

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA**

Tema:

Fístulas Vesico-vaginales abordaje diagnóstico y terapéutico servicio de
ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017

Autor:

Dra. María de los Ángeles Narváez Torrez
Médico Residente IV año
Ginecología y Obstetricia

Tutor:

Dr. Juan José Almendarez
Gineco obstetra – Uroginecólogo

Asesor Metodológico:

Dr. José Ángel Méndez
Especialista Gineco – obstetricia
Msc epidemiologia

Managua 14- Marzo- 2018

DEDICATORIA

Este esfuerzo de superación, lo dedico con todo cariño a los que con la más fiel comprensión y ternura forjaron mi vida y mi ser:

A Dios.

Por hacerme llegar hasta ese lugar, por brindarme la sabiduría, fortaleza y entendimiento durante cada fase de esta especialidad.

Mis padres.

Por creer en mí, por apoyarme en todo momento y sobre todo en aquellos momentos más difíciles en que pensamos no poder salir adelante, por la constante lucha por hacer de nosotros mejores personas.

Mis hermanos.

Por el apoyo moral que me brindaron cuando lo necesite, por el cariño q me han mostrado siempre.

Mis hijos.

Los que llenan mi vida de amor e ilusión, y son mi motor en este caminar, por comprender cada momento robado en esta fase de preparación profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios: por darme la vida, la oportunidad de iniciar y finalizar una hermosa carrera que me permitió conocer nuevas personas que recordare siempre.

A mis padres: por hacer todos los sacrificios y brindarme su apoyo incondicional, su amor, su cariño y enseñarme el valor de la vida.

A mis maestros: Gracias por haber contribuido en mi preparación académica y moral, a quienes guardo mucho respeto y admiración, en especial al Dr. Juan José Alendarez Martínez y al Dr. José Ángel Méndez.

Amigos y Amigas: Por brindarme su apoyo, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles, por las alegrías compartidas y por todas las experiencias vividas.

Opinión del Tutor.

Las Fistulas Vesicovaginales es un problema que afecta negativamente la calidad de vida de las mujeres en el ámbito personal, conyugal, familiar y social. Tomando en cuenta que esta es una patología poco frecuente en nuestra práctica diaria y que se debe de conocer, prevenirla y convenientemente tratarla en el caso de presentarse.

A lo Largo de la historia se han llevado a cabo numerosas técnicas quirúrgicas que permiten corregir las fistulas vesicovaginales, considerando los diferentes abordajes; tratamiento conservador (terapias alternativas) y tratamiento intervencionista.

La aplicación de una técnica quirúrgica apropiada, manipulación cuidadosa, utilización de mejores materiales de sutura, correcta planificación preoperatoria y la detección de la lesión incidental y la reparación inmediata mejora notablemente la evolución y la calidad de vida.

El presente trabajo refleja los primeros resultados de la experiencia institucional en el servicio de ginecología / uroginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las pacientes con el diagnóstico de Fistula Vesicovaginal desde Enero 2013 a Diciembre 2017.

Felicito a la autora del presente estudio, Dra. María de los Ángeles Narváez Torrez, residente del IV años de Ginecología y Obstetricia por la conclusión del mismo.

Los resultados nos servirán para evaluar el diagnóstico y abordaje terapéutico y mejorar cada día mas.

Dr. Juan José Almendarez.

Ginecología y Obstetricia / Uroginecólogo.

HBCR

RESUMEN

Tema: “Fistula vesico-vaginales abordaje diagnóstico y terapéutico servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017”

Introducción: Pierdo orina por mis partes" es la frase que se repite las portadoras de fístulas genitourinaria la orina fluye más o menos abundante en la horquilla vulvar, de acuerdo al tamaño de la fístula. La mayoría de las veces la incontinencia urinaria es total o casi total, que requiere el uso de pañales o láminas de plástico para proteger el colchón. Las lesiones del tracto urinario (LTU) son complicaciones bien conocidas de las cirugías pélvicas y ginecológicas, en la revisión realizada se encontró que la incidencia de casos ha disminuido, pero aún constituyen una fuente importante de preocupación entre los cirujanos debido a su asociada morbilidad y ocasional mortalidad.

Objetivo: Determinar el Abordaje diagnóstico y Terapéutico en Fistula Vesico - vaginal en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, en el servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón. Se estudió a 25 expedientes de pacientes con diagnóstico de fistulas vesico-vaginales. La fuente fue secundaria, se realizó un análisis de expediente de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos.

Resultados: Edades de 41 a 50 años fue la más afectada. La manifestación clínica fue en 100% salida de orina, etiológicamente en 88% por histerectomía abdominal. Se le realizo en un (80%) cistoscopia, se les practico cirugía donde el 92% no presento complicaciones.

Conclusión: El éxito del manejo en valoración y tratamiento en pacientes con fistula vesicogenitales tuvo un 96% de satisfacción en la evolución de las usuarias.

Palabras claves: Fistula Vesico-vaginales, abordaje, diagnóstico y terapéutico.

INDICE

CAPITULO I	1
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del Problema	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	6
General:	6
Específicos:	6
CAPITULO II	7
a) Marco Teórico	7
2.2 Pregunta Directrices	15
CAPITULO III	16
3.1. Diseño Metodológico	16
a) Tipo de estudio	16
b) Área de estudio	16
c) Periodo de estudio	16
d) Unidad de análisis	16
e) Universo	16
f) Criterios de inclusión	16
g) Criterios de exclusión	16
h) Fuente de información	16
i) Instrumento	16
j) Técnicas y procedimientos para recolectar la información:	16
k) Plan de análisis:	17
Variables de estudio	17
l) Aspectos éticos:	17
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	18
CAPITULO IV	21
1.1. Resultados	21
1.2. Análisis de Resultado	23
CAPITULO V	29
5.1. Conclusiones	29
5.2. Recomendaciones	30
5.3. Referencias y Bibliografía	31
Anexos	32

CAPITULO I

1.1. Introducción

"Pierdo orina por mis partes" es la frase que se repite las portadoras de fístulas genitourinaria La orina fluye más o menos abundante en la horquilla vulvar, de acuerdo al tamaño de la fístula. La mayoría de las veces la incontinencia urinaria es total o casi total, que requiere el uso de pañales o láminas de plástico para proteger el colchón. Las lesiones del tracto urinario (LTU) son complicaciones bien conocidas de las cirugías pélvicas y ginecológicas, aunque en la revisión realizada la incidencia de casos ha disminuido, aún constituyen una fuente importante de preocupación entre los cirujanos debido a su asociada morbilidad y ocasional mortalidad.

O'Connor & Sokel (1951). Introducen el cierre trans-peritoneal con disección vesical hasta la zona de la fístula. Las vías de abordaje transvaginal, transvesical extraperitoneal y combinada se continúan utilizando. Aunque se plantean causas fundamentales para la etiología de las fístulas vesicovaginales, actualmente y en los países industrializados, la causa más frecuente es la histerectomía ya sea por vía abdominal o vaginal.

Sánchez & Mendoza (2000), En una revisión realizada en la Clínica Mayo en el servicio de urología del Hospital Centro Medico –México, plantean que la cirugía ginecológica es la causa del 82 % de las fístulas y los procedimientos obstétricos del 8%, las radiaciones pélvicas del 6 % y los traumas del 4 %, en un estudio de revisión de 91 pacientes " La Raza " , encuentran que la primera causa de fístula (67 %) fue la operación ginecológica por mioma uterino y (5.49 %) por cáncer cervicouterino. De las causas obstétricas la cesárea fue la más frecuente con 15% de los casos. Los métodos y técnicas quirúrgicas a utilizar para la reparación efectiva de las fístulas vesicovaginales son variados y su uso está en dependencia del criterio y experiencia del urólogo.

Neto A. (2002), En el Servicio de Urología del Hospital General Docente en la Habana, se realizó un estudio de caracterización, retrospectivo, longitudinal y de resultados postoperatorios (período de 8 años) a partir de una muestra de

40 pacientes portadoras de fístulas vesicovaginales de origen iatrogénico. Este tipo de lesiones iatrogénicas se presentan con mayor frecuencia en el rango de 31 a 50 años. La histerectomía abdominal con anexectomía (65 %) y el parto distócico (20 %) predominaron ($P < 0,001$) como generadores de fístulas vesicovaginales, entre las cuales fueron más frecuentes las retrotrigonales (70 %) con $P < 0,001$. El tamaño de las fístulas trigonales y pretrigonales fue menor de 2 cm, en tanto las retrotrigonales fluctuaron entre menos de 1 cm y 3 cm. Para la reparación se utilizó preferentemente la vía abdominal de abordaje (70 %). Los resultados evidenciaron el 95 % de éxito, con sólo 2 recidivas.

Las Lesiones del tracto urinario más frecuentes son: las fístulas vésico vaginales (FVV) y las fístulas ureterovaginales (FUV) pero, en este estudio únicamente se abordarán las Fístula Vesico – Vaginal por ser las más frecuentes y en que el urólogo debe corregir con una técnica quirúrgica correcta.

Ellas se localizan en diferentes niveles del aparato genitourinario, donde la vejiga es generalmente el órgano más afectado debido a dos razones: por su relación anatómica con las estructuras ginecológicas y por las operaciones complejas que se realizan en esta zona. Todo esto lleva a la producción de fistulas uro ginecológicas las que provocan muchas molestias ya que la orina fluye de manera constante e involuntaria a través de la vagina (incontinencia urinaria) y ocasiona alteraciones desde el punto de vista somático, psíquico y social. Estas pacientes sufren socialmente el padecimiento de esta enfermedad por la incontinencia urinaria, causa de bochorno y aislamiento social y trauma psicológico. Todo ello se extiende también a la familia, que sufre junto con la paciente.

A nivel nacional no se encontró estudios relacionados con el diagnóstico de fistula vesicovaginales en los diferentes hospitales en donde se realizan estudios monográficos.

1.2. Planteamiento del Problema

Aunque afortunadamente las fístulas urinarias constituyen una patología poco frecuente en nuestra práctica diaria, estas requieren ser conocidas, prevenidas y convenientemente tratadas en caso de presentarse, ya que las pacientes portadoras de fístulas se ven afectadas en su calidad de vida y esta puede ser en forma crónica a menudo conduce a aislamiento social abandono divorcio e incluso abuso, sintiéndose con sentimiento de vergüenza.

Por lo antes mencionado y recordando que el origen según estudios planteados pueden ser por causas iatrogénicas y gineco-obstetra se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el abordaje diagnóstico y terapéutico de las Fístula Vesicovaginales en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017?

