellitus a fin de que se evite los efectos negativos de esta condición en la cicatrización de las lesiones o suturas del tubo digestivo, por ende, es imprescindible que el profesional médico siempre esté actualizado con respecto al manejo de esta enfermedad.
5. Tener en cuenta la necesidad de nutrición parenteral en pacientes sometidos a cirugías digestivas y que estarán mucho tiempo en ayunas al igual que en aquellos que son de bajo peso. Con respecto a los pacientes obesos o con sobrepeso se debe tener en consideración que la relajación del paciente, durante la cirugía, debe ser óptima, lo cual se debe dar en coordinación con el anestesiólogo.
6. Considerar la mejora de los niveles de albúmina en sangre >3.4 g/dL en todos los pacientes que pueden esperar una cirugía digestiva, y de esta manera tener niveles óptimos de proteínas que aseguren una cicatrización adecuada, teniendo la posibilidad de adminístralo por vía parenteral.
7. Promover mediante campañas preventivo promocionales sobre los buenos estilos de vida y adecuada alimentación, así como su importancia en la recuperación exitosa tras someterse a un procedimiento quirúrgico. Asimismo, la difusión constante en medios de comunicación sobre los efectos nocivos en la salud al consumir tabaco y alcohol.
8. Considerar la contratación de personal de salud especializado en manejo de ostomías ya que de esa manera se evitará los estragos que causa el líquido que drena a la piel tales como la dermatitis química o infecciones, asimismo capacitar a todo el personal médico sobre el manejo adecuado de las fístulas enterocutáneas.

VII: Referencias bibliográficas.

1.- Díaz E. Evaluación costo efectividad en el tratamiento de las fistulas enterocutaneas en dos instituciones de salud en la ciudad de Cali 2019. https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/13780

2.- 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. URL: https://hdl.handle.net/20.500.12371/16802

3.- Durán Muñoz-Cruzado VM, Tallón Aguilar L, Tinoco González J, Sánchez Arteaga A, Tamayo López MJ, Pareja Ciuró F, et al. Actualización sobre el manejo de la fístula enterocutánea y fístula enteroatmosférica. Cir Andal. 2019;30(1):40-47.

4.- Alvarado de la Cruz N, Giler Cedeño W. Fístulas enterocutáneas postquirúrgicas, factores de riesgo y complicaciones en el Hospital Guayaquil. 2022. Revista Facultad de Ciencias Médicas, 3(2), 15–25. Recuperado a partir de: https://revistas.ug.edu.ec/index.php/fcm/article/view/1818

5.- Caceres Von Roehrich O. Factores asociados a fistulas entero-cutaneas postquirúrgicas en el Hospital de alta especialidad de Veracruz 2021. https://cdigital.uv.mx/handle/1944/52201?show=full.

6.- Suazo Suárez L. Fístulas enterocutáneas: factores de riesgo y complicaciones en pacientes postquiúrgicos Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, 2018. https://fdocuments.ec/document/universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-mdicas-se-toma-como-concepto.html

7.- Santana S. Resumen de los resultados del Proyecto "El Día de la Fístula" Rev Cubana Aliment Nutr 2022;32(1 Supl 2): S11-S17

8.- Muñoz-Ruiz, E. O.; Bravo-Flórez, N. M.; Herrera Chaparro, J. A.; Vallejo-Vallecilla, G. Nueva técnica Para Control De contaminación De fístulas enteroatmosféricas En Abdomen Abierto Björck 4. Método De Capilaridad (MECA). Rev Colomb Cir 2021, 37, 90-95.

9.- Perez Romero, F. Factores de riesgo en pacientes con fístulas enterocutáneas del servicio de cirugía general del hospital regional Honorio Delgado Espinoza durante el período 2001-2020 Arequipa. URI: http://hdl.handle.net/20.500.12773/13164

10.- 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 período 2012-2018. URL: http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2932

11.- Yovera Risco, M. Rol de drenajes en apendicitis aguda complicada en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Paita, abril de 2016 a abril de 2019. URL: https://hdl.handle.net/20.500.12759/6137

12.- Díaz-Pizarro Graf J. Guías Clínicas ASPEN-FELANPE: Terapia Nutricional en Pacientes Adultos con Fístulas Enterocutáneas. Nutr. Hosp. vol.37 no.4 Madrid jul./ago. 2020 Epub 14-Dic-2020. https://dx.doi.org/10.20960/nh.03116

13.- Daza Choque, C. Factores de riesgo asociados a fistula en gastrectomizados por cáncer gástrico avanzado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2015- 2017. URL: http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5587

14.- Galindo F. Fístulas enterocutáneas. Capitulo III-255 Enciclopedia Cirugía Digestiva 2020. Disponible en: https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/dcincuentaycinco.pdf.

