

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

NUEVO METODO PARA EL TRATAMIENTO LOCAL DE LAS FISTULAS DIGESTIVAS EXTERNAS Y SEPSIS GRAVE DE LA HERIDA

Dr. Pedro Abelardo Urgellés Martínez, Dr. Abelardo Urgellés Orúe, Enf. Norma Orúe Cisneros.

RESUMEN

Se realiza estudio prospectivo de pacientes tratados en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo que presentan fístulas digestivas externas y sepsis grave de la herida, desde enero de 1988 a diciembre de 2002, y que usan para su tratamiento local dispositivo para lavado y succión en fístulas y heridas infectadas. De los 22 pacientes tratados, 18 fueron por fístulas digestivas externas y, 4, por sepsis grave de la herida. De las 18 fístulas tratadas, curaron 16 (88.88 % de curación) y fallecieron 2 (9.2 %). Las 4 sepsis graves de las heridas curaron para el 100 % de curación. De los 22 pacientes tratados en total curaron, 20 para un 90.9 % y fallecieron, 2 para un 9.1 %.

Palabras clave: FISTULA DEL SISTEMA DIGESTIVO/ terapia; INFECCION DE HERIDA OPERATORIA/ terapia.

INTRODUCCION

Las fístulas digestivas externas, fístulas enterocutáneas o fístulas abdominales 3, 5, 13, 14 pueden presentarse por factores predisponentes como son: enfermedades inflamatorias intestinales, absceso intraabdominal, isquemia intestinal, neoplasia maligna, radioterapia, diverticulitis. Otras veces se presentan por factores generales como son: desnutrición, hipoproteinemia, inmunodepresión, o enfermedades específicas. 1, 2, 3, 4, 14, 19.

Los factores locales influyen con más frecuencias para que se presenten estas fístulas, como son: la infección, dehiscencia de la anastomosis por isquemia, lesión de la serosa intestinal o toda la pared de un asa intestinal,

lesión inadvertida de vasos mesentéricos, hematomas a nivel de la anastómosis, defecto de la línea de sutura, u obstrucción intestinal distal. 4, 5, 6, 8, 9, 13, 16.

Las sepsis graves de las heridas pueden presentarse por lesiones con instrumentos o materiales contaminados con gérmenes de gran virulencia, por mala irrigación de la región de la herida, por cuerpo extraño contaminado a nivel de la herida o enfermedades inmunodepresoras.

Los pacientes que presentaron fístulas digestivas externa o sepsis graves de las heridas, están en estado crítico y requieren ingreso en salas de terapias intensivas, para que reciban un tratamiento intensivo general y local para lograr la curación de los mismos. 7, 10, 11, 12, 15, 17 y 18.

El uso de la invención cubana que lleva por nombre "Dispositivo para Lavado y Succión de Fístulas Y Heridas Infeccionadas," ha sido de gran ayuda para el tratamiento de estos pacientes: limpia constantemente estas lesiones eliminando gérmenes, esfacelos y partículas que dificultan la cicatrización, permite cuantificar con exactitud la cantidad de líquido expulsado por la fístula; evita molestias al paciente ya que elimina los olores desagradables de estas lesiones y se cura una vez al día. Al mismo tiempo su uso ahorra material de curación y ropa de cama.

METODO

Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes operados en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la Guantánamo, desde enero de 1988 a diciembre del 2002, que desarrollaron fístulas digestivas externas y sepsis graves de la herida que utilizaron para su tratamiento local el dispositivo para lavado y succión de fístulas y heridas infeccionadas.

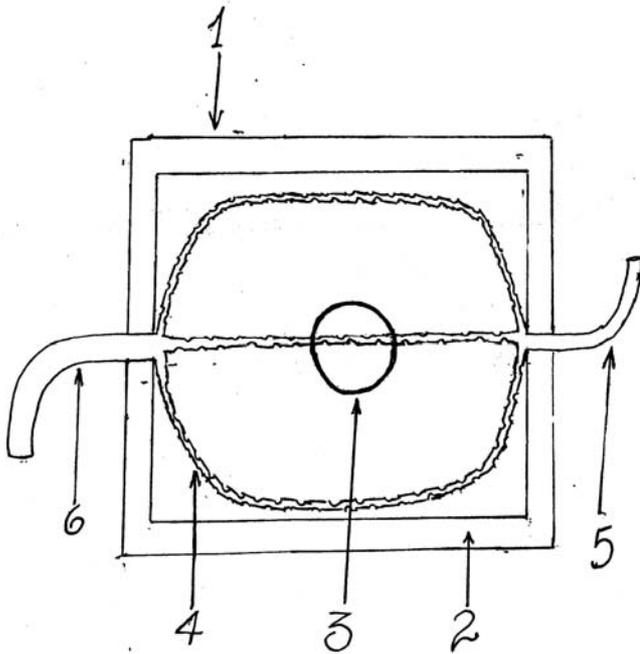
Toda la información se recogió en una planilla creada para la investigación y los datos se organizaron en tablas.