1.3. Justificación

Las fístulas genitourinarias dependen de la región del mundo en que se presente, así, en los países desarrollados la causa más común (75%), es el resultado de una lesión vesical durante algún procedimiento quirúrgico ginecológico, urológico, y otro a nivel de la pelvis. La lesión quirúrgica ocurre más frecuentemente durante la histerectomía (0.1-0.2%) y en menores porcentajes durante otras cirugías pélvicas como: colporrafia anterior en la reparación de cistocelos; cirugía de la incontinencia urinaria, uso de sling para el tratamiento de la incontinencia de orina, biopsias post radiación en pacientes con cáncer cervicouterino y otros procedimientos urológicos. En los países subdesarrollados, los casos de partos difíciles o prolongados son las causas principales, por tal motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) dictaminó los 10 hechos para la prevención y el manejo de la fístula obstétrica que contribuirá a la mejoría de la salud materna considerando el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Generalmente puedan ser múltiple las causas que conlleve a una paciente a presentar fístula genitourinaria, ya sea de origen patología o de origen quirúrgico e incluso pueden ser asociadas a factores como la atención obstétrica inadecuada y las cirugías pélvicas ginecológicas siendo ambas circunstancias controlables de parte del grupo multidisciplinarios.

El Hospital Escuela Bertha Calderón Roque es un centro de referencia nacional dado el nivel de resolución que tiene desde el ámbito profesional como institucional, el servicio de ginecología cuenta con 20 camas para hospitalizados, atendiendo anualmente por consulta externa un total de 19,207 pacientes. En los últimos 5 años, han sido realizadas por parte del servicio de ginecología, 2290 histerectomías, habiéndose producido en ese período de tiempo 25 fistulas vesicovaginales lo que representa una incidencia del 1%.

Por lo tanto la intención del presente estudio es la de determinar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las Fistula Vesicovaginales en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017.

Es de importancia la realización de este trabajo con fines de prevención y detección para brindar la oportunidad de tratamiento eficiente y así ofrecer una herramienta para reducir su incidencia, las secuelas de esta entidad y el impacto en la calidad de vida de las mujeres atendidas en el hospital Bertha Calderón Roque y al mismo tiempo optimizar los recursos disponibles.

1.4. Objetivos

General:

Determinar el Abordaje diagnóstico y Terapéutico en Fistula Vesicovaginales con experiencia de 5 años en el servicio de ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017

Específicos:

1. Enumerar las características demográficas de la población estudiada.
2. Identificar el abordaje diagnóstico de cada paciente
3. Conocer el abordaje quirúrgico de las fistulas vesico-vaginales
4. Evaluar la evolución postoperatoria de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por fístula vesico-vaginales.

CAPITULO II

a) **Marco Teórico**

Fístulas Vesicovaginales:

Representa el grupo más frecuente entre las fistulas urogenitales.

La relación anatómica que existe entre la vagina y la vejiga favorecen la formación de una comunicación anatómica anómala entre estos órganos. Existe una clara diferencia epidemiológica entre estos países en vías de desarrollo siendo los países asiáticos y africanos en donde impacta en la morbimortalidad.

En los países desarrollados la atención obstétrica adecuada ha permitido reducir el origen obstétrico de las Fístula Vesico Vaginal, las cuales siguen siendo en la actualidad la cirugía ginecológica más frecuente. (Almagro, 2002)

HISTORIA

La historia de las fistulas urinarias está íntimamente ligada a la obstetricia y en los últimos lustros a la ginecología. Los traumas acaecidos durante el parto o por actuaciones quirúrgicas poco ortodoxas han dado lugar a que la frecuencia en la mujer sea mucho mayor que en el hombre.

Hace más de 1000 años Ibn-Sin (Avicena) en un tratado Al-Kannon describe por primera vez una fístula vesical. Bastantes años después empiezan a ser citados por autores como Plater (1553), Mercatus (1605), Fallo (1720), Pirogov (1837). Derry describe una fístula en una momia de la XII dinastía.

La primera intervención de una fístula vesical (vesicovaginal) la realiza Sim en 1849 utilizando para su cierre hilos de plata. Fue tal el éxito obtenido que creó en Nueva York el «Hospital Fistular» donde acudían enfermos de muchas regiones'.

Existen varios tipos de clasificación según su localización, dimensiones, relación con continencia urinaria, etc. En donde cada grupo de especialista las contemplara con fines de abordaje terapéutico. Las dividen en: Adquiridas y

congénitas; dividiéndose las primeras según su etiología en dos grandes grupos:

- Obstétricas.
- Secundaria a cirugías ginecológicas, o radioterapia; siendo esta últimas con mayor prevalencia en países desarrollados.

Otra clasificación las divide en congénitas y adquiridas, dentro de estas últimas incluye de origen iatrogénico y no iatrogénicas (Glenns, Urology surgery, 2004)

Dentro de las causas de las fistulas vesico – vaginales adquiridas se encuentran: (Almagro, 2002)

- Post – histerectomía
- Post cirugía ginecológicas
- Lesiones por radiación
- Parto traumático
- Violencia sexual
- Cuerpos extraños (Vaginales o vesicales como sondas)
- Infecciones tuberculosas

La isquemia tisular es la causa fundamental de la formación de fístula vesicovaginal, durante la dilatación prolongada o traumática de cuello vesical contra la sínfisis del pubis. La mayoría de las causas postoperatorias son debidas a traumatismo vascular. Las lesiones se pueden producir por la disección roma de la vejiga durante su movilización. Otra forma es la colocación inadvertida de suturas cuando se está cerrando el manguito vaginal, que también ocasiona isquemia tisular y necrosis. Hasta en 10% de las fístulas implica uno o ambos uréteres. (Priego Niño, 2008)

Es importante tomar en cuenta los factores peri operatorios como radiación, cirugía pélvica previa, endometriosis, infecciones recurrentes, enfermedades intestinales inflamatorias, diabetes mellitus y arteriosclerosis. (Priego Niño, 2008)

Las FVV por causa obstétrica es de la más frecuente en países desarrollo, siendo explicada por trabajo de partos prolongado, por la constante presión del

feto sobre las paredes vaginales, vesicales o intestinales originando necrosis, resultando en el paso incontrolado de orina y/o heces a la vagina. (Arrowsmith, 2010).

También se puede producir formación primaria de fístulas con la radioterapia de carcinoma de cuello uterino, de útero, ovario o recto. Con una incidencia de 1.4 a 5.2% en histerectomías posradiación.

La radiación provoca alteraciones vasculares crónicas en el campo afectado. (Priego Niño, 2008)

Clínica

El síntoma más común de la FVV, es el continuo goteo de orina a través de la vagina. La incontinencia desarrollada por el trauma quirúrgico usualmente ocurre en el 5 al 14 día del postoperatorio. El goteo de la orina está relacionado con la posición y el tamaño. Los pacientes con fístulas pequeñas orinan en cantidad considerable. Los pacientes con grandes fístulas tienen incontinencia total y no son capaces de tener deseo de orinar. La fuga de orina causa irritación de vagina, vulva y perineo con sensación desagradable, con olor a amoníaco. Puede haber incrustaciones de fosfato, la fístula poshisterectomía, es localizada en la cúpula vaginal. Una fístula obstétrica es localizada en un segmento más inferior. La presentación es variada dependiendo de la causa. Los pacientes con fístulas después de cirugía de pelvis, pueden presentar inicialmente un postoperatorio complicado con fiebre, íleo parálítico, molestias abdominales, hematuria o irritabilidad vesical. La mayoría de los pacientes, presentan las manifestaciones hasta el séptimo o décimo día, una vez retirada la sonda Foley, con la queja de secreción vaginal acuosa. Del 10 al 15% se presentan de manera tardía, volviéndose sintomáticas de 10 a 30 días después del procedimiento. Aparte de una secreción vaginal acuosa, experimentan incontinencia urinaria o de esfuerzo. Acorde al tamaño y localización de la fístula, pueden presentar volúmenes miccionales adecuados con períodos de incontinencia de esfuerzo. Cuando la causa fundamental es por radioterapia, pueden demorarse hasta 30 años después del tratamiento. El 25% puede permanecer asintomático hasta por más de 5 años. Frecuentemente presentan

datos de cistitis post radiación, hematuria o contractura vesical, lo cual suele desaparecer una vez que se establece la fístula.

La salida de orina puede provocar cambios negativos en los hábitos sociales, alteración de la vida sexual activa, y llevan al paciente a depresión, insomnio y baja autoestima. (Gómez J. 2010)

Diagnóstico:

Evaluación es fundamental a la exploración física, la mayoría puede presentar exploraciones abdominales normales, los casos con fístula ureterovaginal concomitante pueden presentar hipersensibilidad abdominal o en el flanco del lado afectado, ya sea por obstrucción o extravasación. La exploración ginecológica amerita una revisión detallada y completa de las características de los tejidos, ya que en los cuadros agudos puede presentarse la mucosa con aspecto eritematoso dificultando la observación del orificio fistuloso.

El uso de fenazoperidina es una prueba patognomónica, así como también la cromatografía con uso de otros colorantes. La urografía excretora es un estudio de mucha utilidad, ya que revela lesión ureteral, y por otra parte, con los tiempos adecuados se pueden tener fases cistográficas que arrojan las características vesicales en cuanto a su tamaño, capacidad y localización del trayecto fistuloso. Otros estudios son las cistografías oblicuas y la tomografía axial computarizada. El examen de cistoscopia y la pielografía son estudios imprescindibles en el estudio de una fístula vesical. Existen varias pruebas para determinar la presencia de una fístula vesical, mencionamos las más importantes en la que todos los pacientes deben de tener cistoscopia y Vaginoscopia. Cada intento debe de ser para localizar la ubicación exacta de la fístula, así como su relación con los uréteres, el diámetro, tamaño, y la causa de la fístula. Esta información es necesaria previa a la cirugía para asegurar el éxito. (Rodríguez et al, 2009).

Las exploraciones pueden ser bajo anestesia para poder realizar exploraciones más complejas sin molestar al paciente de manera excesiva, además de permitir la toma de biopsia en caso necesario. En algunos casos, se puede realizar un estudio de cromatografía a la cama, se colocan gasas húmedas en la vagina, a la izquierda y a la derecha del fórnix vaginal, a nivel vaginal medio y en el introito vaginal, se llena la vejiga con una solución rojo carmín al 1% por 5 min. Más tarde se inyecta de manera IV índigo carmín y azul de metileno, retirándose las gasas a los 10 minutos. Una mancha roja en la porción medio vaginal da como resultado fístula vesicovaginal, una mancha azul en las porciones superiores de color azul indica una fístula ureterovaginal, y una mancha roja en la gasa del introito indica una lesión uretra vesical. La cantidad de color azul depende de la capacidad de la función renal. Puede haber reflujo vesicoureteral y provocar un falso positivo para fístula Vesico Vaginales. El uso de fenazopiridina para diagnóstico de fístula da buenos resultados. Se coloca un tapón vaginal y si se pinta de naranja se da como una prueba positiva. La cromatografía vesical con azul de metileno, también permite una buena identificación de la lesión, finalmente la TAC permite también una ubicación de la fístula con límites diagnóstico de 60 por ciento. (Priego Niño, 2008)

Tratamiento

Manejo conservador

El manejo puede ser conservador en casos muy específicos, el más conservador es el drenaje vesical que puede realizar con sonda transuretral, aunque sólo se ha reportado en series muy pequeñas. El uso de fibrina ha originado datos alentadores, pero con falta de seguimiento a largo plazo. Esta técnica se asocia también a la electrofulguración del sitio de la fístula, más el uso de colágeno, fibrina o pegamento de fibrina. Se puede usar la electrofulguración o electrocoagulación, con un legrado reavivando bordes, y drenándose la vejiga; la técnica con láser es similar con los mismos principios. (Howard G y Sandi P 2007)

Este manejo aplica principalmente en fistulas menores de 3 mm de diámetro, aunque otros autores lo consideran en fistulas < 1 cm. El tratamiento

conservador consiste: drenaje vesical prolongado con sonda Foley por lo menos de 6 semanas; otros autores recomiendan no más de 4 semanas con uso de anticolinérgicos para evitar espasmos vesicales.