15.- Nazario Dolz A, Fístula enterocutánea en una hernia incisional. La Habana. Rev haban cienc méd 2021 20(6) Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4357

16.- Serrano Moreno, Elena María. Intervenciones para el automanejo de estomas de alto débito y fistulas enterocutaneas concomitantes. Paraninfo Digital. 2022; (34): oebe22m3v3. Disponible en: http://ciberindex.com/c/pd/oebe22m3v3 [acceso: 19/12/2022]

17.- Zabala López, I. Paciente con fístula enterocutánea e importante deterioro de la integridad cutánea. Rev. Rol enferm; 42(4,supl): 10-15, abr. 2019. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6948747

18.- Pacheco López C. Fístula enterocutánea secundaria a adherencias Intestinales + resección de segmento intestinal por Laparotomía con anastomosis de termino terminal por Isquemia intestinal + abdomen congelado, 2018. URL: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28133/2/CAROLINA%20PACHECO.pdf

19.- Martínez Santiago, N. Relación entre la puntuación de control nutricional (CONUT) y duración de fístulas enterocutáneas posquirúrgicas. URL: https://hdl.handle.net/20.500.12371/11837

20.- Casanova Suarez, A. Cuidados de la herida con fístula enterocutánea postoperatoria, Rev. Rol enferm ; 42(4,supl): 69-74, abr. 2019. ilus

21.- Rappoport Stramwasser J. Fístulas entéricas. Apuntes de Hernia HCUCH. 23 de julio de 2019. Disponible en: https://www.cirugiadocente.com/wp-content/uploads/2020/04/Fistula-final.pdf

22.- Vélez Salgado, J. Fístula enterocutánea secundaria a adherencias intestinales + resección de segmento intestinal por laparotomía con anastomosis de termino terminal por isquemia intestinal + abdomen congelado. URL: http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/28133

23.- Rodríguez-Garibay D. Enfoque no quirúrgico de fístula enterocutánea de alto gasto. revista Ocronos. Vol. V. Nº 7–Julio 2022. Pág. Inicial: Vol. V; nº 7: 101-3. https://revistamedica.com/enfoque-no-quirurgico-fistula-enterocutanea-alto-gasto/

24.- Aiello Crosifoglio V. Capítulo 20: Fístulas gastrointestinales, 2022-12-19 2:53 ©2022 McGraw Hill. All. https://accessmedicina.mhmedical.com

25.- Rodríguez M. Factores de riesgo asociado a fuga anastomotica en pacientes que fueron sometidos a cirugía intestinales atendidos en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca. Managua. 2018.

26.- Dávila-Ruiz E. Endoprótesis intestinal recubierta para manejo de fístula enteroatmosférica, reporte de caso y revisión de la literatura. Cir. cir. vol.90 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2022 Epub 14-Feb-2022. https://doi.org/10.24875/ciru.20000925