Se caracterizó la muestra según grupos etáreos y sexo, motivo de la operación y tipo de complicación, la fístulas se clasificaron de acuerdo al gasto, y resultado del tratamiento.

TECNICA

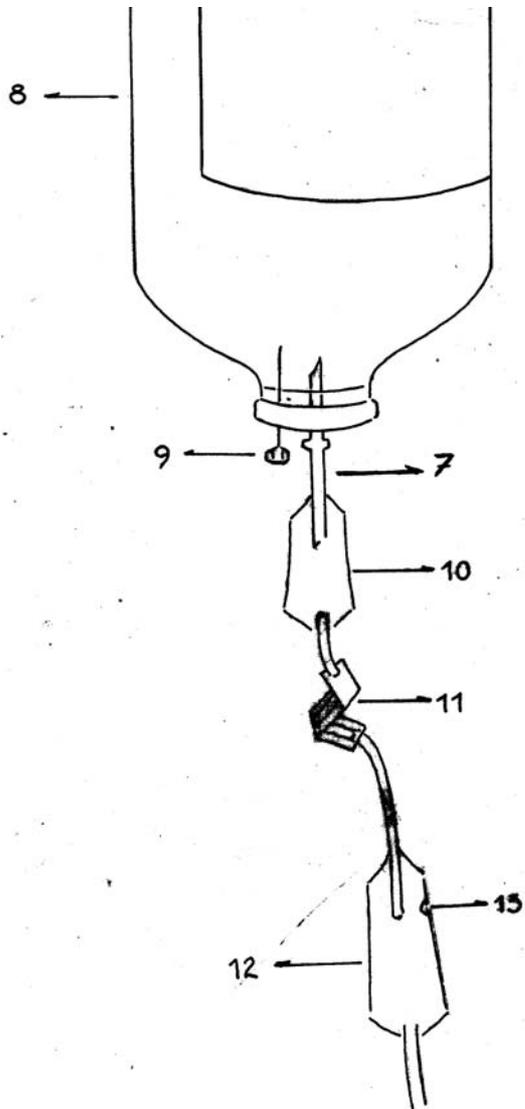
Para comprender el funcionamiento de este invento cubano, es necesario conocer las distintas secciones de que está formado:

Figura 1.



1. *Bolsa plástica de 20x15 cm. Esta medida puede variar, se usará el tamaño adecuado al tamaño de la lesión.*
2. *Borde de 3 cm de ancho que contiene una sustancia adhesiva en la lámina que contactará con la piel del paciente.*
3. *Orificio de 4 cm de diámetro en la parte central de la lámina que contacta con la piel del paciente.*
4. *Grupo de 3 catéteres de 8 mm de diámetro cada uno y colocados en la forma que se observa en la figura, que están multiperforados al igual que la lámina que contactará con la piel del paciente. Los extremos de los tres catéteres se unen: por un lado al catéter por donde entra el suero (5) y por el otro lado al catéter por donde acciona la aspiración (6).*

Figura 2.



