

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

DISPOSITIVO PARA LAVADO Y SUCCION EN FISTULAS Y HERIDAS INFECTADAS

Dr. Pedro Abelardo Urgellés Martínez¹, Dr. Abelardo Urgellés Orié², Lic. Norma Orié Cisneros.³

RESUMEN

Se realiza un estudio en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de la provincia Guantánamo, en pacientes tratados con el dispositivo para lavado y succión en fístulas y heridas infectadas, desde enero de 1988 a mayo de 2006. Se tratan 23 pacientes: 19 por fístulas intestinales externas (82.6 %) y 4 por sepsis grave de la herida (17.4 %). De las 19 fístulas intestinales externas: 11, fueron de alto gasto (57.3 %), y, 8, de bajo gasto (42.7 %). De los 19 pacientes tratados, curaron, 17, (89.4 %) y fallecieron 2 (10.6 %). De las 4 sepsis grave de heridas tratadas, curaron las 4 para el 100 % de curación.

Palabras clave: FISTULA INTESTINAL/ terapia; INFECCION DE HERIDA/ terapia; ESTERILIZACION/ métodos.

INTRODUCCION

Las fístulas son el trayecto anormal, consecutivo generalmente a un proceso de ulceración, que comunica el foco patológico con un órgano o estructura interna o externa, y por el que sale pus o un líquido normal, desviado de su camino ordinario o lo que es lo mismo, la comunicación artificial, quirúrgica o experimental, entre un órgano y una superficie mucosa o cutánea.¹⁻⁵

La fístula abdominal es aquella que comunica la superficie del abdomen con cualquiera de las vísceras huecas contenidas en la cavidad del mismo.^{3,6-8}

¹ *Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.*

² *Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.*

³ *Licenciada en Enfermería.*

Las fístulas intestinales externas son poco frecuentes y generalmente tienen relación con una intervención quirúrgica. Este tipo de paciente generalmente está en estado crítico y requiere de un tratamiento intensivo y multidisciplinario, muy similar es el caso de las sepsis graves de heridas.⁹⁻¹⁴

Con la creación y aplicación del dispositivo para lavado y succión en fístulas y heridas infectadas, estamos logrando mejorar el tratamiento y la evolución de estos pacientes, como lo demuestra la baja mortalidad que tenemos comparada con la bibliografía revisada.^{6,15-17}

METODO

Se realiza un estudio prospectivo en pacientes operados en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia Guantánamo, desde enero de 1988 al 19 de mayo de 2006, que desarrollaron fístulas intestinales externas y sepsis grave de la herida, utilizando para su tratamiento local el dispositivo para lavado y succión en fístulas y heridas infectadas.

Toda la información se recoge en planillas creadas para la investigación y los datos se organizan en tablas.

Se caracteriza la muestra según grupos etarios y sexo, motivo de la operación y complicaciones postoperatorias, clasificación de las fístulas, según gasto y resultado del tratamiento.

TECNICA

- Cura de la lesión con solución antiséptica y luego con suero fisiológico.
- Colocación del dispositivo haciendo coincidir el centro de la lesión (fístulas o herida infectada) con el centro del dispositivo. El catéter de entrada del suero u otra solución debe quedar hacia arriba y más alto que el extremo de la aspiración.
- Colocación encima del dispositivo de dos o más apósitos.
- Ubicación de esculteto para que quede bien ajustado el dispositivo y exista buena hermeticidad.
- Apertura del goteo del suero a 14 gotas y aspiración regulada a 20 cm de agua. (Ver figuras 1-4)

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo etario que predominó fue el comprendido entre 41-50 años con 10 pacientes (43.47 %) (Tabla 1).

Las fístulas digestivas externas postoperatorias y las sepsis graves de la herida se presentan a cualquier edad. Es conocido que a mayor edad la cicatrización es mas lenta y difícil, por lo tanto, hay que intensificar el tratamiento general y local en aquellos pacientes mayores que presenten cualquiera de estas dos complicaciones postoperatorias para lograr su curación.^{2,4}

El motivo de intervención que más complicaciones postoperatorias ocasionó fue la oclusión intestinal con compromiso vascular, encontrada en 6 pacientes (26.86 %) (Tabla 2).

Las fístulas digestivas externas pueden presentarse por factores generales o por factores locales. Las postoperatorias son las más frecuentes. En nuestro estudio, las 19 tratadas, fueron postoperatorias; de ellas, presente en 11 pacientes con alto gasto, que como bien se sabe son aquellas que expulsan más de 200 cc de líquidos en 24 horas. Además, son las más difíciles de tratar.

El gasto de las fístulas resultó del 57.89 % de alto gasto (11 pacientes) y del 42.11 % de bajo gasto (8 enfermos). De los 23 pacientes tratados con el nuevo invento cubano: dispositivo para lavado y succión en fístulas y heridas infectadas: 4, fueron por sepsis grave de las heridas; todos curaron para el 100 % de curación (Tabla 3).

De los 19 pacientes tratados por fístulas digestivas externas: 17 curaron (89.43 %) y 2 fallecieron (10.57 %). De las 4 sepsis graves de las heridas: curaron las 4, para el 100 % (Tabla 4).