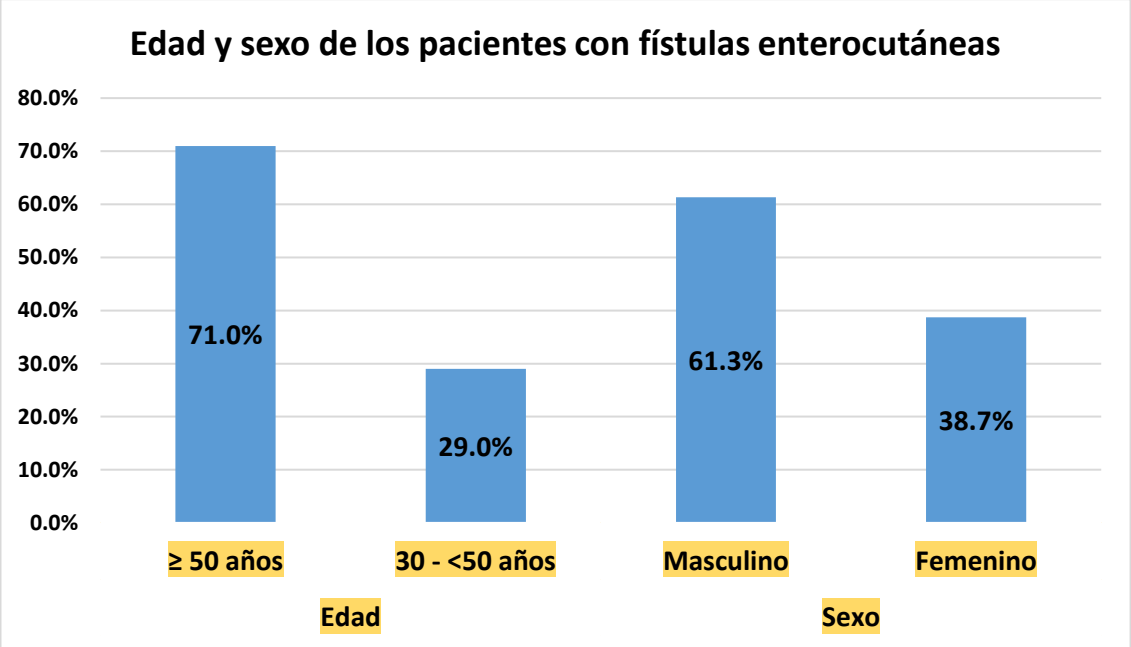
27.- Padillo Eguía A. Diseño y desarrollo de una metodología de estandarización para prótesis personalizadas en el control local del efluvio intestinal por fístula enteroatmosférica. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/243116/1/fistula_enteroatmosferica.pdf

28.- Caballero Arévalo A. Abdomen hostil: complicación quirúrgica ulterior a 9 intervenciones. Rev Cient Cienc Med 2018; 21 (1):107-112. http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v21n1/v21n1_a17.pdf

