

Introduccion fistulas

Â

Las fístulas enterocutáneas complican entre el 0,8 y el 2% de las cirugías abdominales 1-9-14-15. Cuando estas aparecen originan un grave compromiso para el paciente, generan una gran preocupación para el cirujano y un enorme costo económico para las instituciones.

Â

Edmunds informó en 1960, sobre 157 pacientes, una tasa global de mortalidad del 43%. Desde entonces, las mejoras en la asistencia quirúrgica, el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico y especialmente el enfoque conservador de su tratamiento han disminuido a menos de la mitad las cifras de mortalidad. Sin embargo existen factores que pueden aumentar dramáticamente estas cifras. Se destacan entre otros, la sepsis, la desnutrición, y el desequilibrio hidroelectrolítico, hechos que se relacionan estrechamente con el alto débito de la fístula.

En 1992 Artusi, relató en la Academia Argentina de Cirugía, un trabajo de Fernandez y col. con resultados sorprendentes, un novedoso sistema para reducir la pérdida de líquido entérico en enfermos fistulizados. A pesar del exitoso impacto inicial y del tiempo transcurrido las comunicaciones con experiencias similares fueron escasas.

Los Dres. Wainstein, Gild, Rainone P, Marino, Delgado Marín y Rainone J, envían un trabajo que recoge experiencia en el manejo conservador de las fístulas enterocutáneas postoperatorias de alto débito con la utilización de un sistema de compactación por vacío basado en aquel que fuera descrito por el mencionado autor.

Â

Â