- Antibióticos urinarios.
- Estrógenos locales en mujeres posmenopáusicas. (Guía de prevención FVV)

Manejo Quirúrgico

Está condicionada al entrenamiento y la experiencia del cirujano (tabla 1) independientemente del abordaje vaginal/abdominal, la mayoría de las técnicas implican cuatro etapas fundamentales: (a) exposición del orificio fistuloso, (b) disección del trayecto fistuloso, (c) identificación y desmembramiento de las paredes vaginal y vesical y (d) suturas de ambas en forma sobrepuesta, sin tensión utilizando suturas absorbibles. (Paulo palma, 2006)

La resolución quirúrgica es el método fundamental para la reparación de estos casos. Se requiere una adecuada planificación, tomando en cuenta todas las variables, se puede disponer del mejor método quirúrgico para resolver el problema.

TABLA 1.
FISTULAS VESICOVAGINALES - CRITERIOS PARA EL ABORDAJE QUIRURGICO

Vía vaginal	Vía abdominal
• Orificio debajo de la barra interureteral.	• Orificio arriba de la barra interureteral.
• Fistulas simples (orificio único)	• Fistulas complejas o recidivas.
• Buena distensibilidad vaginal y vesical	• Estenosis/ fistula ureteral asociada.
• Corrección de distopias asociadas.	• Radioterapia pélvica.
• Tracto urinario superior normal	• Cirugía abdominal concomitante (ej; enterocistoplastia).

(Paulo palma, 2006)

El momento ideal para la reparación depende también del momento del diagnóstico. Debe ser antes de las 72 horas en caso de un manejo temprano. En este tiempo los tejidos son flexibles y de aspecto normal, y se puede reparar ya sea de manera vaginal o abdominal. Se debe tener en cuenta que la precipitación en tiempo, puede presentar infección e inflamación, lo que comprometería el éxito de la cirugía. Se puede realizar cierre precoz si la calidad de los tejidos lo permite y si no hay infección, evitando los periodos prolongados de 3 a 6 meses. Como contraindicaciones de cierre temprano, existen los intentos previos de cierre quirúrgico, la presencia de un flemón pélvico, fístula entérica o radioterapia. (Gomez J y Mayano S 2010)

Estos pacientes pueden prolongarse para su reparación hasta por periodos de 4 a 8 meses, y ameritan la colocación de colgajos interpuestos. Entre las reparaciones precoces y tardías varía la tasa de éxito entre 60 a 100 por ciento. El soporte médico y psicológico es necesario para la mujer afligida. El manejo previo de cistitis, vaginitis y dermatitis perianal, debe resolverse satisfactoriamente. El uso de cremas o emolientes son necesarios para mejorar la vulvovaginitis. Se debe mantener el área lo más seca posible usando colectores de orina. El soporte nutricional es necesario para beneficio del paciente. La videourodinamia es una herramienta clave para valorar la función vesical y uretral, así como los mecanismos de continencia. (Gomez J y Mayano S 2010)

Las múltiples modalidades de abordaje ya sea vaginal o trans-abdominal dependen de muchas variables, como las características propias de la fístula así como del antecedente de intentos previos de reparación. No hay una técnica ideal, pero sí se puede escoger el mejor abordaje para asegurar el incremento de la tasa de éxito, este estudio pretende conocer las variables que afectan el resultado y tener un mejor entendimiento del manejo de este padecimiento.

En cuanto a la elección depende del manejo y de la experiencia del cirujano, se realiza técnica de Sims por vía abdominal y técnica de Latzco modificada por vía vaginal. Una fístula Vesicovaginal, se puede reparar por abordaje

vaginal o abdominal, o combinado en casos complejos, el abordaje vaginal se usa más a menudo con una tasa de éxito de 90%.

Comparado con el abordaje abdominal, la técnica vaginal es menos invasiva, no se necesita de cistostomía, hay menos pérdida sanguínea, dolor y estancia intrahospitalaria. (F.J Navarro,2003)

Fistulas complejas:

- Fistulas gigantes: generalmente obstétricas (>5cm)
- Fistulas asociadas a lesión uretral.
- Múltiples
- Multioperadas: cicatrización severa
- Radiadas (F.J Navarro,2003)

El uso de colgajos o pediculares de vagina evita la tensión de las líneas de suturas, en caso de sangrado profuso el taponamiento vaginal ayuda a controlar esta situación.

En casos más difíciles, se ejecuta la técnica de Latzco con denudación elíptica de la pared vaginal que rodea el trayecto de fístula. Se deja la porción vesical intacta y se realiza cierre en tres capas, sin tocar la vejiga. Lo que permite que la pared vaginal se convierta en pared vesical con adecuada reepitelización. Esta técnica ha tenido un éxito del 93% en una serie con 43 pacientes. Su principal desventaja es el estrechamiento de la vagina en caso de radioterapia previa. Muchos cirujanos citan a O'Connor como el primero en usar parche de epiplón para la reparación de la fístula, pero fue descrito por primera vez por Walkman Walter. Reparación abdominal tipo O'Connor, con Incisión del trayecto de la fístula, con interposición de epiplón. Otros parches como el músculo Gracilis, islas de colgajos miocutáneos, mucosa vesical, apéndices epiploicas y parche seromusculares de intestino han presentado respuesta adecuada. (Gomez J y Mayano S 2010).

2.2 Pregunta Directrices

¿Cuáles son las características demográficas de la población estudiada?

¿Cuál es el abordaje diagnóstico de cada paciente?

¿Cuál es el abordaje quirúrgico de las fistulas vesicovaginales?

¿Cuál es la evolución postoperatoria de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por fistula vesicovaginales?

CAPITULO III

3.1. Diseño Metodológico

- a) **Tipo de estudio:** Estudio Descriptivo, con enfoque cuantitativo, retrospectivo corte transversal
- b) **Área de estudio:** Hospital Bertha Calderón Roque, servicio de ginecología.
- c) **Periodo de estudio:** Enero 2013 a Septiembre del 2017.
- d) **Unidad de análisis:** pacientes con el diagnóstico de fístula vesicovaginales
- e) **Universo:** Fue conformado por un total de 25 usuarias que fueron diagnosticada y tratadas por fístula vesico - vaginal.
- f) **Criterios de inclusión:**
1. Pacientes con diagnóstico de fistula vesicovaginales.
 2. Ingresada en el servicio de ginecología.
 3. Pacientes con información completa.
 4. Que estén dentro del periodo de estudio establecido
- g) **Criterios de exclusión:**
1. Paciente con diagnóstico de fístula vesicovaginales de origen oncológico.
- h) **Fuente de información:** Secundaria, ya que se revisó expedientes clínicos para obtener la información.
- i) **Instrumento:** ficha diseñada por el investigador (Ver anexo 1), diseñadas para dar respuesta a los objetivos de estudio.
- j) **Técnicas y procedimientos para recolectar la información:**
- Para obtener la información para el estudio se procedió a realizar las siguientes actividades.
1. Selección del lugar donde se realizó el estudio
 2. Coordinar con las autoridades responsables
 3. Elaboración del siguiente instrumento de medición

- 3.1. Ficha elaborada por el investigador
- 3.2. Revisión de expedientes clínicos
4. Validación de instrumentos a ser utilizados
5. Recolección de información

k) Plan de análisis:

Una vez recolectada la información se procedió a realizar lo siguiente:

1. Creación de base de datos
2. Codificación de instrumentos
3. Control de calidad de la información recolectada
4. Introducción de datos
5. Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa SPSS 24.0
6. Resumen de resultados en cuadros
7. Presentación de resultados en gráficos según variables

Variables de estudio

Objetivo específico No. 1 Demográfica	Objetivo específico No. 2 Abordaje Diagnostico	Objetivo específico No. 3 Abordaje Quirúrgico	Objetivo específico No. 4 Evolución
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Ocupación - Escolaridad - APP - Procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestación clínica - Medios Dx. - Etiología - Característica de la FVV: - Localización - Diámetro - Tiempo en q se presento - Estancia Hosp. - Complicación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transvaginal - Transvesical - Transvesico-peritoneal 	<ul style="list-style-type: none"> - Post operatoria

l) Aspectos éticos:

La información brindada es manejada bajo confidencialidad respetando los criterios éticos internacionales, se La revisión de esta información será autorizada por las autoridades y responde a fines académicos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
DEMOGRAFIA	Es la que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales. (Endesa 2007)	Edad	Grupo etareo	20-30 años 31- 40 años 41-50 años 51-60 años Mayor de 61
		Procedencia	Origen	Rural Urbana
		Escolaridad	Nivel alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitaria
		APP	Enfermedades preexistente	Diabetes Hipertensión Cardiacos
		Ocupación	Perfil laboral	Agricultor Estudiante Ama de casa Otra

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
ABORDAJE DEL DIAGNOSTICO		Manifestación clínica	Signo	
		Etiología	Antecedente	Histerectomía abdominal Histerectomía vaginal Laparoscopia pélvica Cirugía de incontinencia Trauma obstétrico Biopsia ginecológica
		Localización	Área anatómica	Retrotrigonal Vesical Intertrigonal Cuello vesical Paracervical Fondo vesical
		Diagnóstico	Medios	Urografía Cistoscopia Cistografía UROTAC
		Diámetro de la fistula	Tamaño del daño	<1cm 1 – 3 cm >3cm
		Tiempo que se presento	Tiempo inicio	Inmediatamente 3-7 días Después de 7 días

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
ABORDAJE QUIRURGICO		Procedimiento quirúrgico	Técnica	Transvaginal Transvesical Transvesico - peritoneal
		Conservador	Manejo	Si No
EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA		Satisfactoria	Parámetro	Si No

CAPITULO IV

1.1. Resultados

Al estudiar la variable edad se encontró que de 25 expediente revisados de pacientes ingresadas con el diagnóstico de fístula vesico - vaginal, el 56%(14) correspondían a edades 41 a 50 años, seguido de un 32% (8) edades entre 21 a 30 años. *(Ver tabla N°1, anexo 2)*

La ocupación de las pacientes estudiada en su mayoría se encontró que eran ama de casa en un 84%(21). *(Ver tabla N°2, anexo 2)*