VIII: Anexos

Anexo 1: Figuras

Figura 1: Factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

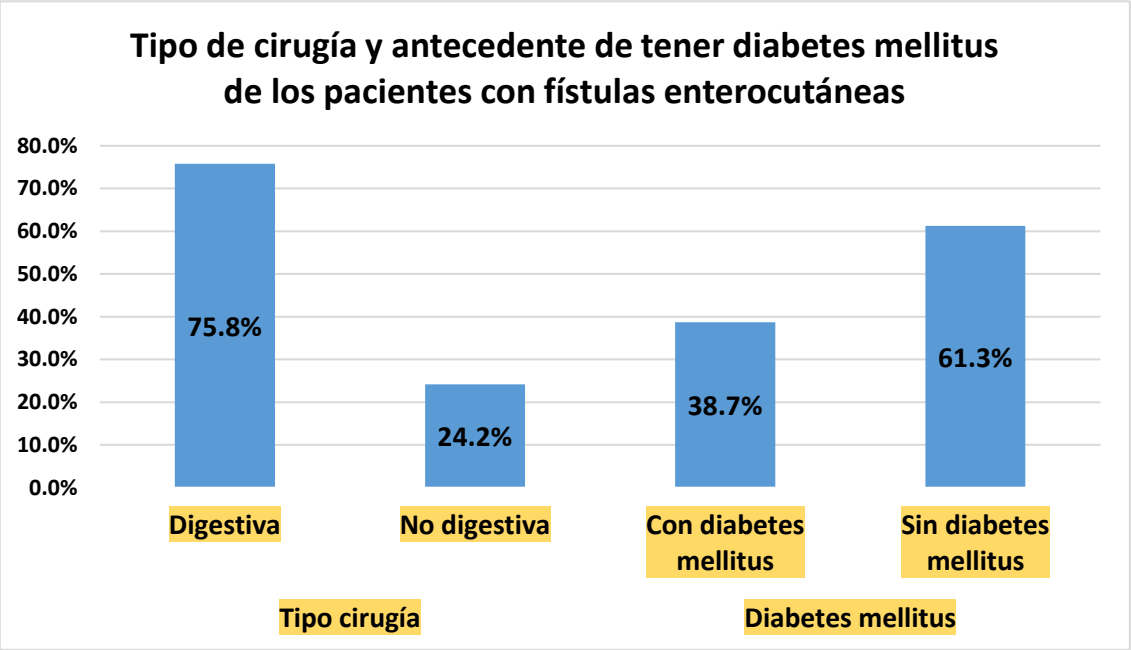


Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 1 se muestra que, del 100% de la población, en referencia a las edades, el 71% se encontraba en edades de 50 años a más y el 29,0% en edades menores a 50 años y mayores a 30 años; en cuanto al género, el 61,3% correspondían al sexo masculino y 38,7% al sexo femenino, evidenciándose así, mayor predominancia del género masculino y de pacientes con edades de 50 años a más.

Figura 2: Factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

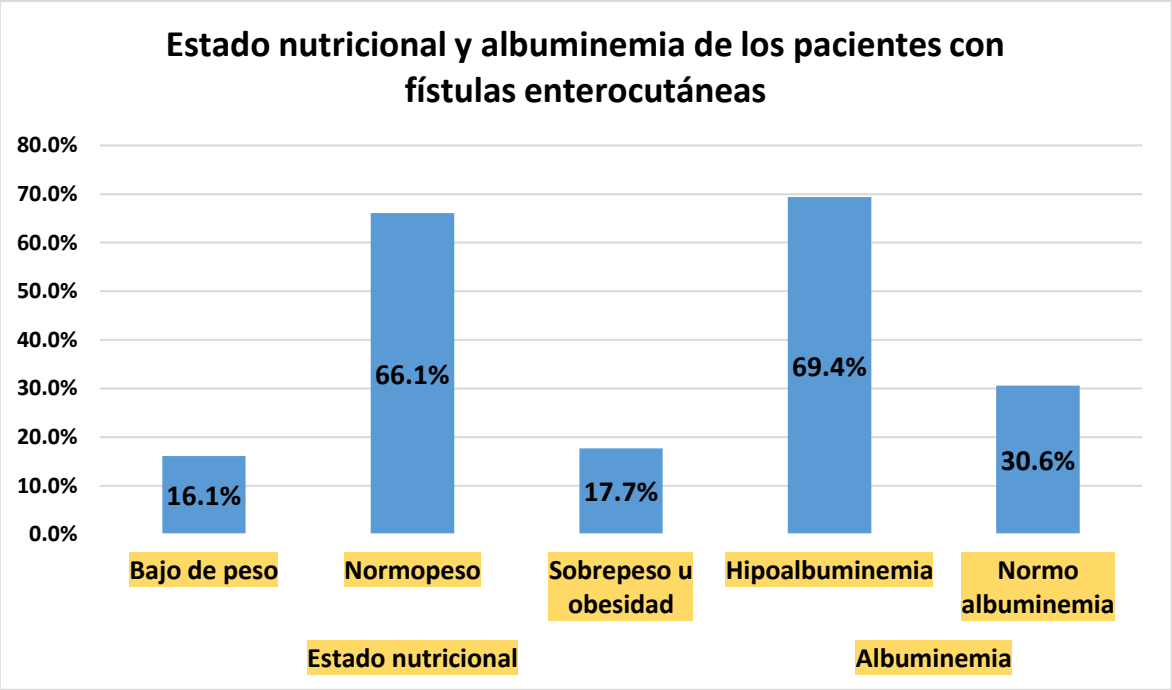


Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la figura N° 2 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al tipo de cirugía abdominal, el 75,8% de los pacientes tuvieron una cirugía de tipo digestiva y el 24,2% de tipo no digestiva, evidenciándose mayor porcentaje en los pacientes que se sometieron a una cirugía de tipo digestiva, por otro lado, en referencia al antecedente de tener diabetes mellitus, el 38,7% presentaba diabetes mellitus como condición preexistente y el 61,3% no lo presentaba, siendo este último, el que mayor porcentaje mostró.

