



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

EFFECTIVIDAD DE LA LIGADURA INTERESFINTÉRICA DE
TRAYECTO FISTULOSO COMPARADO CON LA
FISTULOTOMÍA CONVENCIONAL PARA EL
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA
PERIANAL EN UN HOSPITAL DE HUARAL, 2019-2022

EFFECTIVENESS OF INTERSPHINCTERIC LIGATION OF
FISTULOUS TRACT COMPARED WITH CONVENTIONAL
FISTULOTOMY FOR THE SURGICAL TREATMENT OF
PERIANAL FISTULA IN A HOSPITAL IN HUARAL, 2019-
2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
CIRUGÍA GENERAL

AUTOR

ANNETTE ALEXANDRA OROSCO FIGUEROA

ASESOR

JORGE LUIS CONTRERAS CARRILLO

LIMA – PERÚ

2024

EFFECTIVIDAD DE LA LIGADURA INTERESFINTÉRICA DE TRAYECTO FISTULOSO COMPARADO CON LA FISTULOTOMÍA CONVENCIONAL PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA PERIANAL EN UN HOSPITAL DE HUARAL, 2019– 2022.

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%	11%	3%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	cdigital.uv.mx Fuente de Internet	3%
2	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	2%
3	Ozgen Isik, Baris Gulcu, Ersin Ozturk. "Long-term Outcomes of Laser Ablation of Fistula Tract for Fistula-in-Ano", Diseases of the Colon & Rectum, 2020 Publicación	1%
4	Sameh Hany Emile, Hossam Elfeki, Mohamed El-Said, Wael Khafagy, Mostafa Shalaby. "Modification of Parks Classification of Cryptoglandular Anal Fistula", Diseases of the Colon & Rectum, 2020 Publicación	1%
5	www.establecimientosdesalud.info Fuente de Internet	1%

6	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1 %
7	Submitted to Universidad Científica del Sur Trabajo del estudiante	1 %
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
9	multimedia.elsevier.es Fuente de Internet	< 1 %
10	420night.com Fuente de Internet	< 1 %
11	Worrawit Wanitsuwan, Karuna Junmitsakul, Supakool Jearanai, Varut Lohsiriwat. "Video-Assisted Ligation of Intersphincteric Fistula Tract for Complex Anal Fistula: Technique and Preliminary Outcomes", Diseases of the Colon & Rectum, 2020 Publicación	< 1 %
12	www.jove.com Fuente de Internet	< 1 %
13	www.researchgate.net Fuente de Internet	< 1 %
14	www.scielo.org.co Fuente de Internet	< 1 %
15	es.scribd.com Fuente de Internet	< 1 %

16 pesquisa.bvsalud.org <1 %
Fuente de Internet

17 www.burningcompass.com <1 %
Fuente de Internet

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias Apagado
Excluir bibliografía Apagado

2. RESUMEN

La fistulotomía convencional es un procedimiento comúnmente utilizado y la mayoría de los cirujanos todavía confía en él como el estándar de oro en el tratamiento, no obstante, la ligadura del tracto de fístula interesfinteriana es una nueva técnica de preservación del esfínter para el tratamiento de la fístula anal. El objetivo del estudio será determinar la efectividad de la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional para el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022. La metodología empleada es no experimental, descriptiva-comparativa. La población estará conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente con la técnica de ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso o la técnica de fistulotomía para el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022. Como instrumento se elaborará una ficha de recolección de datos que recogerá información relevante de las historias clínicas. Finalmente se utilizará el programa estadístico SPSSv26 y el análisis descriptivo e inferencial de acuerdo a las variables del estudio.

Palabras clave: ligadura interesfintérica, trayecto fistuloso, fistulotomía, fistula perianal.

3. INTRODUCCIÓN

La fístula anal es una enfermedad infecciosa anorrectal causada por un absceso perianal o enfermedad perianal. Los abscesos anorrectales son una emergencia quirúrgica común que se trata mediante incisión y drenaje. En varias series se ha informado que aproximadamente el 15-60% de los pacientes con absceso anorrectal desarrollaron una fístula anal crónica durante el seguimiento, lo que representa una gran variación (1). Su incidencia es superada solo por las hemorroides, representando el 1,67-3,6 % de todas las enfermedades anorrectales (2). Además, un estudio en Reino Unido, demostró una tasa de incidencia del 15,5% para la fístula anal después de un episodio de absceso y también indicó la influencia de ciertos factores como la enfermedad inflamatoria intestinal (3).

