

Fistula Day primer cohorte

Por favor completa el siguiente formato tipo cuestionario. Sin dejar ninguna pregunta en blanco

Gracias por tu valiosa participación

País

Ciudad

ESPECIFICACIONES DEL CENTRO HOSPITALARIO:

Nombre de hospital

¿Qué nivel de atención tiene su centro hospitalario?

- Hospital General
 Hospital de especialidades

¿Cuál es el promedio mensual de pacientes diagnosticados con fístula post-operatoria que se tratan/Ingresan a tu centro hospitalario ?

- 1-2
 3-4
 >4

¿Su hospital cuenta con una unidad de cuidados intensivos?

- SI
 NO

¿Existe una unidad multi disciplinaria dedicada a la nutrición clínica en tu hospital?

- SI
 NO

¿Con cuántas camas cuenta tu hospital?

- 1-50
 51-100
 101-200
 201-300
 301-400
 401-500
 >500

¿Existe una unidad de falla intestinal o un equipo altamente entrenado dedicado al tratamiento de las fístulas post-operatorias en tu hospital?

- SI
 NO

Si tú eres el médico responsable ¿Cuánta experiencia consideras tener el tratamiento de fugas/fístulas?

- EXPERTO
 ALTO
 MEDIO
 BAJO
 NINGUNO

ESPECIFICACIONES DEL PACIENTE:

Sexo

- Masculino
 Femenino

Número de Paciente reportado (Por institución)

(Recuerda mantener un control estricto respecto al numero que estas otorgando al paciente, de esta manera, podremos dar seguimiento en el 2 y 3 cohorte.)

Es de suma importancia que cada institución otorgue un número de paciente reportado a cada reporte realizado, el cual será el mismo durante los dos cohortes subsecuentes. De esa manera nos permitira relacionar las respuestas de cada paciente por institución a lo largo de los tres cohortes y distinguirlas dentro de los cientos de reportes.

Ej: Hospital General de Zona #1: Total de reportes 2
Cohorte 1: Paciente 1, Paciente 2
Cohorte 2: Paciente 1, Paciente 2
Cohorte 3: Paciente 1, Paciente 2

Edad

Tiempo de estancia hospitalaria en el momento del cohorte. (Días)
(Tiempo de estancia en días)

- de 0-30 días
 De 30-60 días
 >60 días

El diagnóstico primario se refiere a la razón principal por la cual el paciente fue ingresado al hospital. Si el paciente cumple con el criterio de inclusión del estudio, el diagnóstico probablemente será alguno de los siguientes:

ej:

Fistula enteroatmosférica.
Fistula enterocutanea.
Fuga postanastomótica.

Diagnóstico primario

Diagnósticos adicionales

Comorbilidades

(Puedes marcar las respuestas que sean necesarias)

- Cáncer
- Diabetes Mellitus
- Obesidad posterior a cirugía bariátrica
- Enfermedad autoinmune
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Otra
- El paciente no tiene comorbilidades

¿El paciente tiene antecedente de cirugía bariátrica?

- SI
- NO

¿El paciente fuma cigarrillos o utiliza tabaco?

- Fuma cigarrillos
- Utiliza tabaco
- Ambos
- Ninguno

¿El paciente está recibiendo esteroides?

- SI
- NO

¿El paciente ha sido tratado con radioterapia dirigida al abdomen?

- SI
- NO

Localización de la fístula

(Puedes elegir más de una opción. Debes ser lo más específico posible.)

- Esofágica
- Estómago
- Intestino delgado proximal
- Intestino delgado distal
- Colon
- Recto
- Otra
- Desconoce

La fístula postoperatoria ocurrió en:
(Debes ser lo más específico posible)

- Cirugía de urgencia
- Cirugía electiva
- Cáncer del tracto digestivo
- Obstrucción intestinal
- Abdomen hostil
- Trauma abdominal
- Secundario a enfermedad inflamatoria intestinal
- Otra

El paciente fue manejado con técnica de abdomen abierto?

- SI
- NO

¿Qué dispositivo se utilizó?
(Puedes elegir más de una opción)

- Bolsa de Bogotá
- Malla
- Sistema VAC (terapia de presión negativa)
- Parche Wittmann

Durante la intervención ¿Se realizó anastomosis o reparación de tejido?

- SI
- NO

¿Qué tipo de anastomosis o reparación se realizó?

- Primer plano
- Segundo plano
- Mecánica

Si hubo fuga de material intestinal de la anastomosis o reparación ¿Fue a través de alguno de los siguientes?

- Drenaje de cavidad abdominal
- Drenaje de cavidad abdominal y herida quirúrgica
- No exteriorizó (peritonitis difusa)

¿Existieron manifestaciones clínicas de la fístula en los primeros 5 días del post operatorio?

- SI
- NO

¿Utilizaste TAC con contraste oral para corroborar fístula?

- SI
- NO

¿Interveniste quirúrgicamente al paciente de manera temprana? (Primeros 7 días)

- SI
- NO

¿La fístula apareció posterior al drenaje de un absceso?

- SI
 NO

¿Cómo fue el drenaje?