La escolaridad de las pacientes intervenida por fístula Vesicovaginal se encontró que un 48%(12) alcanzo la primaria; seguido de un 40%(10) secundaria. *(Ver tabla N°3, anexo 2)*

Los antecedentes patológicos personales cabe destacar que en su gran mayoría no presentaba ninguna patología 48%(12) seguido de diabetes mellitus e hipertensión arterial 36% (12). *(Ver tabla N°4, anexo 2)*

La mayoría de las pacientes tenían antecedentes de cirugía obstétrica (cesárea) en un 68% (17). *(Ver tabla N°5, anexo 2)*

Respecto a la procedencia de las mujeres tratadas, el 56% (14) son de la zona urbana y el 44% (11) rural. *(Ver tabla N°6, anexo 2)*

El Hospital Bertha Calderón Roque fue el principal centro de entrenamiento donde se presento la complicación de fístula Vesicovaginal en un 64%(16) *(Ver tabla N°7, anexo 2)*

La salida espontánea de orina fue la principal queja en un 100%(25). *(Ver tabla N°8, anexo 2)*

La histerectomía abdominal fue el antecedente etiológico donde más se presentaron las fistula vesicovaginales en un 88%(22). *(Ver tabla N°9, anexo 2)*

Se diagnosticó por citoscopia el orificio fistuloso en un 84%(21). La Vaginoscopia con azul de metileno fue necesaria para comprobar el diagnóstico en un 16% (4); se utilizó Urografía excretora en un 4% (1). (Ver tabla N°10, anexo 2)

El sitio anatómico de las fistulas vesicovaginal de las pacientes fue a nivel Retrotrigonal en un 76%(19), seguido de la que se ubicaron en el cuello vesical en un 16%(4). (Ver tabla N°11, anexo 2)

La fístula que median 1 – 3 cm se evidencia en un 48%(12): la fístula menor de 1 cm en un 44%(11) y 8% (2) era mayor de 3 cm. (Ver tabla N°12, anexo 2)

El tiempo en que se evidenció clínicamente la descarga de orina transvaginal de las pacientes fue de 3 a 7 día en un 64%(16) y mayor de 7 día en un 36(9). (Ver tabla N°13, anexo 2)

El tratamiento quirúrgico fue el principal método de abordaje en la resolución de la fístula Vesicovaginal en un 96%(24). En una 1 (4%) paciente de las que se le realizo manejo conservador se obtuvo cierre de la misma posterior a 4 semana con sonda Foley. 4%(1). (Ver tabla N°14, anexo 2)

La vía de abordaje quirúrgico principal fue transvaginal (Latzko) en un 75% (18), seguido de transvesical en un 17%(4) y transvesico-peritoneal en un 8%(2). (Ver tabla N°15, anexo 2)

Las pacientes necesitaron más de 7 días hospitalizados en un 88 %(22). (Ver tabla N°16, anexo 2)

De las pacientes hospitalizadas se observó que no presentaron complicaciones posterior a la fistuloplastia en un 96% (24) y tan solo una paciente 1 (4%) presentó trombosis venosa profunda. (Ver tabla N°17, anexo 2)

Al final la evolución en un 96%(24) fue satisfactorio y en un 4%(1) no. (Ver tabla N°18, anexo 2)

1.2. Análisis de Resultado

Las fístulas vesicovaginal, representan aproximadamente el 90% de las fístulas urogenitales, son conocidas desde tiempos antiguos. Las primeras descripciones datan de hace 2.000 años y corresponden a escritos hindúes. Posteriormente es Avicena en su tratado Al- Kanoon (hace más de 1.000 años), quien realiza una descripción más precisa indicando su origen en partos prolongados y difíciles. Si bien es cierto en Nicaragua no existe registro oficial de esta patología y por lo tanto se asocian a causa tales como: lesiones o traumas obstétricos o iatrogenias.

Recordando que el Hospital Bertha Calderón Roque es de formación de residentes, en el servicio de ginecología se programan anualmente 458 cirugía de hysterectomías abdominales y vaginales, encontrando dentro de las posibles complicaciones de este procedimiento las Fistula vesicovaginal.

En el estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón 25 casos cumplen con los criterios de inclusión planteados para la selección de la muestra a estudiar. Donde en relación a la edad que se reportaron mayor relevancia se encontraron entre las edades de 41 a 50 años, esto puede deberse a que en estas edades se dan más la cirugías ginecológicas la edad media del estudio estaría en 45 años según el mayor porcentaje encontrado, dato que se relaciona con estudios ya realizados anteriormente como fue el de Montoya G (2013) que encontró que “la edad promedio en su estudio andaba por él 44.8 años”.

La principal ocupación de las mujeres ingresadas son amas de casa con un nivel académico bajo (primaria y secundaria incompleta) procedentes del área urbana, esto muy seguramente es por vivir en zona de alta densidad poblacional con acceso a servicios básico de educación.

En los datos encontrado sobre antecedentes personales patológicos las paciente en un porcentaje medio niegan padecer de alguna enfermedad pero el resto de la paciente se asocian y mencionan padecer de diabetes Mellitus e hipertensión, por lo consiguiente la decisión de un procedimiento quirúrgico y

pronóstico va estar en dependencia también por los antecedentes patológicos presentados por las pacientes.

Navarro S. et al. Principios generales de la reparación quirúrgica que toda técnica debería cumplir. Básicamente son: identificación y tratamiento de los factores favorecedores (diabetes, hipertensión, arteriopatías, cuerpos extraños, infecciones, enfermedades inflamatorias, etc.)

Considerando muy importante el antecedente de cirugía obstétrica (cesárea) reportada en el presente estudio dado que esto refleja la mayor posibilidad de adherencias en la pared vesical al cuerpo uterino, por lo que complicaría el proceso de disección para poder abordar los vasos uterinos durante una cirugía ginecológica.

Priego Niño 2008, las cirugías previas modifican en gran parte la anatomía de la pelvis y por otra parte la fibrosis, limitando los planos quirúrgicos, incrementando así el riesgo de complicaciones quirúrgicas.

Se encontró que la mayoría de las pacientes en el estudio, el procedimiento quirúrgico que causo la complicación de la fistula vesicovaginal fueron realizadas en nuestra unidad de salud, lo que se puede asociar al hecho que este es un centro de formación de residentes y por lo tanto de entrenamiento practico; sin embargo en un estudio realizado por el Dr. Ulises López Téllez (2016) dice “Entre las complicaciones quirúrgicas de las cirugías ginecobstétricas se encuentra las fistula vesicovaginal, provocadas fundamentalmente por la proximidad y relación estrecha entre la vagina, cuello uterino y vejiga, de ahí que hasta en las manos más hábiles pueda producirse esta complicación”.

La salida de orina fue la principal manifestación clínica que presentaron las pacientes en el estudio realizado, en función del tamaño podremos encontrar la pérdida total de la orina por , en fístulas grandes o la coexistencia de un patrón miccional e incluso incontinencia parcial en fístulas pequeñas; lo que se correlaciona con Dr. Rodríguez R, (1992), establece que la causa de salida espontánea de orina es la principal manifestación clínica en las fístula vesico - vaginal.

La causa principal que origino la fístula vesicovaginal en las pacientes estudiada, fue por histerectomía abdominal y en menor proporción por causas obstétricas directas; son dos los mecanismos que se han sugerido como causantes de la aparición de una fístula vesico - vaginal; por una parte la formación de áreas de necrosis en la pared vesical de forma secundaria y por otra la lesión inadvertida de la vejiga durante la cirugía. La hemorragia profusa en el campo quirúrgico incrementa de manera significativa el riesgo de aparición de una fístula vesicovaginal debido a las maniobras que se realizan para el control del sangrado, coagulación prolongada sobre una zona extensa de tejidos no identificados, colocación de puntos hemostáticos a ciegas y abarcando amplias zonas tisulares. Este dato se relaciona con lo encontrado con el Dr. Luis Carlos Sánchez. (2009) en un estudio de 91 pacientes que se les realizo reparación de la fístula vesicovaginal el 85.7% de las fístulas fueron a causa de histerectomía total abdominal, esto es un poco más elevado de lo reportado en la literatura (75%).

Así mismo podemos relacionar la localización anatómica de la fístula vesicovaginal encontrada en el estudio, siendo la de mayor predominio a nivel retrotrigonal con la causa de la FVV, por el proceder de la técnica quirúrgica en las histerectomías abdominales y la anatomía de la vejiga y el útero.

Dr. Leonardo Savón Moirán (2005) “Lo predominante en nuestra muestra fue el proceder abdominal, es lógico esperar un predominio o mayor frecuencia de fístulas retrotrigonales”. Los procedimientos quirúrgicos con acceso de vía abdominal son por lo general complejos y el campo operatorio abarca riesgos de contactos con la vejiga en su parte alta y con ello la disposición anatómica retrotrigonal de la posible fístula iatrogénica.

Hospital Bertha Calderón Roque el método diagnóstico más utilizado para el diámetro y localización de la fistula vesicovaginal fue la citoscopia; cuando fue difícil la localización de la misma se corroboró con vaginoscopia y prueba de azul de metileno; estudio realizado por el Dr. Primo Roberto Martínez (2007) a todas las pacientes se les practicó prueba de azul de metileno con resultado positivo en 40% de los como prueba complementaria para determinar el sitio, tamaño y número de las fístulas, al 90% de las pacientes se le practicó

prueba de fenazoperidina y cistoscopia. En países ya en desarrollo el diagnóstico de las mismas se fundamenta básicamente en tres estudios: exploración genital con espéculo y prueba del colorante, urografía intravenosa y cistovaginoscopia, dejando la cistografía para la comprobación de persistencia o ausencia de fístula tras el mantenimiento de la sonda vesical.

El diámetro de la fistula en la población estudiada coincidió en dos de los grupos, menor de 1cm y de 1 – 3 cm predominando este último; Priego N. (2003) encontró que el diámetro de la fístula varió entre 1 cm y 3 cm, lo que coincide con los datos del HBCR.

Más de la mitad de las pacientes en el estudio, reporto la salida de orina transvaginal de 3 a 7 días posterior algún procedimiento quirúrgico, siendo esta la manifestación clínica más relevante de la patología; *Dr. Leonardo Savón Moirán* (2005) encontró en su estudio que la fístula genitourinaria puede manifestarse clínicamente en el postoperatorio inmediato, pero más frecuentemente se hace evidente entre varios días y semanas después de la cirugía, por necrosis parietal. En fístulas pequeñas el único signo puede consistir en una secreción vaginal líquida con micciones normales.