La fístula es una conexión no anatómica entre dos superficies epitelizadas. Una fístula anal es una conexión anormal entre la glándula anal revestida de epitelio que se abre en la línea dentada (abertura interna) y la piel perineal (abertura externa) (4). Entre las principales características de una fístula están: (a) la presencia y ubicación de la abertura interna (IO) en el canal anorrectal, (b) la presencia de una abertura externa en la piel anal/perianal, y (c) la presencia de un trayecto fistuloso de diversa longitud y trayecto que afecta al sistema esfinteriano anorrectal: músculos interno, externo y elevador del ano (puborrectal) (5). La mayoría de las fístulas anales son de origen criptoglandular o secundarias a la enfermedad de Crohn, aunque se han identificado una variedad de otras etiologías, que incluyen infección, traumatismo, cáncer y malformación congénita. Mientras que las fístulas anales criptoglandulares se suponen causadas por una infección de las glándulas anales (6).

La teoría criptoglandular de las fístulas perianales sugiere su desarrollo a partir de las glándulas proctodeales, que se originan en el plano interesfinteriano y perforan el esfínter interno con sus conductos. Se forma una conexión entre una abertura a nivel de la línea dentada y otra en la zona perianal (7). De acuerdo con las diferentes estructuras de la fístula anal, se puede dividir en 4 tipos según la clasificación de Parks: tipo interesfinteriano, tipo transesfinteriano, tipo supraesfinteriano y tipo extraesfinteriano (8). Standard Practice Task Force (SPTF), de la American Society of Colon and Rectal Surgeons, clasifica las fístulas anales en “simples” y “complejas”; esta última categoría identifica el mayor riesgo de incontinencia después de la cirugía (9).

El manejo de la fístula anal generalmente requiere cirugía como tratamiento principal, incluida la fistulotomía, ya que muy pocas se curan sin intervención (10). El objetivo principal de la cirugía de fístula definitiva es la cicatrización; sin embargo, el éxito de la cirugía de fístula está influenciado por una variedad de factores que incluyen la experiencia del cirujano, el tipo de fístula, la participación de los músculos del esfínter, el tipo de procedimiento quirúrgico y factores relacionados con el paciente (11). Los tratamientos para la fístula anal son el procedimiento de sacrificio del esfínter y el procedimiento de conservación del esfínter. Ejemplos de sacrificio de esfínteres son la fistulotomía, la fistulectomía y el sedal con fistulotomía por etapas. Ejemplos de salvamento del esfínter son la fistulectomía central, el colgajo de avance, el tapón de la fístula anal, el sellado con fibrina, la ligadura del tracto interesfinteriano (LIFT) y el tratamiento de la fístula anal asistido por video (12).

La fistulotomía es el tratamiento estándar de oro de las fístulas perianales, con una tasa de curación de > 90% (13). Sin embargo, los pacientes tratados con fistulotomía tienen riesgo de desarrollar disfunción del esfínter perianal postoperatorio, especialmente mujeres o pacientes con fístulas complejas, incontinencia preoperatoria, enfermedad recurrente o cirugías anorrectales previas (14). La fistulotomía quizás esté infrautilizada en todo el mundo. La razón principal de esto es quizás la mala selección de pacientes. Si la selección del paciente no es precisa y se intenta la fistulotomía en una fístula alta (fístula que afecta a más de un tercio del esfínter externo), entonces el riesgo de incontinencia se vuelve bastante alto y la tasa de curación cae (13).

En Israel, un estudio evaluó fistulotomía anal con preservación del esfínter externo en 43 pacientes, donde los resultados evidenciaron que de los 17 pacientes (28,8 %) que no lograron curar con éxito, 9 (15,2 %) no curaron de manera primaria y 8 (16 %) experimentaron recurrencia después de la curación completa. Trece (76%) de estos pacientes fueron reoperados con recuperación completa, fistulotomía o colgajo de avance endorrectal (15).