Figura 3: Factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

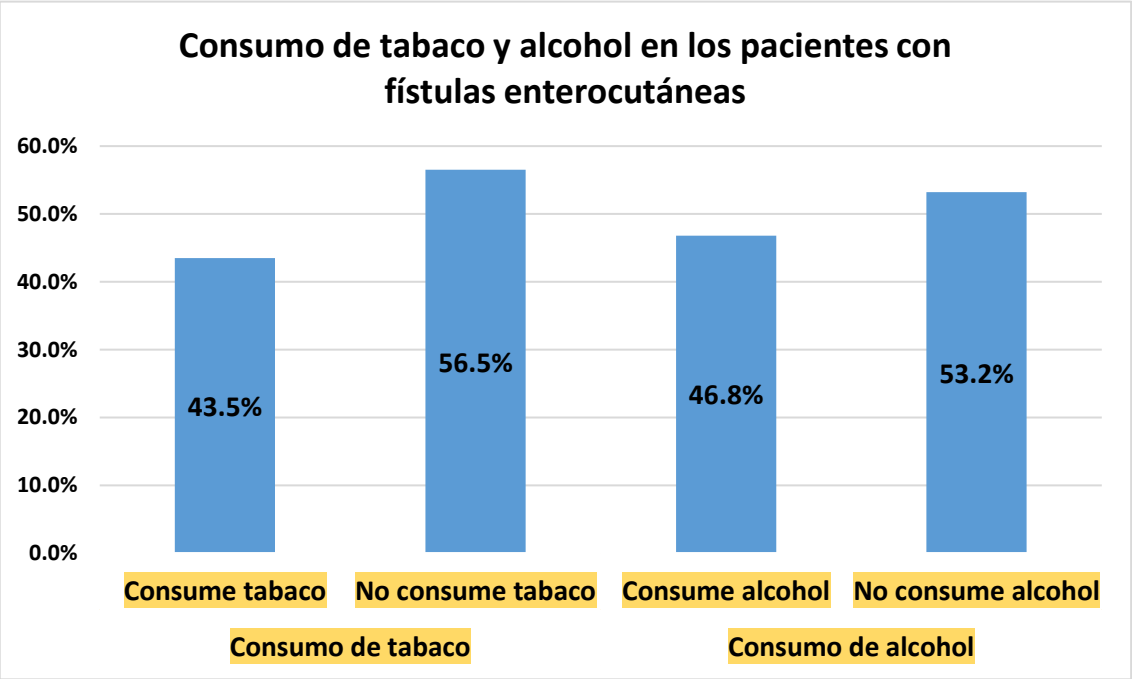


Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la tabla N° 3 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al estado nutricional, el 16,1% correspondían a pacientes con bajo peso, el 66,1% eran normopesos y el 17,7% eran obesos, predominando así, en los pacientes que tenían un peso adecuado; con respecto a los niveles de albúmina en sangre, se evidenció un mayor porcentaje en los pacientes con hipoalbuminemia ya que representó el 69,4% seguido de los que tenían la albumina en sangre en valores normales siendo el 30,6%.

Figura 4: Hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022



Fuente: Elaboración propia

Interpretación

En la figura N° 4 se muestra que, del 100% de la población, con respecto al consumo de tabaco, el 43,5% de los pacientes lo consumía y el 56,5% no lo consumía, encontrándose así, mayor frecuencia de pacientes que no consumían tabaco; en referencia al consumo de alcohol, el 53,2% no lo consumía, seguido de 46,8% que sí consumían alcohol.

Anexo 2: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización Variable	Método
Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022? **Problemas Secundarios** ¿Cuáles son los factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022? ¿Cuáles son los factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022? ¿Cuáles son los factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022? ¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022?	**Objetivo general** Identificar los factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022 **Objetivos específicos** Determinar los factores demográficos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022 Determinar los factores clínicos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022 Determinar los factores nutricionales de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022 Determinar los hábitos nocivos de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022	**Hipótesis general** No aplica	**Variable de estudio** Fístulas entero cutáneas **Variables de caracterización** Factores demográficos • Edad • Sexo Factores clínicos • Tipo de patología • Comorbilidades Factores nutricionales • Estado nutricional • Niveles de albúmina Hábitos nocivos • Tabaquismo • Alcoholismo	**Tipo**. Investigación de tipo observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva pues solo cuenta con una variable de estudio. **Diseño** Cuantitativo. **Población.** Todos los pacientes operados en el servicio de cirugía que presentaron fistula enterocutánea como complicación posoperatoria que son 62 pacientes de ambos sexos y con edades mayor o igual a 30 años. **Muestra** La investigación se desarrollará en la población por lo que la muestra es censal. **La técnica** Los datos serán obtenidos de las historias clínicas por ello la técnica de recolección de datos es la documental, dichos datos contenidas en las historias clínicas se accederán