Aunque en un 96% el manejo fue quirúrgico según los datos encontrados en la investigación, y teniendo la evidencia que existían pacientes con fístulas vesicovaginal < de 1 cm (44%) a las cuales se les realizó manejo conservador con sonda Foley solo 1 paciente de 11 (44%) se logró conseguir cierre espontáneo del orificio fistuloso con un tiempo medio de permanencia de la sonda Foley de 3 meses, a todas estas pacientes se les indicó tratamiento con hormonoterapia y agentes anticolinérgicos para evitar los espasmos vesicales; lo que coincide con el estudio realizado por Dr. J. Navarro (2003) dentro de los tratamientos conservadores, el primero a realizar será la colocación de una sonda vesical. Aunque hay datos dispares en la literatura, respecto a la eficacia de la misma, la tasa de éxitos se encuentra entre un 2 y un 24% en fístulas iatrogenias. Nosotros hemos resuelto con esta maniobra el 20% de nuestras fístulas. Suelen tratarse de fístulas de pequeño tamaño y normalmente la resolución de la misma se produce en las primeras 4 semanas de permanencia

con sonda vesical, por encima de este tiempo difícilmente se va a conseguir una curación. El mantenimiento prolongado de la sonda vesical en nuestros casos (media de 3 meses) se debió fundamentalmente a retrasos en la realización de pruebas diagnósticas y no a una intención terapéutica propiamente dicha. En las fístulas vesicouterinas el tratamiento de sonda vesical asociado a hormonoterapia combinada (estrógenos + progestágenos), ha demostrado ser también de utilidad en aproximadamente un 5% de los casos.

Las 24 pacientes restantes fueron sometidas a tratamiento quirúrgico. De estas 18 cirugías se realizaron vía transvaginal utilizando la técnica de Latzko con denudación elíptica de la pared vaginal que rodeaba el trayecto de la fistula se considera que el abordaje vaginal fue mayor dado que nuestro centro de atención es exclusivo del área de ginecología.

Así Penkov y Eberman, escogen la vía vaginal cuando la fístula Vesicovaginal están lejos de los meatos o hay dificultad para la vía abdominal por obesidad y presencia de cicatrices adherente. La capacidad pequeña de la vejiga, la buena elasticidad y adecuadas condiciones fisiológicas de la vagina pudiera ser variable a considerar en el momento de seleccionar la vía de abordaje. Por otro lado vemos como otros autores (Alvarez Garcia y Nardori) prefieren la vía abdominal independientemente de la localización de la fistula dado que proporciona una amplia exposición del área y un acceso extra vesical directo del uréter terminal, de manera que se hace fácil reimplantarlo en caso necesario.

Así mismo 4/25 paciente se realizaron cirugía transvesical tomando en cuenta el número de fistula y el tamaño de la misma; y 2 se abordaron vía trans peritoneal que eran fistula mayores de 3 cm.

En estudios realizados el abordaje vaginal tiene una tasa de éxito del 90% comparado con el abordaje abdominal, la técnica vaginal es menos invasiva, hay menos pérdida sanguínea, dolor y estancia intrahospitalaria.

El tiempo de hospitalización de las pacientes en nuestra unidad fue más de 7 días esto se explica por el cumplimiento de antibiótico durante este período.

Dr. Michel Rodríguez Carballo (2009) La estadía hospitalaria representada en su estudio fue de 85.7 % de las pacientes fueron dadas de alta a los 7 días, comparado con otros autores donde la estadía hospitalaria en su estudio es de 21 días o más.

No se encontró ninguna complicación del procedimiento quirúrgico realizado, pero de las 25 pacientes estudiada 1 de ellas presento trombosis venosa profunda considerándose secundario al encamamiento. Según Navarro S, Se presentan complicaciones post-operatorias en 4 pacientes hasta en 31% en pacientes sometidas a cirugías intraperitoneales.

De las 25 pacientes encontradas, 24 de ella resolvieron satisfactoriamente posterior al manejo realizado, solo 1 paciente persistió con la problemática siendo esta una fístula de 2 cm, de localización retrotrigonal con abordaje vaginal la cual se programó para una segunda intervención.

Salinas y col. en una serie de 18 pacientes operados obtienen 60 % de solución en la primera intervención y 75 % en la segunda. Utilizando la vía quirúrgica transvesical extra peritoneal. .

CAPITULO V

5.1. Conclusiones

- 1) Pacientes en edades de climaterio y peri menopáusica son las más afectadas en el estudio las cuales corresponden al casco urbano, amas de casa y con antecedentes de cirugías obstétricas (cesárea).
- 2) Uretrocitoscopia y la historia clínica han sido en el presente estudio los principales métodos diagnósticos.
- 3) La cirugía vaginal fue el principal abordaje en nuestra unidad de salud dado el perfil de este centro hospitalario, que es ginecológico.
- 4) El abordaje de las fistulas vesico - vaginal en las pacientes fue de gran éxito en este estudio donde las complicaciones presentadas fueron mínima y no asociadas al procedimiento quirúrgico

5.2. Recomendaciones

Tomando en cuenta que la mayoría de la paciente intervenida la causa principal fue por procedimientos quirúrgicos obstétricos previos:

- Al Ministerio de Salud:
 - Contar con los medios diagnóstico que permita la captación precoz en paciente con fistula urogenitales.
 - Garantizar los insumos medico en la unidad de salud (Terapia de reemplazo Hormonal) en las pacientes postmenopáusicas o sometidas a una histerectomía con el fin de mejorar la turgencia y la irrigación sanguínea de la pared vaginal.

- Al personal médico:
 - Tomar las medidas preventivas y de seguimiento en pacientes atendidas posterior a cualquier procedimiento quirúrgico o de otra índole, ya que esto reducirá los daños psicológicos en las usuarias y económicos tanto para el paciente como para la institución.

- A Docencia:
 - Garantizar al médico residente tenga una rotación por el servicio de ginecología de 3 meses por cada año.

5.3. Referencias y Bibliografía

- Dr. Navarro S. (2003) Servicio de Urología Hospital de Móstoles C/ Rio Júcar, s/n 28935 Móstoles (Madrid)
- Gómez J y Mayano S 2010. Aspectos generales, clínica y diagnóstico de las fistulas Ginecológicas. Bases terapéuticas. Catedra de urología de urología. Hospital Clinico San Carlos Universitaria Madrid
- Martinez et al, Fistula vesicovaginales; diagnostico y manejo; experiencia de 20 años
- Piura López Julio (2008) Metodología de la Investigación científica. Un enfoque investigador. Sexta edición. Managua Nicaragua. Xerox.
- Medrano Yadira. (2012) Dossier de Metodología de la Investigación. Maestría en Salud Sexual y Reproductiva
- Howard G y Sandip P (2007). Female Urology: A guía clínica practica; 22:309-322.
- Rodriguez S. et al 2009. Fistula vesicocutaneas y genitales. Hospital Clinico Universitario Puerto Real Cadiz
- Ramos J et al, 2002. Fistula vesicovaginal, servicio de urología. Hospital univerritario de Canarias. Laguna. San Cruz de Tenerife. España
- RODRÍGUEZ -RUBIO, E (1992): «Fístulas Urinarias» en Urología Vesalio. Cap. XVII. Pág. 373. ENE ediciones. Madrid.
- Sotelo R, et al (2005). Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. J Urol ;173
- Priego Niño A, (2008). Fistula vesicales; diagnóstico y manejo. Experiencia de 10 años en el centro Médico Nacional “20 Noviembre”. México.
- Paulo Palma / Hugo Dávila 2006. Uroginecologia. Venezuela. Edit Negrin central. Cap. 24

ANEXOS

Anexo N° 1
Ficha de recolección de datos

1- DATOS GENERALES												
EDAD	<input type="checkbox"/>	< 20 años	<input type="checkbox"/>	21-30 años	<input type="checkbox"/>	31-40 años	<input type="checkbox"/>	41-50 años	<input type="checkbox"/>	51-60 años	<input type="checkbox"/>	> 61 años
OCUPACIÓN	<input type="checkbox"/>			Estudiante	<input type="checkbox"/>			Ama de Casa	<input type="checkbox"/>			Otras
ESCOLARIDAD	<input type="checkbox"/>	Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Universitaria	<input type="checkbox"/>	Técnico		
APP												
	<input type="checkbox"/>	G	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	C				
PROCEDENCIA	<input type="checkbox"/>						Urbana	<input type="checkbox"/>				Rural
CAPTACION	<input type="checkbox"/>					Intrahospitalaria	<input type="checkbox"/>					Extrahospitalaria
2- ABORDAJE DEL DIAGNOSTICO												
MANIFESTACIÓN CLÍNICA												
ETIOLOGIA	<input type="checkbox"/>	Post	<input type="checkbox"/>	Histerectomía abd.	<input type="checkbox"/>	Histerectomía vaginal	<input type="checkbox"/>	Cirugía de incontinencia	<input type="checkbox"/>	Colporragia anterior		
	<input type="checkbox"/>	Operatorio	<input type="checkbox"/>	Laparoscopia pélvica	<input type="checkbox"/>	Trauma obstétrico	<input type="checkbox"/>	Biopsia ginecológica				
DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>			Urografía	<input type="checkbox"/>	Cistoscopia	<input type="checkbox"/>	Cistografía				
LOCALIZACION	<input type="checkbox"/>	Retrigoal	<input type="checkbox"/>	Vesical	<input type="checkbox"/>	Intertrigoal	<input type="checkbox"/>	Cuello vesical	<input type="checkbox"/>	Paracervical	<input type="checkbox"/>	Fondo vesical
DIAMETRO DE LA FISTULA	<input type="checkbox"/>			< 1cm	<input type="checkbox"/>	1-2cm	<input type="checkbox"/>	2-3cm	<input type="checkbox"/>	3cm		
TIEMPO EN QUE SE PRESENTO	<input type="checkbox"/>				Inmediatamente	<input type="checkbox"/>	3-7 días	<input type="checkbox"/>	Después de 7 días			
3- ABORDAJE QUIRURGICO												
	<input type="checkbox"/>			Transvagoal	<input type="checkbox"/>	Transcervical	<input type="checkbox"/>	Laparoscópico				
ESTANCIA HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>				1 día	<input type="checkbox"/>	2-7 días	<input type="checkbox"/>	>de 7 días			
COMPLICACIONES OPERATORIAS												
4- EVOLUCION POSQUIRURGICA												

Anexo 2

2: tabla

Tabla#1

**EDAD DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

EDAD	Frecuencia	%
<20 AÑOS	1	4.0
21 A 30 AÑOS	8	32.0
31 A 40 AÑOS	2	8.0
41 A 50 AÑOS	14	56.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla#2

**OCUPACION DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

OCUPACION	Frecuencia	%
AMA DE CASA	21	84.0
ESTUDIANTE	1	4.0
OTRA	3	12.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla #3

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

ESCOLARIDAD	Frecuencia	%
ANALFABETA	1	4.0
PRIMARIA	12	48.0
SECUNDARIA	10	40.0
UNIVERSITARIA	2	8.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla#4

**APP DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON
CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

APP	Frecuencia	%
DM2, HTA	9	36.0
EPILEPSIA	1	4.0
HTA	2	8.0
MIGRAÑA	1	4.0
NEGADO	12	48.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla #5

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS (CESAREA) EN LAS MUJERES
INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA
VESICOVAGINAL, 2013-2017**