La tasa de curación en fístulas anales simples es superior al 95% con baja recurrencia y sin complicaciones postoperatorias significativas. En las fístulas anales complejas sólo deben utilizarse técnicas salvadoras de esfínteres; los resultados óptimos se obtienen mediante la ligadura del trayecto fistuloso interesfinteriano (LIFT) (5).

En Turquía, una investigación establece una recurrencia del 22,97% en pacientes intervenidos con LIFT, donde los factores asociados con el fracaso de la operación

fueron la colección, el tamaño del trayecto de la fístula de más de 5 milímetros y la falla en la ligadura del trayecto en un intento; concluyendo que, el LIFT es uno de los varios procedimientos de ahorro de esfínteres para tratar la fístula anal y la recurrencia está relacionada con la complejidad de la enfermedad (16).

En Italia, en el 2019, estudiaron a 28 pacientes que fueron manejados con la técnica LIFT, donde los resultados demostraron que el tiempo operatorio fue de 31 minutos, y no hubo complicaciones intra y postoperatorias. La tasa general de curación completa fue del 85,7 % y la tasa de recurrencia fue del 14,2 %. El seguimiento se realizó a los 1, 3 y 6 meses. De manera que concluyeron que la técnica LIFT es simple y fácil de aprender, y es una buena opción para el tratamiento de la fístula anal simple; sin embargo, una cirugía personalizada sigue siendo el estándar de oro para esta condición (17).

Otro estudio en Egipto, en el 2020, comparó la eficacia del procedimiento de fistulotomía abierta y ligadura del trayecto de la fístula interesfinteriana (LIFT) en función de sus resultados posoperatorios en 30 pacientes divididos en dos grupos de 15. Como resultados, no hubo ningún caso de incontinencia después de realizar la técnica LIFT y solo hubo 2 casos de incontinencia a gases solo después de la fistulotomía. La tasa de curación después de LIFT fue del 80% (12/15 pacientes). La tasa de curación después de la fistulotomía fue del 93,3% (14/15 pacientes). Se concluye que, el procedimiento LIFT es una técnica preferida y efectiva para salvar el esfínter en la fístula anal con un tiempo de curación más corto y una menor incidencia de incontinencia anal posoperatoria, en comparación con la fistulotomía abierta (18).

En Australia, realizaron un estudio de seguimiento a largo plazo de 75 pacientes que se sometieron a LIFT después de drenaje con sedal y fistulotomía parcial. Los resultados de las puntuaciones de continencia preoperatoria y posoperatoria reveló solo un paciente (1,3 %) con incontinencia leve después de LIFT. Las recurrencias se relacionaron significativamente con las fístulas con trayectos múltiples ($p < 0,001$). Se concluye que, el protocolo de inserción de sedal y fistulotomía parcial seguido de LIFT se asocia con una baja tasa de recurrencia (19). Además, una investigación en Bélgica, la tasa de éxito fue del 74,2 % para el grupo LIFT, del 72,9 % en el grupo LIFT con escisión central y del 77,5 % en el grupo LIFT modificado (20).

En EE. UU, investigaron la tasa de curación de la ligadura del LIFT para las fístulas anales en 46 pacientes, donde se determinó que la curación de la fístula en 30 (65%) pacientes. Se observó que un total de 8 pacientes tenían recurrencia interesfinteriana y 8 pacientes tenían recurrencia transesfinteriana (21). Por otro lado, en un estudio en México, ninguno de los casos se presentó incontinencia previa o posterior a la reparación del defecto. Los tipos de corrección quirúrgica correspondieron al 50% para la técnica Lift, 40% fistulotomía, 23.3% Seton, 3.3% fistulotomía + avance de colgajo, 13.3% fistulotomía + Seton (22).

A nivel nacional, un estudio determinó que en el sexo masculino predominó en la fístula simple con el 75.66% y fístulas anal compleja con el 82.86%; las fístulas anales simples se presentaron a predominio posterior con el 81.58% y las fístulas anales complejas se presentaron a predominio anterior con el 60% (23). No obstante, no se han realizado estudios que compararen dos técnicas para el tratamiento quirúrgico de la fístula perianal.