				previa autorización de la dirección ejecutiva del Hospital Regional de Ica con el visto bueno de la Unidad de Investigación de dicho nosocomio. **Instrumento** Se trata de una ficha de datos donde se consignan los indicadores de cada variable, elaborada por el investigador y habiendo sido validada en el estudio de Ticse T[10] Factores asociados a fístulas entero cutáneas posquirúrgicas de alto flujo en operados en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2012-2018, adicionalmente, en la actualidad, es validado por el juicio de tres expertos.

Anexo 3: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Fuente
Variable de estudio Fístulas entero cutáneas	Complicación posoperatoria que obedece a múltiples causas que se caracteriza por una comunicación del tubo digestivo con la superficie de la pared abdominal	Presencia de un conducto anormal formado que comunica la luz intestinal con la superficie de la piel	Fistula enterocutánea	Historia clínica
Variables de caracterización Factores demográficos	Factores como la edad o el sexo que podrían estar asociadas al desarrollo de las fístulas enterocutáneas	Edad y sexo de los pacientes obtenida de las historias clínicas según la fecha de nacimiento	30 - <50 años ≥ 50 años	Historia clínica
			Masculino Femenino	
Factores clínicos	Factores como el tipo de operación o las comorbilidades de los pacientes que podrían estar asociadas al desarrollo de las fístulas enterocutáneas	Tipo de operación y comorbilidad de los pacientes obtenida de las historias clínicas.	Digestiva No digestiva	Historia clínica
			Con diabetes mellitus Sin diabetes mellitus	
Factores nutricionales	Factores como el estado nutricional y el nivel de albuminemia que podrían estar asociadas al desarrollo de las fístulas enterocutáneas	Estado nutricional y nivel de albuminemia de los pacientes obtenida de las historias clínicas	IMC	Historia clínica
			Albuminemia	
Hábitos nocivos	Factores como el consumo de tabaco alcohol que podrían estar asociadas al desarrollo de las fístulas enterocutáneas	Consumo de tabaco o alcohol de los pacientes obtenida de las historias clínicas	Consume tabaco No consume tabaco	Historia clínica
			Consume alcohol No consume alcohol	

Anexo 4: Instrumento de recolección de información

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

validado en el estudio de Ticse T[10].

1.- Ficha N°_____

Fístulas enterocutáneas

(Presente)

Factores demográficos

•Edad_____ años

(30 - <50 años) (≥ 50 años)

•Sexo

(Masculino) (Femenino)

Factores clínicos

•Tipo de patología

Digestiva_____(Estómago) (Intestino delgado) (Intestino grueso) (Apéndice cecal)

(No digestiva)_____ (Pancreática) (Otros)

•Comorbilidades

(Con diabetes mellitus) (Sin diabetes mellitus)

Factores nutricionales

•Estado nutricional

Peso_____ Talla_____ IMC

(Bajo peso) (Normopeso) (Sobrepeso) (Obeso)

•Niveles de albúmina _____ g/dL (Normal= 3.4 a 5.4 g/dL)

(Bajo) (Normal)

Hábitos nocivos

•Tabaquismo

(Presente) (Ausente)

•Alcoholismo

(Presente) (Ausente)

Anexo 5: Permiso de la institución

GOBIERNO REGIONAL ICA
Hospital Regional de Ica

N° 746 -2023-HRI/DE.

Resolución Directoral

Ica, 30 de Abril del 2023

VISTO:

Los Expedientes N° 007419, 007420 y 007421, que contiene el Memorando N° 395-2023-HRI/DE, de fecha 13 de abril del año 2023, emitida por el Director Ejecutivo del, Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 061-2023-GORE-DIRESA-HRI/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° 061-2023-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 13 de abril del año 2023, el jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutivo de aprobación del proyecto de tesis, 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 13 de abril del año 2023, de los investigadores MARIA ISABEL QUISPE VILCHEZ, ALDO YOSIMAR SOLIER ATIQUIPA y EVELYN ANGEL TAPIA RAMIREZ

Que, con Memorando N° 395-2023-HRI/DE, de fecha 13 de abril del año 2023, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutivo aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado en el Oficio N° 061-2023-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

....///

-PÁG. 02-

\\\...