ANTECEDENTES OBSTETRICOS (CESAREA)	Frecuencia	%
SI	17	68.0
NO	8	32.0
TOTAL	25	100

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla # 6

**PROCEDENCIA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

PROCEDENCIA	Frecuencia	%
RURAL	11	44.0
URBANO	14	56.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla #7

CAPTACION DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017

CAPTACION	Frecuencia	%
EXTRAHOSPITALARIA	9	36.0
INTRAHOSPITALARIA	16	64.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla #8

MANIFESTACION CLINICA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017

MANIFESTACION CLINICA	Frecuencia	%
SALIDA DE LIQUIDO (ORINA)	25	100.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla#9

ETIOLOGIA DE FISTULA VESICOVAGINAL EN MUJERES INGRESADAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON, 2013-2017

ETIOLOGIA (POSTOPERATORIA)	Frecuencia	%
BIOPSIA GINECOLOGICA	1	4.0
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	22	88.0
HISTERECTOMIA VAGINAL	1	4.0
TRAUMA OBSTETRICO	1	4.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla #10

**DIAGNOSTICO DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

DIAGNOSTICO	Frecuencia	%
CISTOSCOPIA	21	84.0
UROGRAFIA	1	4.0
VAGINOSCOPIA (AZUL DE METILIO +)	4	16.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla#11

**LOCALIZACION DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

LOCALIZACION	Frecuencia	%
CUELLO VESICAL	4	16.0
INTERTRIGONAL	1	4.0
PARACERVICAL	1	4.0
RETRIGONAL	19	76.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla # 12

**DIAMETRO DE LA FISTULA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL
HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA
VESICULOVAGINAL, 2013-2017 DE LA FISTULA**

DIAMETRO	Frecuencia	%
< 1CM	11	44.0
1 – 3 CM	12	48.0
>3CM	2	8.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla# 13

**TIEMPO EN QUE SE EVIDENCIA CLINICAMENTE LA DESCARGA DE
ORINA TRANSVAGINAL EN LAS PACIENTES INGRESADAS EN EL
HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL,
2013-2017**

TIEMPO EN QUE SE PRECENTO	Frecuencia	%
3-7 DIAS	16	64.0
DESPUES DE 7 DIAS	9	36.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla#14

**CIRUGIA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA
CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

CIRUGIA	Frecuencia	%
SI	24	96.0
NO	1	4
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla # 15

**TIPO DE CIRUGIA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL
BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017**

TIPO DE CIRUGIA	Frecuencia	%
TRASVAGINAL	18	75%.0
TRANSVESICAL	4	17%
TRANSVESICO-PERITONEAL	2	8
Total	24	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla# 16

ESTANCIA HOSPITALARIA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017

ESTANCIA HOSPITALARIA	Frecuencia	%
> DE 7 DIAS	22	88.0
2-7 DIAS	3	12.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Tabla# 17

COMPLICACIONES OPERATORIAS DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICOVAGINAL, 2013-2017

COMPLICACIONES OPERATORIAS	Frecuencia	%
Si	1	4.0
No	24	96.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

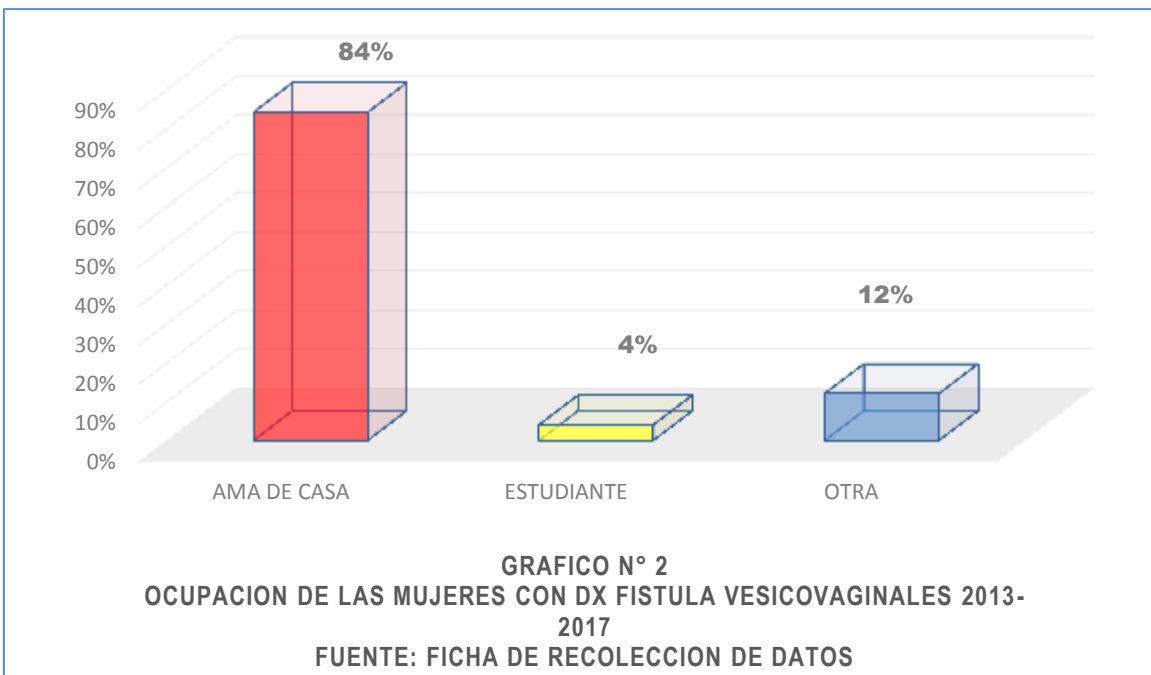
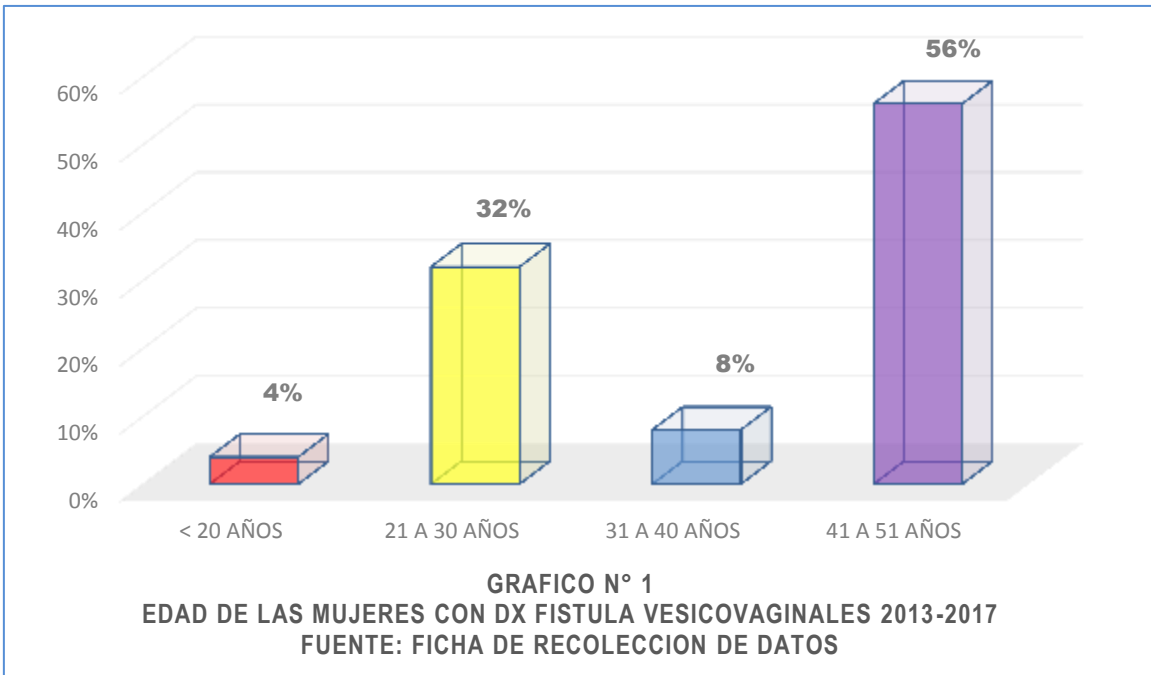
Tabla #18

EVOLUCION POSTQUIRURGICA DE LAS MUJERES INGRESADAS EL HOSPITAL BERTHA CALDERON CON DX DE FISTULA VESICULOVAGINAL, 2013-2017