A nivel local el Hospital San Juan Bautista de Huaral, es un establecimiento de salud que tiene el objetivo de ayudar la integridad de las personas, impulsando la salud, evitando las enfermedades y certificando la atención universal de salud los habitantes de Huaral. De manera que se ha podido observar que asisten pacientes con problemas de fistula anal, los cuales reciben tratamiento quirúrgico de LIFT, fistulotomias.

En este contexto, ante la necesidad de realizar investigaciones a nivel nacional y local que determinen la eficacia de dos técnicas quirúrgicas, se busca responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional para el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la efectividad de la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional para el tratamiento quirúrgico de la fístula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022.

Objetivos específicos

Determinar las características clínicas pre-quirúrgicas de los pacientes atendidos en hospital de Huaral, 2019-2022.

Identificar las complicaciones frecuentes de la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional al mes, tres meses y seis meses posterior al tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022.

Determinar la tasa de curación en la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional para el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022.

Estimar la tasa de recurrencias en la ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso comparado con la fistulotomía convencional para el tratamiento quirúrgico de la fistula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio

Estudio analítico observacional, tipo cohorte retrospectiva.

b) Población

La población estará conformada por todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente con la técnica de ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso o la técnica de fistulotomía para el tratamiento quirúrgico de la fístula perianal en un hospital de Huaral, 2019-2022.

Criterios de inclusión

- Pacientes con fístula perianal intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica de ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso o técnica de fistulotomía en el hospital de Huaral durante el periodo 2019 a 2022.
- Pacientes que disponen del historial clínico completo
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con seguimiento operatorio al mes, tres meses y seis meses.

Criterios de exclusión

- Pacientes portadores de fístulas complejas
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

c) Muestra

La muestra estará conformada por toda la población, determinado un total de 210 pacientes, de los cuales 105 fueron intervenidos quirúrgicamente mediante la técnica de ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso y 105 con técnica de fistulotomía. La muestra será obtenida mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se incluirán a todos los casos que cumplan con los criterios tanto de inclusión como de exclusión.

d) Definición operacional de las variables

Anexo 1

e) Procedimientos y técnicas

La técnica utilizada será documental, dado que la información será recolectada de las historias clínicas de pacientes, para luego ser trasladada a la ficha de observación, el cual será elaborado de acuerdo a los objetivos de la investigación.

- Inicialmente, se solicitarán los permisos a las instituciones correspondientes para la ejecución de la investigación.
- Posteriormente, se procede a la recolección de información como el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente con las técnicas de ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso o la técnica de fistulotomía durante el periodo 2019 al 2022.

- De acuerdo con el investigador se seleccionan las historias clínicas de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- La información de relevancia encontrada en las historias clínicas se extrae y se traslada a la ficha de recolección de datos, la cual será elaborada por el investigador.
- Se procederá a realizar el análisis estadístico correspondiente.

f) Aspectos éticos del estudio

Para el presente trabajo de investigación se buscará disponer del permiso del Comité de Ética del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Además, se consideran los principios fundamentales de la ética de investigación de acuerdo a la declaración de Helsinki, donde se respetará la confidencialidad de los pacientes dado que se las historias clínicas serán codificadas.

g) Plan de análisis

Concerniente al análisis de datos, la información será codificada y se almacenará en el programa Excel 2016. Se empleará el análisis descriptivo e inferencial; de manera que de acuerdo a la estadística descriptiva se utilizará para las variables cuantitativas se utilizarán las medidas de tendencia central (promedio, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico); mientras que, frecuencias absolutas y porcentuales para el análisis de las variables cualitativas.