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del 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 LOS PROYECTOS DE INVESTIGACION, revisados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, los mismos que se detallan a continuación:

	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADOR
	"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS FISTULAS ENTEROCUTANEAS EN PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022"	**MARIA ISABEL QUISPE VILCHEZ**
	"CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES CON VIH-SIDA Y ENFERMEDADES OPORTUNISTAS TRATADOS EN EL HRI 2021 A 2022"	**ALDO YOSIMAR SOLIER ATIQUIPA**
	"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DEL PACIENTE CON CANCER GASTRICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL HRI 2017 AL 2022"	**EVELYN ANGEL TAPIA RAMIREZ**

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

Regístrese y Comuníquese,

GORE-ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. JULIO HECTOR TORRES CHANG
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
C.M.P. N° 24761

JHTCH/DE
JAOM/D.E.ADM.
AMLE/J.ORRHH.
JPE/J-AJ

Autorización brindada por la Unidad de Investigación del Hospital Regional de Ica para poder ejecutar el estudio de investigación dentro de sus instalaciones.

Anexo 6: Validez de instrumento – Juicio de expertos

Ficha de validación

2.8.4. TÍTULO: Factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Harry Leveau Bartra

1.2 . Cargo e institución donde labora: Docente - Universidad San Luis Gonzaga

1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario

1.4. Autor (a) del instrumento: María Isabel Quispe Vilchez

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.					88%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					89%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					100%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					100%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

... APLICABLE .....

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 97%

Lugar y Fecha: Ica, 30 de Marzo del 2023

Firma del Experto

Harry Leveau Bartra Ph.D.
CMP: 27304 RNE: 11569
ESPECIALISTA EN CIRUGIA
Mg. y Dr. en Salud Pública
Ph.D. en Investigación - Bioestadística

28

Juicio de experto del instrumento de investigación evaluado y firmado por el Dr. Harry Leveau Bartra con una valoración de 97% para su aplicabilidad.

Ficha de validación

2.8.4. TÍTULO: Factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

1.1. Apellidos y Nombres del Experto: José F. Kong Chirinos

1.2 . Cargo e institución donde labora: Docente - Universidad Nacional San Luis Gonzaga

1.3 Nombre del instrumento: Cuestionario

1.4. Autor (a) del instrumento: María Isabel Quispe Vilchez

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.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					100%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					93%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					94%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					91%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					100%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 95%

Lugar y Fecha: Ica, 31 de Marzo del 2023

Firma del Experto

28

Juicio de experto del instrumento de investigación evaluado y firmado por el Dr. José F. Kong Chirinos, con una valoración de 97% para su aplicabilidad.

Ficha de validación

2.8.4. TÍTULO: Factores de riesgo asociados a las fístulas enterocutáneas en pacientes operados en el Hospital Regional de Ica 2022

1.1. Apellidos y Nombres del Experto: MARIO LUIS FRANCO SOTO

1.2. Cargo e institución donde labora: MEDICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA

1.3. Nombre del instrumento: Cuestionario

1.4. Autor (a) del instrumento: MARÍA ISABEL QUISPE VILCHEZ

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.				X	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					X
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					X
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					X
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					X
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.				X	
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					X

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN 94%

Lugar y Fecha: Ica, 31 de Marzo del 2023

DR. MARIO LUIS FRANCO SOTO
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 18812 R.N.E. 8457
Firma del Experto

28

Juicio de experto del instrumento de investigación evaluado y firmado por el Dr. Mario Luis Franco Soto, con una valoración de 97% para su aplicabilidad.