EVOLUCION POSTQUIRURGICA	Frecuencia	%
INSATISFACTORIO	1	4.0
SATISFACTORIO	24	96.0
Total	25	100.0

FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXOS N°3: GRAFICAS



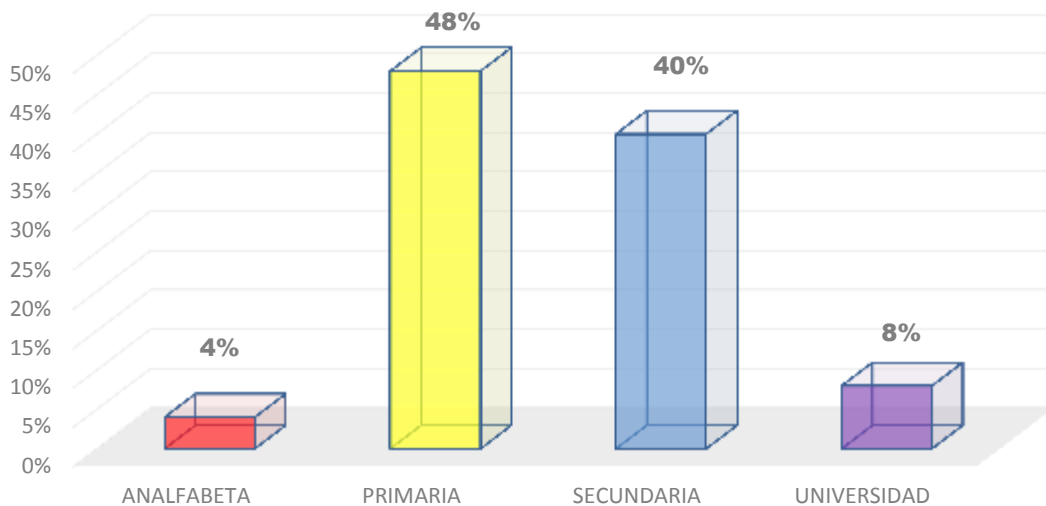


GRAFICO N° 3
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

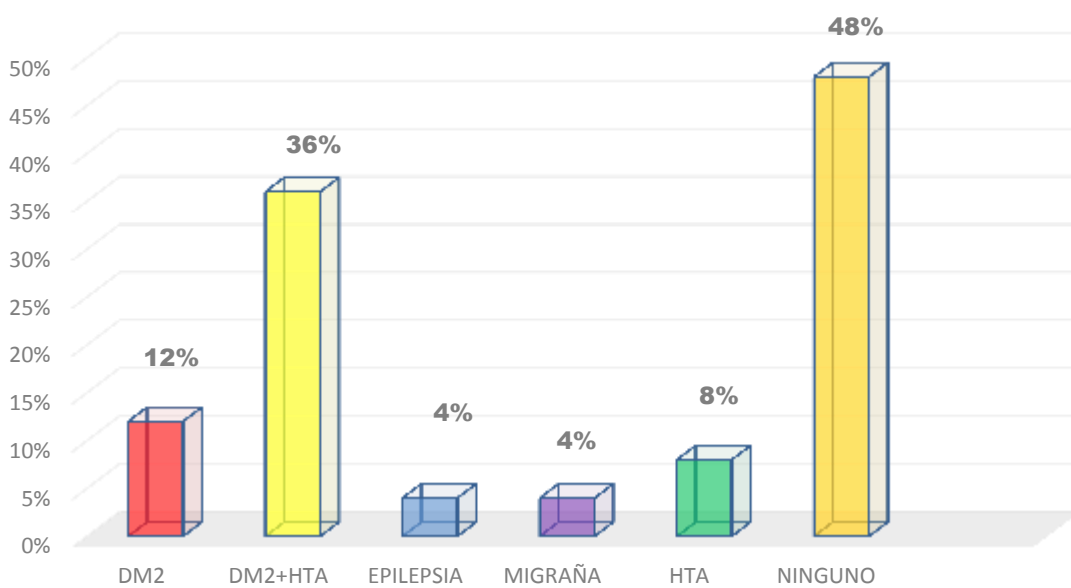
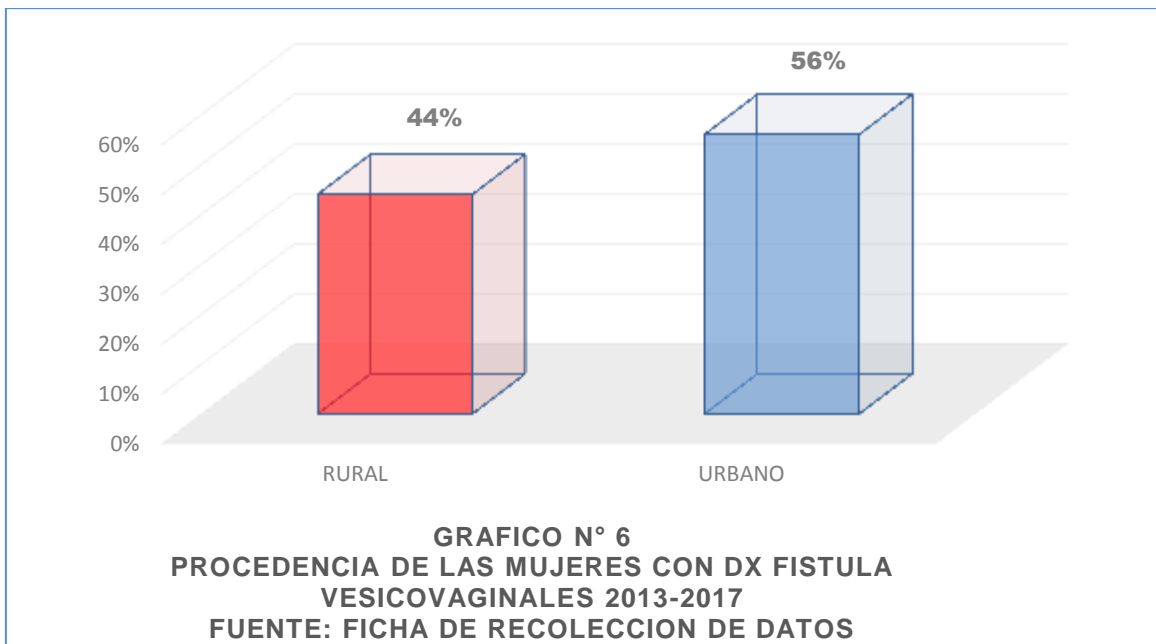
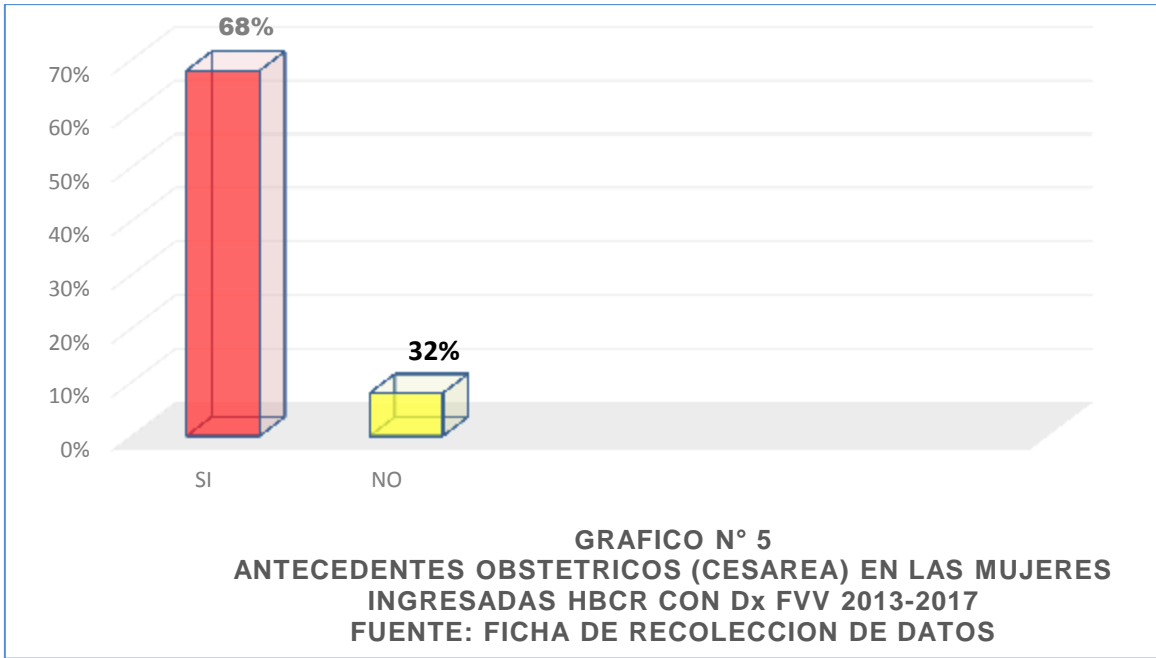