7. Aguja del cuentagotas que penetra la tapa del frasco de suero (8).

9. Aguja que penetra la tapa del frasco de suero para que penetre el aire y pueda salir el suero.

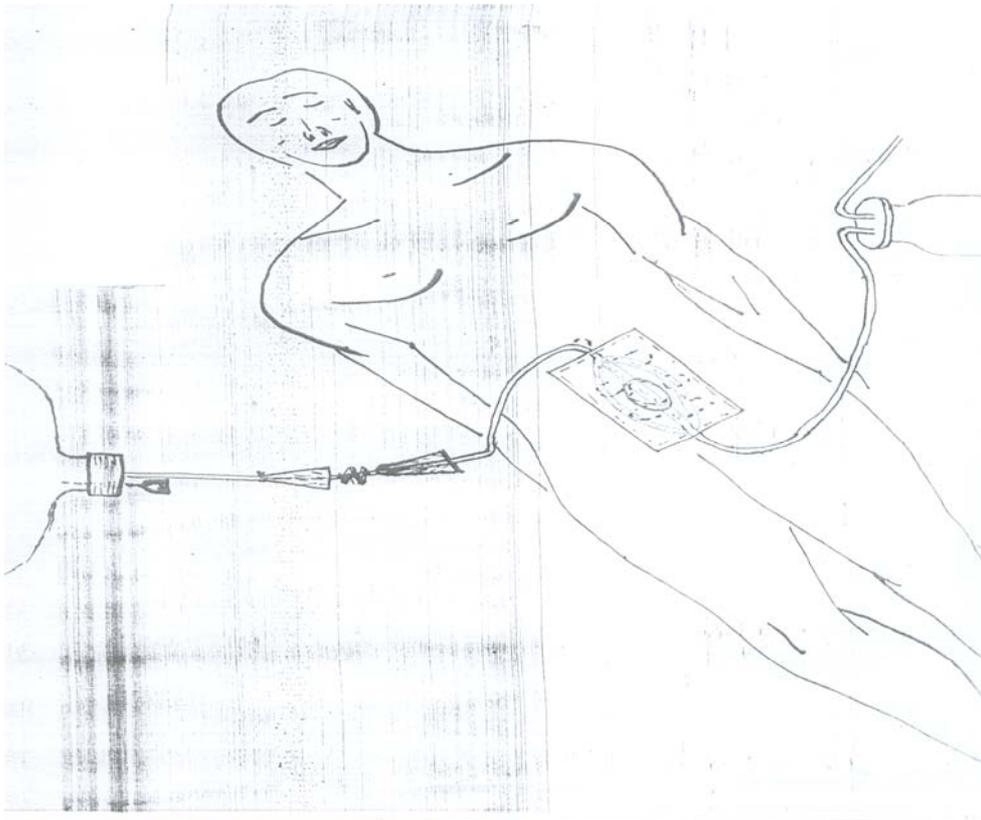
10. Primer cuentagotas.

11. Regulador del goteo.

12. Segundo cuentagotas con orificio (13) de 2 cm de diámetro, para que penetre el aire aspirado.

- 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. (ver la figura).

Se le coloca encima del dispositivo dos o más apósitos y después se coloca un esculteto para que quede bien ajustado el dispositivo y exista una buena hermeticidad. Se abre el goteo del suero a 14 gotas y la aspiración se regula a 20 cm. de agua (ver la figura).



RESULTADOS Y DISCUSION

En la tabla No. 1 se observa que de los 22 pacientes que fueron tratados, 9 fueron del sexo masculino para un 40.91 % y 13 del sexo femenino para un 59.09 %.

El grupo etéreo que más fue afectado está comprendido entre 41 y 50 años, con 9 paciente para un 40.9 %.

En la tabla No. 2 el motivo de intervención que más complicaciones presentó fue la oclusión intestinal con compromiso vascular, con 5 pacientes para un 22.72 %.

En la tabla No. 3, en la clasificación según el gasto el mayor número se correspondió a las fístulas de alto gasto con 11 pacientes para un 61.2 %.

En la tabla No. 4 el resultado del tratamiento, tanto de las fístulas como las sepsis graves de las heridas resultó de 18 fístulas tratadas curaron 16, para un 88.8 % y fallecieron 2 para un 9.2 %.

De las 4 sepsis graves de las heridas curaron 4, para un 100 %.

De los 22 pacientes tratados en total curaron, 20 para un 90.9 % y fallecieron, 2 para un 9.1 %.

Las fístulas digestivas externas y las sepsis graves de las heridas, por lo general son complicaciones posoperatorias graves, que requieren un tratamiento intensivo, tanto general como local, porque son muchos los factores que influyen en la evolución de los mismos. 2, 4.

En nuestros pacientes, las fístulas digestivas externas fueron posoperatorias, aunque sabemos que existen otros factores que las producen.

Las edades más afectadas, fueron las comprendidas entre los 41 y 50 años con 9 pacientes. Las fístulas de alto gasto fueron las más numerosas, de 18 fístulas tratadas, 11 fueron de alto gasto.

Las fístulas de alto gasto son más graves que las de bajo gasto, requieren un tratamiento más cuidadoso, más preciso en medir las pérdidas, así como su nutrición y demás cuidados. 10,13

Fueron tratados 4 pacientes con sepsis graves de las heridas. No hubo fallecido por esta complicación grave posoperatoria.

Por los resultados obtenidos con el uso del dispositivo para lavado y succión de fístulas y heridas infectadas, hemos comprobado que esta invención permite cuantificar con exactitud la cantidad de líquido expulsado por la fístula, elimina los gérmenes, esfacelos y partículas de las fístulas y de la sepsis graves de las heridas, lo que ayuda a una mejor cicatrización de estas lesiones, evita molestias al paciente ya que se cura una vez al día, elimina los olores desagradables de estas lesiones. Todo lo antes expuesto ha contribuido a bajar la mortalidad de estas complicaciones posoperatorias. 18

CONCLUSIONES

Con el uso de este nuevo invento se ha obtenido un porcentaje menor de fallecidos en estas complicaciones posoperatorias que el hallado en todas las bibliografías revisadas, lo que demuestra su efectividad.