El instrumento fue validado a través del juicio de 03 expertos quienes, de manera conjunta determinaron su viabilidad y aplicabilidad. Los evaluadores fueron los siguientes:

Figura 5: Validez del instrumento por juicio de expertos

Expertos	Porcentaje de valoración	Resultado
Mario Luis Franco Soto	94%	Aplicable
José F. Kong Chirinos	95%	Aplicable
Harry Leveau Bartra	97%	Aplicable

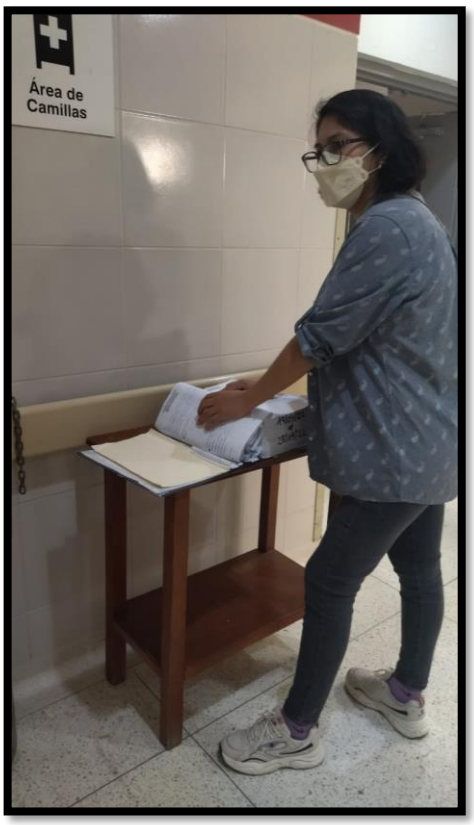
Nota: Elaboración propia

Los 03 profesionales consideraron al instrumento, de manera unánime, como validado y aplicable.

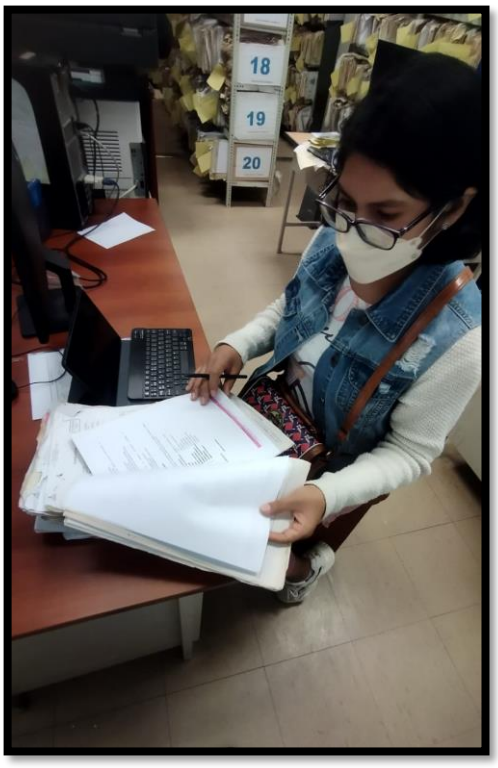
Anexo 7: Evidencias fotográficas

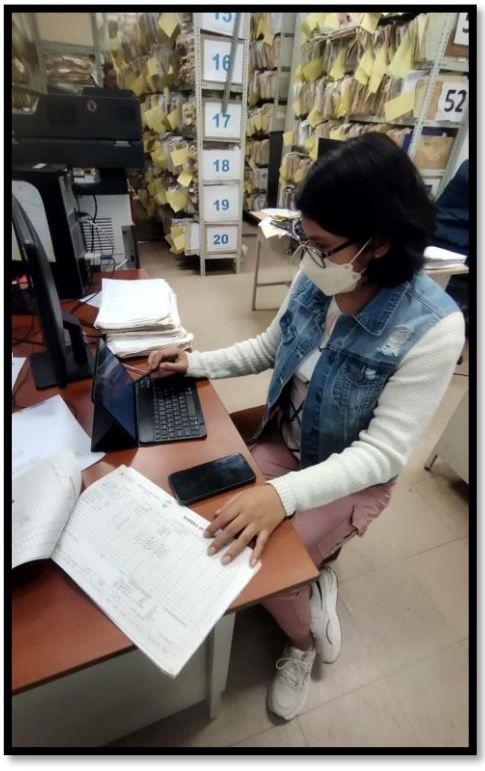
Fotografías tomadas en el Hospital Regional de Ica, en la oficina de investigación, sala de operaciones y estadística

Hospital Regional de Ica



Sala de operaciones del Hospital Regional de Ica





Oficina de Estadística del Hospital Regional de Ica