

## CONCLUSIONES

1. En la serie de estudio prevalecieron las fístulas enterocutáneas.
2. Es probable que el número de camas hospitalarias determine la evolución y el destino de las fístulas gastrointestinales.
3. El número de pacientes con fístulas gastrointestinales atendidos en un mes de trabajo del hospital influyó marginalmente en la supervivencia del paciente.
4. Las prácticas quirúrgicas examinadas se administraron mayormente en los pacientes con fístulas enteroatmosféricas.
5. En el momento actual, la adopción de las prácticas quirúrgicas prescritas en la contención y resolución de las fístulas gastrointestinales no resulta en una mayor tasa de cierre no quirúrgico de la fístula.
6. La existencia de una unidad especializada en el tratamiento de la falla intestinal se asoció con un menor uso de técnicas de abdomen abierto y de dispositivos para el cierre temporal del abdomen.
7. Es plausible que la existencia de una unidad hospitalaria especializada en el tratamiento de la falla intestinal traiga consigo una mayor tasa de cierre no quirúrgico de las fístulas gastrointestinales.
8. Las prácticas nutricionales examinadas se administraron mayormente en los pacientes con fístulas enteroatmosféricas.
9. La adopción de las prácticas nutricionales examinadas solo resultó en la prolongación de la estadía hospitalaria.
10. La existencia de una unidad de nutrición clínica y hospitalaria se asoció con una menor mortalidad, una estadía hospitalaria más prolongada, y una posibilidad menor de cierre no quirúrgico de la fístula gastrointestinal.
11. En el momento actual, solo el tipo de la fístula gastrointestinal influye en la supervivencia del paciente.
12. Los pacientes con fístulas enterocutáneas mostraron las mayores tasas de supervivencia.