Se utilizará la prueba de chi cuadrada y se aceptará un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearce L, Newton K, Smith SR, Barrow P, Smith J. Multicentre observational study of outcomes after drainage of acute perianal abscess. *Br J Surg*. 2016; 103(8): p. 1063-8.
2. Guo H, Zhi C, Li X, Shi Y, Cheng Y, Liu N. Two-finger digital rectal examination for the diagnosis of anal fistula: protocol for a randomized controlled trial. *J Gastrointest Oncol*. 2023; 14(3): p. 1626-1634.
3. Sahnun K, Askari A, Adegbola SO, Tozer PJ, Phillip RK. Natural history of anorectal sepsis. *Br J Surg*. 2017; 104(13): p. 1857-1865.
4. Cooper CR, Keller DS. Perianal Fistulas. *Dis Colon Rectum*. 2020; 63(2): p. 129-132.
5. Charalampopoulos A, Papakonstantinou D, Bagias G, Nastos K. Surgery of Simple and Complex Anal Fistulae in Adults: A Review of the Literature for Optimal Surgical Outcomes. *Cureus*. 2023; 15(3): p. e35888.
6. Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review. *Tech Coloproctol*. 2017; 21: p. 425-432.
7. Włodarczyk M, Włodarczyk J, Sobolewska A, Trzcíński R. Current concepts in the pathogenesis of cryptoglandular perianal fistula. *J Int Med Res*. 2021; 49(2): p. 300060520986669.
8. Liu D, Li W, Wang X, Qiu J. Classification of anal fistulas based on magnetic resonance imaging. *Chinese*. 2018; 25(12): p. 1391-1395.
9. Konan A, Onur MR, Özmen MN. The contribution of preoperative MRI to the surgical management of anal fistulas. *Diagn Interv Radiol*. 2018; 24(6): p. 321-327.
10. Hokkanen SR, Boxall N, Khalid JM, Bennett D. Prevalence of anal fistula in the United Kingdom. *World J Clin Cases*. 2019; 7(14): p. 1795-1804.
11. Schwandner O. Qualitätsindikatoren bei der Therapie der Analfisteln [Quality indicators in the treatment of anal fistulas]. *Chirurg*. 2019; 90(4): p. 270-278.
12. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2016; 59(12): p. 1117-1133.
13. Garg P. Is fistulotomy still the gold standard in present era and is it highly underutilized?: An audit of 675 operated cases. *Int J Surg*. 2018; 56: p. 26-30.

14. Kunitake H, Poylin V. Complications following anorectal surgery. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016; 29: p. 14.
15. Parnasa SY, Helou B, Mizrahi I, Gefen R, Abu-Gazal M. External sphincter-sparing anal fistulotomy (ESSAF): a simplified technique for the treatment of fistula-in-ano. *Tech Coloproctol.* 2021; 25(12): p. 1311-1318.
16. Sirikurnpiboon S. The risk factors for failure and recurrence of LIFT procedure for fistula in ano. *Turk J Surg.* 2023; 39(1): p. 27-33.
17. Cianci P, Tartaglia N, Fersini A, Giambavicchio LL. The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract Technique: A Preliminary Experience. *Ann Coloproctol.* 2019; 35(5): p. 238-241.
18. Al Sebai OI, Ammar MS, Mohamed SH, El Balsby MA. Comparative study between intersphincteric ligation of perianal fistula versus conventional fistulotomy with or without seton in the treatment of perianal fistula: A prospective randomized controlled trial. *Ann Med Surg (Lond).* 2020; 61: p. 180-184.
19. Schulze B, Ho YH. Management of complex anorectal fistulas with seton drainage plus partial fistulotomy and subsequent ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT). *Tech Coloproctol.* 2015; 19(2): p. 89-95.
20. Van S, Van E, Cools P. LIFT: a feasible option for primary and recurrent fistulas. *Acta Chir Belg.* 2021; 121(6): p. 420-426.
21. Wood T, Truong A, Mujukian A, Zaghiyan K, Fleshner P. Increasing experience with the LIFT procedure in Crohn's disease patients with complex anal fistula. *Tech Coloproctol.* 2022; 26(3): p. 205-212.
22. Estrada AH. Ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso (LIFT) vs tratamiento convencional de fístula perianal: estudio comparativo en el Hospital de Especialidades No.14 del IMSS, Veracruz. tesis de especialidad. México: Universidad Veracruzana; 2020.
23. Bruno TF. Características clínico epidemiológicas de las fistulas anales en pacientes del servicio de consultorio externo cirugía general; en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura, en el periodo 2014-2018. Tesis. Universidad Nacional de Piura; 2019.
24. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
25. Arias J, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación. Mexico: Mitsuo; 2021.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

