



CARTA AL DIRECTOR

Necesidad de formar unidades funcionales especializadas en el manejo médico-quirúrgico de pacientes con fístulas enterocutáneas y fracaso intestinal



Medical and surgical management of patients with enterocutaneous fistula and intestinal failure: The case for specialised functional units

Sr. Director:

El término fracaso intestinal (o *intestinal failure* en inglés) fue definido por primera vez hace ya algunas décadas, pero recientemente la European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) a través de una revisión exhaustiva de la literatura define y clasifica esta situación clínica de la siguiente manera¹:

- El fracaso intestinal es la reducción de la función del intestino delgado hasta el mínimo necesario para la absorción de macronutrientes y/o agua y electrolitos, de manera que es necesaria suplementación intravenosa para mantener soporte vital. En muchas ocasiones se asocia a la presencia de una fístula intestinal de alto débito considerada cuando el efluente es mayor de 500 ml/24 h y/o de un estoma con alto débito cuando este supera los 1.500 ml/24 h¹.

Esta situación clínica poco frecuente, comúnmente asociada a isquemia intestinal o enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn) tiene una mortalidad muy elevada, normalmente alrededor del 10%, pero que puede superar el 25%². En nuestro país, hasta donde llega mi conocimiento, no existen datos nacionales de cuál es la morbilidad de esta situación clínica, a excepción de varias experiencias publicadas, sobre todo en edad pediátrica o experiencias en nutrición parenteral domiciliaria^{3,4}.

Muy recientemente la European Society of Coloproctology (ESCP) ha publicado, también, un documento de consenso como resultado de un proceso Delphi para

definir cuál debería ser el mejor manejo quirúrgico para estos pacientes⁵. Este manuscrito, muy recomendado para todos los especialistas de cirugía y de gastroenterología, aporta información muy útil y práctica en el manejo de estos pacientes.

En el destaca la importancia de crear unidades multidisciplinares para mejorar los resultados de morbilidad en estos pacientes⁶. De hecho este cambio permite tener un éxito del 95% en el manejo de fístulas intestinales complejas^{7–9}. Estas unidades, presentes desde los años 70 en Inglaterra y algunos otros países de Europa, deben estar formadas principalmente por un gastroenterólogo especialista en nutrición, y a ser posible, con interés en enfermedad inflamatoria intestinal, un cirujano con especial dedicación a este tipo de cirugía generalmente especialista en cirugía colorrectal, un radiólogo con especial interés en intervencionismo, un anestesiólogo con experiencia en el manejo anestésico de estos pacientes, un especialista en enfermería con dedicación al cuidado de pacientes con estoma y otro con dedicación a pacientes con nutrición parenteral/enteral, dietista e idealmente un especialista en farmacia hospitalaria. Además, suele precisarse en algunos casos otros especialistas (por ejemplo, cirujano plástico, urólogo, especialista en microbiología, etc.).

También se definieron los indicadores de calidad de estas unidades: mortalidad hospitalaria global y a los 30 días, reintervenciones por complicaciones, recurrencia de fístula después del tratamiento quirúrgico, reingreso hospitalario y pacientes que tras 2 años de cirugía reconstructiva puede dejar, finalmente, el soporte nutricional parenteral⁵. Pero más importante aun en este consenso, se define cuáles son los criterios de referir estos pacientes a los hospitales con unidades especializadas desde otros centros^{2,5}.

La realidad en España es que estos pacientes comúnmente son tratados en centros sin experiencia y sin los medios adecuados. Pero afortunadamente las guías publicadas por las distintas sociedades científicas nos permitirán avanzar en la creación de dichas unidades especializadas para el correcto tratamiento de estos pacientes. Aunque este cambio suponga una inversión económica importante en los hospitales designados para este objetivo. Con esta carta, me gustaría lanzar el reto de organizar en nuestro país dichas unidades funcionales, siguiendo los documentos de consenso, en las distintas áreas hospitalarias de nuestro país.

Bibliografía

1. Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. *Clin Nutr*. 2015;34:171–80.
2. Mawdsley JE, Hollington P, Bassett P, Windsor AJ, Forbes A, Gabe SM. An analysis of predictive factors for healing and mortality in patients with enterocutaneous fistulas. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;28:1111–21.
3. Castañón M, Prat J, Saura L, Gómez L, Tarrado X, Iriando M, et al. Manejo nutricional y quirúrgico del intestino corto como causa de fracaso intestinal en niños. A propósito de seis pacientes. Nutritional and surgical management of short bowel syndrome Our last 6 patients experience. *Cir Pediatr*. 2006;19:151–5.
4. Moreno Villares JM, Cuerda C, Planas M, Gómez Candela C, León-Sanz M, de Cos A, et al. Tendencias en nutrición parenteral domiciliaria en pacientes adultos en España: periodo 1992-2003. Trends in adult Home Parenteral Nutrition in Spain 1992-2003. *Nutr Hosp*. 2006;21:617–21.
5. ESCP Intestinal Failure Group, Vaizey CJ, Maeda Y, Barbosa E, Bozzetti F, Calvo J, et al. ESCP consensus on the surgical management of intestinal failure in adults. *Colorectal Dis*. 2016, doi: 10.1111/codi.13321. [Epub ahead of print].
6. Datta V, Engledow A, Chan S, Forbes A, Cohen CR, Windsor A. The management of enterocutaneous fistula in a regional unit in the United kingdom: A prospective study. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:192–9.
7. Gyorki DE, Brooks CE, Gett R, Woods RJ, Johnston M, Keck JO, et al. Enterocutaneous fistula: A single-centre experience. *ANZ J Surg*. 2010;80:178–81.
8. Rahbour G, Gabe SM, Ullah MR, Thomas GP, Al-Hassi HO, Yassin NA, et al. Seven-year experience of enterocutaneous fistula with univariate and multivariate analysis of factors associated with healing: Development of a validated scoring system. *Colorectal Dis*. 2013;15:1162–70.
9. Matarese LE, Jeppesen PB, O'Keefe SJ. Short bowel syndrome in adults: The need for an interdisciplinary approach and coordinated care. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014;38 Suppl 1:60S–4S.

David Parés

Department of Colorectal Surgery, Queen Alexandra Hospital, Portsmouth NHS Trust, Southwick Hill Road, Cosham, Portsmouth, Reino Unido
Correo electrónico: dapares@gmail.com