Se gestiona su fabricación de forma industrial para su generalización tanto nacional como internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Deschamps JE, Grinfeld FE, Wilks OE. Escuela Quirúrgica Christman. tII. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1984.p.990-2000.
2. Mosqueda Reynaldo C, Pascual Chirino C, Regalado García E. Fístulas. Rev Cubana Cir. 1992; 31 (1): 29-38.
3. Robles R, Ponce J, Sánchez F, Martín. Fístulas enterocutáneas postoperatorias. Rev Quirúrgica Esp. 1986; 13(3), 139-143.
4. Hollander L, Meyer FC. Postoperative fistulas of the small intestine therapeutic principles. World J Surg. 1983; 7:474-480.

5. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. La Habana Edición Revolucionaria; 1978.p.411.
6. Christopher D. Tratado de patología quirúrgica. tII. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1980.p. 1255.
7. Colectivo de autores. Manual de procedimiento de diagnóstico y tratamiento en cirugía. La Habana : Editorial Científico Técnica; 1983.p. 463-65.
8. Shires Spencero. Schwarts Principios de Cirugía.vII. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 1998.p.1219-1220.
9. Reyes LS, Henao LM, Castaño DE. Abdomen abierto con fístula gástrica y de colon transverso. Enferm. 2004; 7(2): 11-16.
10. Herrera FA. Revisión de 40 fístulas digestivas tratadas con nutrición parenteral. Cir Esp. 1986; 40(6) 1347-1353.
11. Fazio VW. Factor influencing the outcome of treatment of small bowel cutaneous fistula. Worl J Surg. 1983; 7 (4): 481-488.
12. Campos AC, Mussi Rocha LG. Tratamento das fístulas duodenals. Rev Col Bras Cir. 1995; 22(1): 28-32.
13. Fernández ER, Cornalo AO. Nuevo enfoque en el tratamiento de las fístulas enterocutáneas postquirúrgicas. Rev Argent Cir. 1992; 62(5), 117-27.
14. Benavides C. Fístulas digestivas externas postoperatorias. Rev Chil Cir. 1988; 40(2); 145-8.
15. Filho JI. O papel da U.T.I. no tratamento das fístulas entericas. Medicina Ribeirao Preto. 31:457,465.
16. Lange Wolfgang G, Rubio M. Fístulas digestivas externas: Oportunidad quirúrgica. Rev Argent Cir. 1985; 48(1/2): 20-6.
17. Benavides CC, Burmeister LR, Fernández PM. Fístulas digestivas externas postoperatorias. Rev Chil Cir. 1985; 40(2):145-8.
18. Fuentes Valdes E. Fístulas gasttroenterocutaneas posoperatorias: Factores que influyen en la mortalidad Rev Cubana Cir. 2002; 41(2).

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

GRUPO ETARIO	SEXO			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
21-30	1	4.54	2	9.09
31-40	2	9.09	1	4.54
41-50	3	13.63	6	27.27
51-60	2	9.09	2	9.09
61-70	1	4.54	2	9.09
TOTAL	9	40.91	13	59.09

TABLA 2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

MOTIVO DE LA INTERVENCION	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS			
	Fístulas digestivas		Sepsis severa de la herida	
	No.	%	No.	%
Oclusión intestinal por bridas.	3	13.63	-	-
Oclusión intestinal con compromiso vascular.	5	22.77	-	-
Pancreatitis aguda.	1	4.54	1	4.54
Enteritis necrotizante perforada.	1	4.54	-	-
Herida de colon izquierdo.	1	4.54	-	-
Perforación traumática de yeyuno.	1	4.54	-	-
Perforación traumática de ileon.	1	4.54	-	-
Oclusión intestinal y enfermedad de Cronh.	1	4.54	-	-
Neoplasia gástrica.	1	4.54	-	-
Plastrón apendicular abscedado.	1	4.54	-	-
Herida abdominal por pez raya.	-	-	1	4.54
Apendicitis aguda.	-	-	1	4.54
Absceso tuboovárico.	-	-	1	4.54
Ictero obstructivo y litiasis vesicular.	1	4.54	-	-
Dehiscencia de sutura intestinal.	1	4.54	-	-
TOTAL	18	81.81	4	18.19

TABLA 3. CLASIFICACION DE LAS FISTULAS.

DE BAJO GASTO		DE ALTO GASTO	
No.	%	No.	%
7	38.8	11	61.2

TABLA 4. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.

DIAGNOSTICO	CASOS		CURADOS		FALLECIDOS	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fístulas digestivas externas	18	100	16	88.8	2	9.2
Sepsis grave de la herida.	4	100	4	100	-	-
<i>TOTAL</i>	22	100	20	90.9	2	9.1