INSUMOS	COSTO (Soles)
BIENES	
Papel	60.00
Fotocopias	300.00
Material de útiles de escritorio	500.00
USB	60.00
SERVICIOS	
Transporte	400.00
Estadístico	900.00
TOTAL	2320.00

CRONOGRAMA

	SET 2023	OCT 2023	NOV 2023	DIC 2023	ENE 2024
Elaboración del protocolo					
Recolección de datos (revisión de historias clínicas)					
Estadística					
Elaboración del manuscrito					

8. ANEXOS

ANEXO 1. Definición operacional de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	FORMA DE REGISTRO
Edad	Años cumplidos del paciente	Cuantitativa	De razón	En años
Sexo	Género del paciente registrado en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	Varón Mujer
Tipo de fistula	Clasificación de las fistulas de acuerdo a su trayectoria, según Parks.	Cualitativa	Nominal	Interesfintérica, transesfintérica, supraesfintérica, extraesfintérica
Antecedentes personales	Referente a si el paciente presenta diabetes mellitus, hipertensión arterial, alergias a medicamentos, u obesidad (IMC).	Cualitativa	Nominal	Si No
Antecedentes coloproctológicos	Paciente con antecedente de absceso perianal, incontinencia anal, fístula perianal recurrente, fisura anal, o Hemorroides	Cualitativa	Nominal	Si No
Antecedentes quirúrgicos coloproctológicos	Paciente con intervención quirúrgica como fistulotomía, fistulectomía, miotomía, hemorroidectomía, plastía anal, Cerclaje anal	Cualitativa	Nominal	Si No

Técnica de intervención quirúrgica	Pacientes que fueron intervenidos mediante una técnica.	Cualitativa	Nominal	Ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso Fistulotomía convencional
Incontinencia post operatoria	Pacientes que presentan o no incontinencia anal preoperatoria de acuerdo a la clasificación de Jorge Wexner.	Cualitativa	Nominal	Si No
Estancia hospitalaria (días)	Cantidad de días de hospitalización del paciente posterior a la intervención quirúrgica	Cuantitativa	De razón	En días
Tiempo de cicatrización de la herida (semanas)	Cantidad en semanas de cicatrización de la herida	Cuantitativa	De razón	En semanas
Curación completa	Cierre de la apertura externa de la fístula sin drenaje o infección a los tres y seis meses	Cualitativa	Nominal	Si No
Recurrencia	Pacientes que presentan recidiva de fistula perianal	Cualitativa	Nominal	Si No
Complicaciones	Afecciones, trastornos o eventos adversos que ocurren después de los procedimientos quirúrgicos	Cualitativa	Nominal	Si No

ANEXO 2. Ficha de observación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código: _____	
Edad: _____	
Sexo: Femenino () Masculino ()	
Tipo de fístula	
	Transesfintérica ()
	Interesfintérica ()
	Extraesfintérica ()
	Supraesfintérica ()
Antecedentes personales patológicos	
	Diabetes Mellitus ()
	Hipertensión Arterial ()
	Alergias a medicamentos ()
	Obesidad ()
	IMC _____
Antecedentes coloproctológicos	
	Absceso perianal ()
	Incontinencia anal ()
	Fístula perianal recurrente ()
	Fisura anal ()
	Hemorroides ()
Antecedentes quirúrgicos coloproctológicos	
	Fistulotomía ()

	Fistulectomía ()	
	Miotomía ()	
	Hemorroidectomía ()	
	Plastía anal ()	
	Cerclaje anal ()	
Incontinencia preoperatoria	Grados () No presenta ()	
Técnica de intervención quirúrgica	Ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso () Fistulotomía ()	
Incontinencia post operatoria	Grados () No presenta ()	
Estancia hospitalaria	_____ días	
Tiempo de cicatrización de la herida	_____ semanas	
Curación completa	Si presenta () No presenta ()	
Recurrencia	Si presenta () No presenta ()	
Complicaciones	Si presenta () No presenta ()	Fisuras anales () Dolor persistente () Trombosis hemorroidal () Dehiscencia de herida () Sangrado () Hematoma perianal () Infección de herida () Infección fúngica vaginal () Otros _____