Para el tratamiento de las fístulas digestivas externas como las sepsis graves de las heridas, complicaciones postoperatorias que requieren gran atención por su gravedad, el uso de este invento cubano ha ayudado a que sea menos laborioso el tratamiento de estos pacientes y que sea menor el índice de mortalidad.

CONCLUSIONES

1. El dispositivo para lavado y succión fue mayormente empleado en mujeres en las edades comprendidas de 41-50 años.
2. De los 23 pacientes tratados: 19, fueron por fístulas digestivas externas y, 4, por sepsis grave de la herida.
3. El 57.89 % de las fístulas fueron de alto gasto.
4. De los 19 pacientes con fístulas: 17 curaron (89.43 %) y sólo, 2, fallecieron (10.57 %).
5. Todas las sepsis grave de la herida tratadas fueron curadas (100 %).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shires Spencero. Schwarts Principios de Cirugía. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1998.p. 11,1219-20.
2. Deschamps JH, Grinfeld D, Ortizia FE, Wilks E. Escuela Quirúrgica Christmany. tII. Madrid : Interamericana McGraw Hill; 1984.p.990-2000.
3. Mosqueda RC, Pascual CCH, Regalado GE. Rev Cubana Cir. 1992; 31(1):29-38.
4. Reyes LS, Henao LM, Castaño DE. Abdomen abierto con fístula gástrica y de colon transverso. Enferm. 2004; 7(2):11-16.
5. Ponce RR, Sánchez J, Martín F. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Rev Quirúrgica Esp. 1986; 13(3):139-143.
6. Hollander LF, Meyer C. Postoperative fistulas of the small intestine therapeutic principles. World J Surg. 1983; 7:474-480.
7. Herrera FA. Revisión de 40 fístulas digestivas tratadas con nutrición parenteral. Cir Esp. 1986; 40(6):1347-53.
8. Fazio VW. Factor influencing the outcome of treatment of small bowel cutaneous fistula. Worl J Surg. 1983; 7(4):481-88.
9. Cristopher D. Tratado de patología quirúrgica. tI. La Habana : Eidotirla Centífico Técnica; 1980.p.1255.
10. Campos A, Carlos L, Mussi GR. Tratamiento das fistulas duodenals. Rev Col Bras Cir. 1995; 22(1):28-32.

11. Fernández ER, Cornalo AO. Nuevo enfoque en el tratamiento de las fístulas enterocutáneas postquirúrgicas. Rev Argent Cir. 1992; 62(5):117-27.
12. Colectivo de autores. Manual de procedimiento de diagnóstico y tratamiento en cirugía. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1983.p.463-65.
13. Benavides C. Fístulas digestivas externas postoperatorias. Rev Chil Cir. 1988; 40(2):145-8.
14. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. La Habana : Edición Revolucionaria; 1978.p.411.
15. Lange WG, Rubio M. Fístulas digestivas externas: Oportunidad quirúrgica. Rev Argent Cir. 1985; 48(1/2):20-6.
16. Jorge Filho I. O papel da U.T.I. no tratamento das fistulas entericas. Medicina, Ribeirao Preto. 31:457,465.

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

GRUPO ETARIO	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
21 - 30	1	4.34	2	8.69
31 - 40	2	8.69	1	4.34
41 - 50	3	13.04	7	30.43
51 - 60	2	8.69	2	8.69
61 - 70	1	4.34	2	8.69
TOTAL	9	39.13	14	60.87

TABLA 2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

MOTIVOS DE LA INTERVENCION	FISTULAS DIGESTIVAS		SEPSIS SEVERA DE LA HERIDA	
	No.	%	No.	%
Oclusión intestinal por bridas	3	16.67	-	-
Oclusión intestinal con compromiso vascular	6	26.86	-	-
Pancreatitis aguda	1	4.34	1	4.34
Enteritis necrotizante perforada	1	4.34	-	-
Herida de colon izquierdo	1	4.34	-	-
Perforación traumática de yeyuno	1	4.34	-	-
Perforación traumática de ileon	1	4.34	-	-
Oclusión intestinal y enfermedad de Crohn	1	4.34	-	-
Neoplasia gástrica	1	4.34	-	-
Plastrón apendicular abscedado	1	4.34	-	-
Herida abdominal por pez raya	-	-	1	4.34
Apendicitis aguda	-	-	1	4.34
Absceso tuboovárico	-	-	1	4.34
Íctero obstructivo y litiasis vesicular	1	4.34	-	-
Dehiscencia de sutura intestinal	1	4.34	-	-
TOTAL	19	82.60	4	17.40

TABLA 3. CLASIFICACION DE LAS FISTULAS.

DE BAJO GASTO		DE ALTO GASTO	
No.	%	No.	%
8	42.11	11	57.89

TABLA 4. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.

DIAGNOSTICO	CURADOS		FALLECIDOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fístulas digestivas externas	17	89.43	2	10.57	19	82.6
Sepsis grave de la herida	4	100	-	-	4	17.4
TOTAL	21	91.30	2	8.70	23	100



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.