- Espontáneo
 Quirúrgico
 Percutáneo

¿Es una fístula entero-atmosférica?

- SI
 NO

¿Qué utilizaste para control?

- Sistema de presión negativa
 Condón de Rivera
 Succión sin presión negativa
 Otro

¿Cuánto fue el drenaje de la fístula el día previo al cohorte?

- No se cuantifico
 < 500ml
 >500ml

Si es que fue solicitado ¿Cuál fue el nivel más reciente de proteína C reactiva del paciente? (mg/L)

- < 0.56 mg/l
 0.56 - 4
 5-50
 51-100
 101-200
 >200

Es importante que ingreses la altura en centímetros, para que el índice de masa corporal sea calculado automáticamente.

Ej: Altura 1.80mts, debes ingresar como 180 cm

Talla de paciente (cm)

Peso del paciente (Kg)

Índice de masa corporal del paciente (kg/mt²)

Circunferencia de gastrocnemio del paciente en cm:

(Favor de poner el valor más redondeado posible.)

Si el paciente se está alimentando por vía oral ¿Tiene disminución en la ingesta de alimento?

- SI
 NO
 No está siendo manejado con vía oral
-

¿En cuál de las siguientes categorías entraría?

- < 50% del requerimiento energético > de una semana
 < 75% del requerimiento energético > de 2 semanas
 Otra
-

El paciente tiene malabsorción intestinal crónica (ej: Enf. de Croh, CUCI)

- SI
 NO
-

¿El paciente ha experimentado pérdida de peso en comparación a su peso corporal habitual?

- Si
 No
-

¿Cuánto peso a perdido?

- 5%
 5-10%
 10-15%
 >20%
-

¿En cuánto tiempo ocurrió la pérdida de peso?

- 1 semana
 1 mes
 3 meses
 6 meses
 1 año
-

PROCESO DE MANEJO Y TERAPIA NUTRICIONAL

Si eres el médico tratante, ¿Utilizas alguna Guía de práctica clínica?

- Si
 No

¿Qué guía de manejo utilizas?

- Recomendaciones del grupo de interes especial de ESPEN acerca del manejo de falla intestinal
- ASPEN-FELANPE Guías de nutrición clínica en el soporte de pacientes adultos con fístula entero-cutanea
- Consenso mexicano del manejo integral de fístulas del tracto digestivo
- Guías mexicanas del manejo de abdomen hostíl.
- SOWATS
- SNAP
- SIVACO (Presión negativa en herida)
- CHAPMAN
- Ninguna
- Otra

Si no utilizas ninguna de las guías descritas ¿Tienes algún método de manejo?

- SI
- NO

¿El paciente está en ayuno total?

- SI
- NO

Favor de mencionar el valor de la albúmina más reciente del paciente (Si es que fue solicitado) (g/dL)

- < 0.5
- 0.5-1
- 1.1 -2
- 2.1-3
- 3.1-4
- >4

Tipo de nutrición artificial administrada

- Nutrición parenteral
- Nutrición enteral
- Nutrición parenteral periférica
- Nutrición parenteral más nutrición enteral
- No se administró nutrición artificial

Si el paciente tiene nutrición parenteral ¿Qué tipo de fórmula fue usada?

- Bolsa estandarizada
- Bolsa individualizada

¿Se aplicó glutamina?

- SI
- NO

¿Qué vía utilizaste?

- Oral
- Enteral
- Parenteral
- Oral y enteral
- Oral y parenteral
- Enteral y parenteral

¿Cuál es el aporte calórico en Kcal/kg/día del paciente?

- < 15
- 15-20
- 21-25
- 26-30
- >30

¿Cuál es el aporte proteico en gr/kg/día del paciente?

- 0.5-1
- 1.1-1.5
- 1.6-2
- >2

¿Usaste prueba terapéutica con octreotide de 48hrs o análogos de la somatostatina?

- SI
- NO

¿Qué vía usaste?

- Subcutanea
- I.V
- Dentro de la mezcla de nutrición parenteral

Si es que fue utilizada ¿Cuántos días recibió Octreotide o análogos de la somatostatina?

- 3-10
- 11-20
- >20

¿El paciente fue sometido a alguna cirugía de reparación de fístula en días previos al primer cohorte?

- SI
- NO

¿Cuál fue el valor pre-operatorio de la albúmina? Si es que fue requerida. (g/dL)

- < 0.5
- 0.5-1
- 1.1 -2
- 2.1-3
- 3.1-4
- >4

¿Colocaste acceso enteral durante la cirugía?

- SI
- NO

¿Qué tipo de sonda fue?

- Nasogástrica
- Nasoyeyunal
- Quirúrgica

¿La cavidad abdominal drenó?

- SI
 NO

¿Requirió cierre temporal de pared abdominal?

- SI
 NO

¿Cómo lo manejaste?

- Parche Wittmann
 Bolsa de Bogotá
 Terapia de presión negativa
 Malla

¿El paciente ingresó a la terapia intensiva?

- SI
 NO

¿Por cuánto tiempo?
(días)

- 1-3
 4-10
 11-20
 21-30
 >30

¿Requirió ventilación mecánica por más de 48 horas?

- Si
 No