GRAFICO N° 4
APP DE LAS MUJERES CON DX FISTULA VESICOVAGINALES
2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



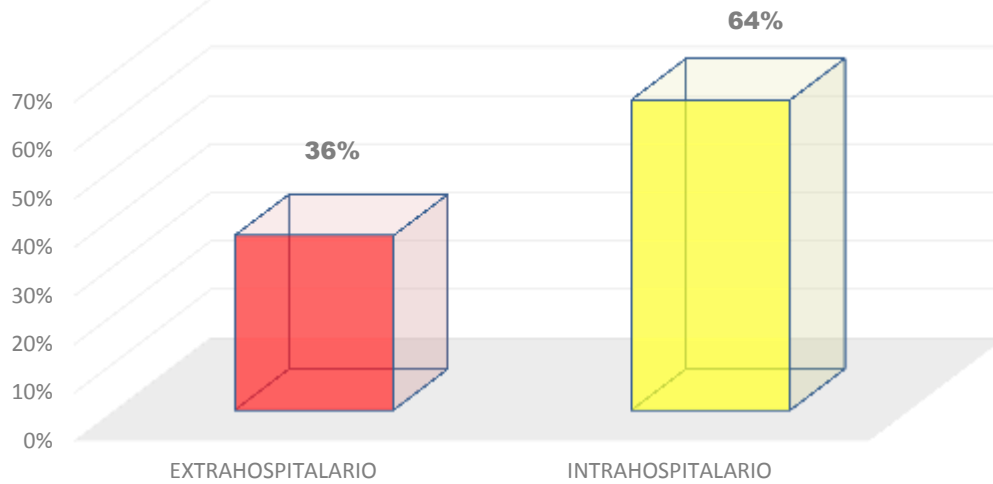


GRAFICO N° 7
CAPTACION DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

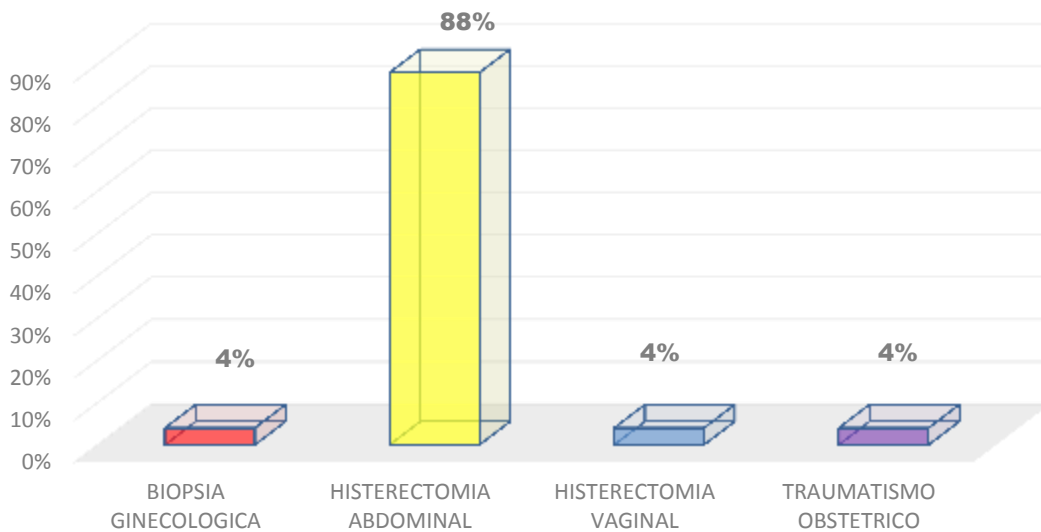


GRAFICO N° 8
ETIOLOGIA DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

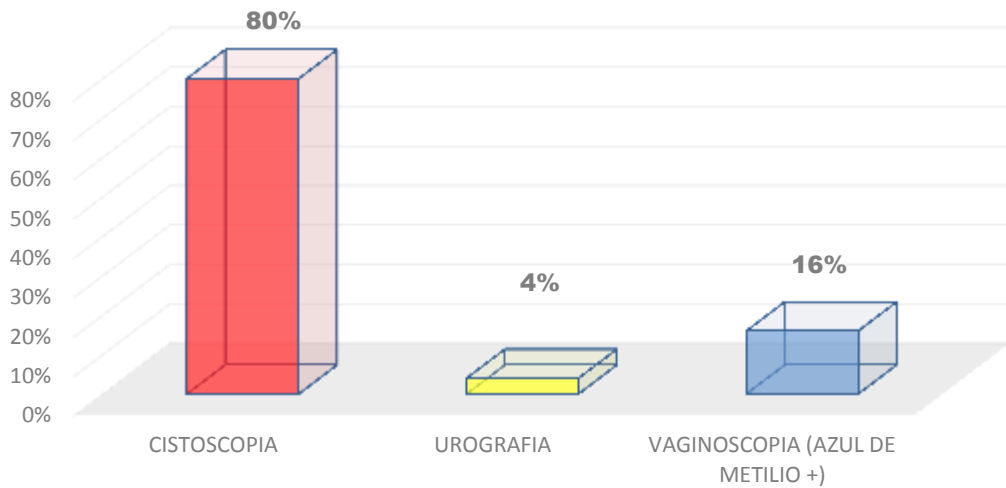


GRAFICO N°9
DIAGNOSTICO DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

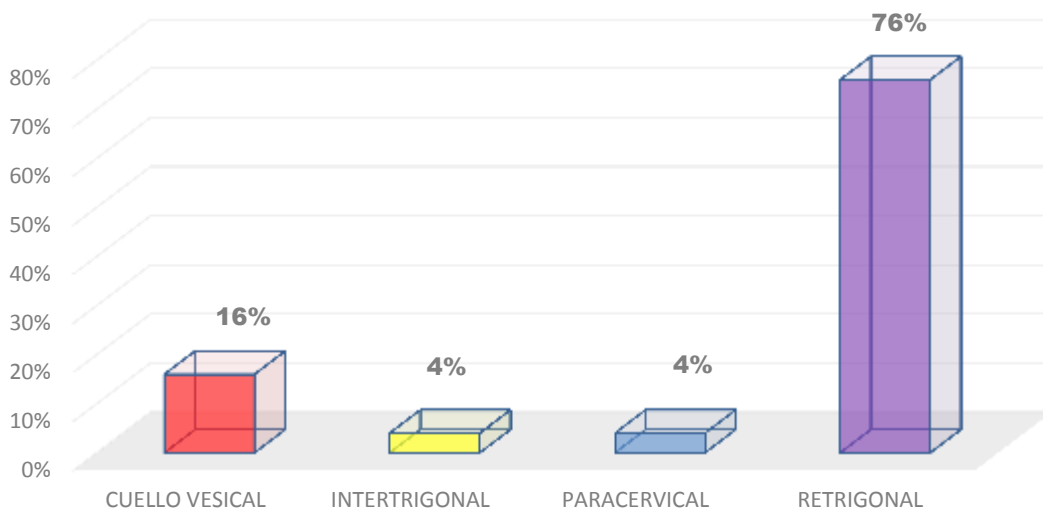
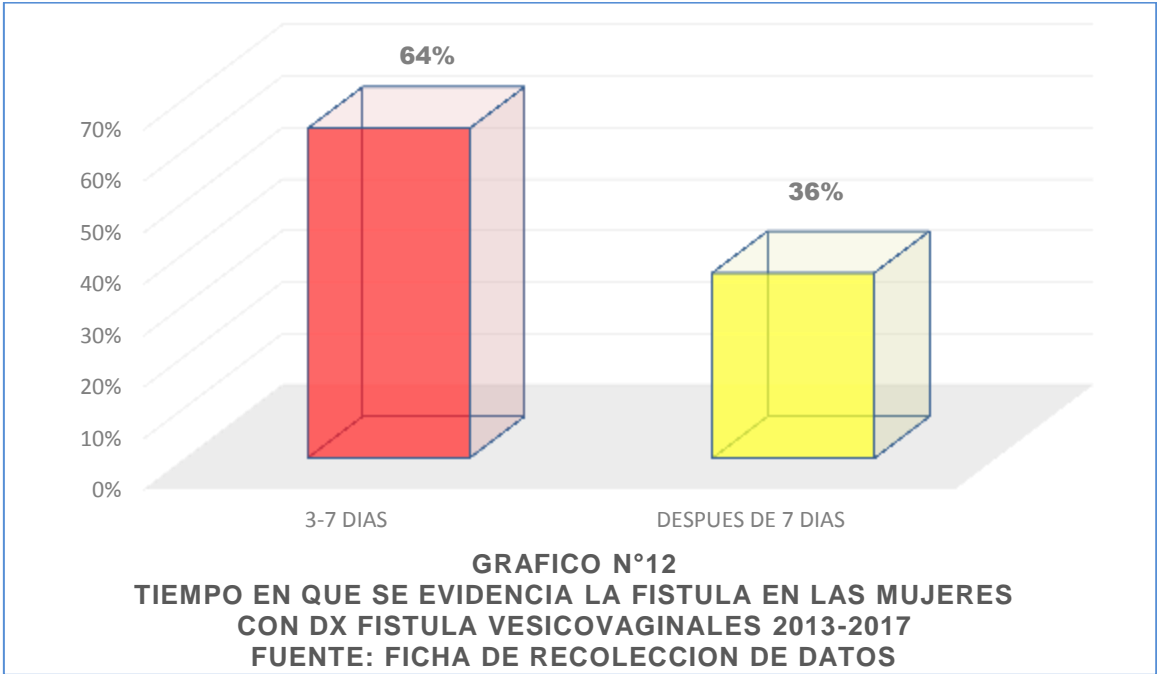
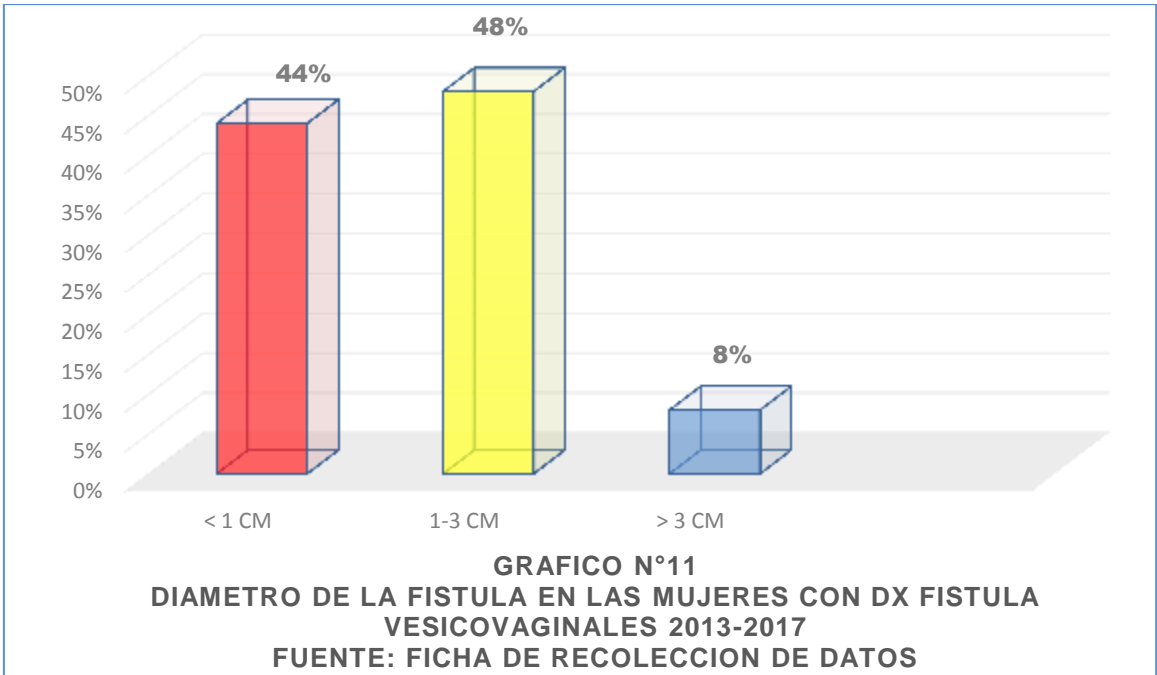


GRAFICO N°10
LOCALIZACION DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



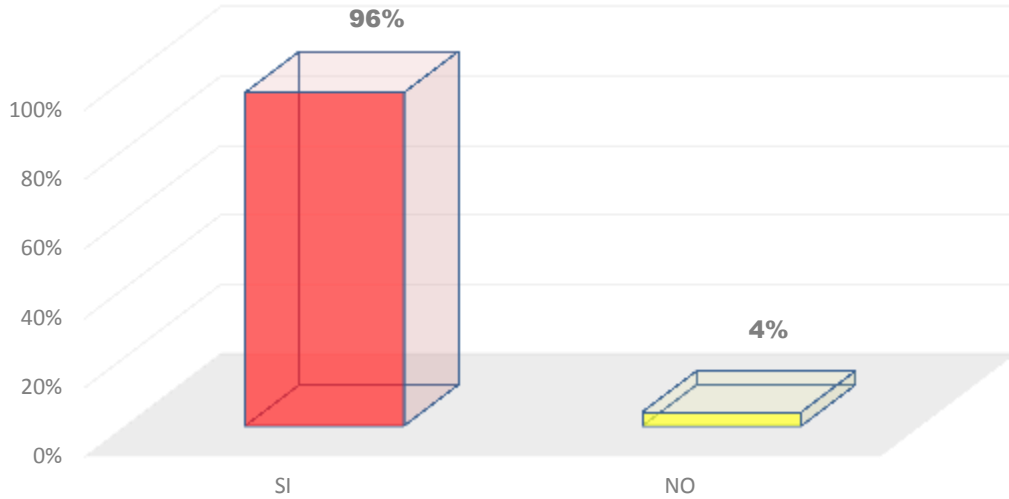


GRAFICO N°13
CIRUGIA DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

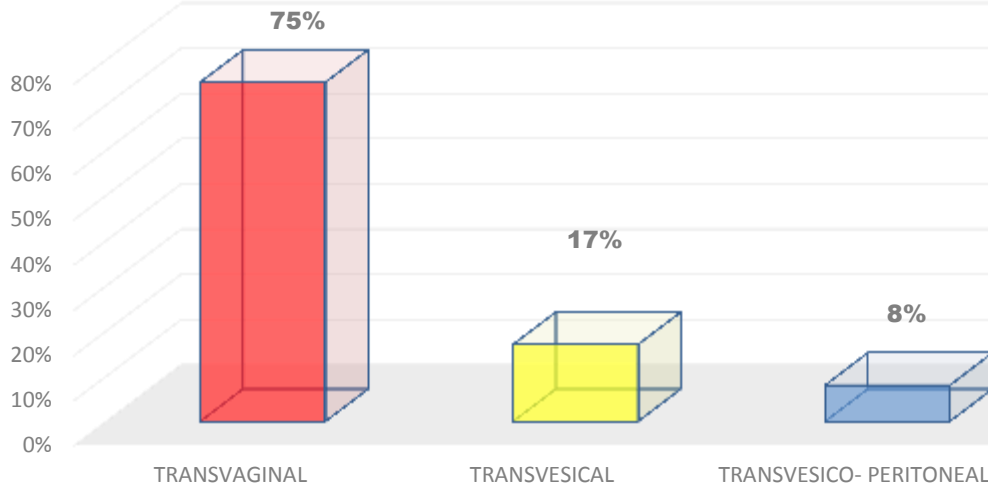
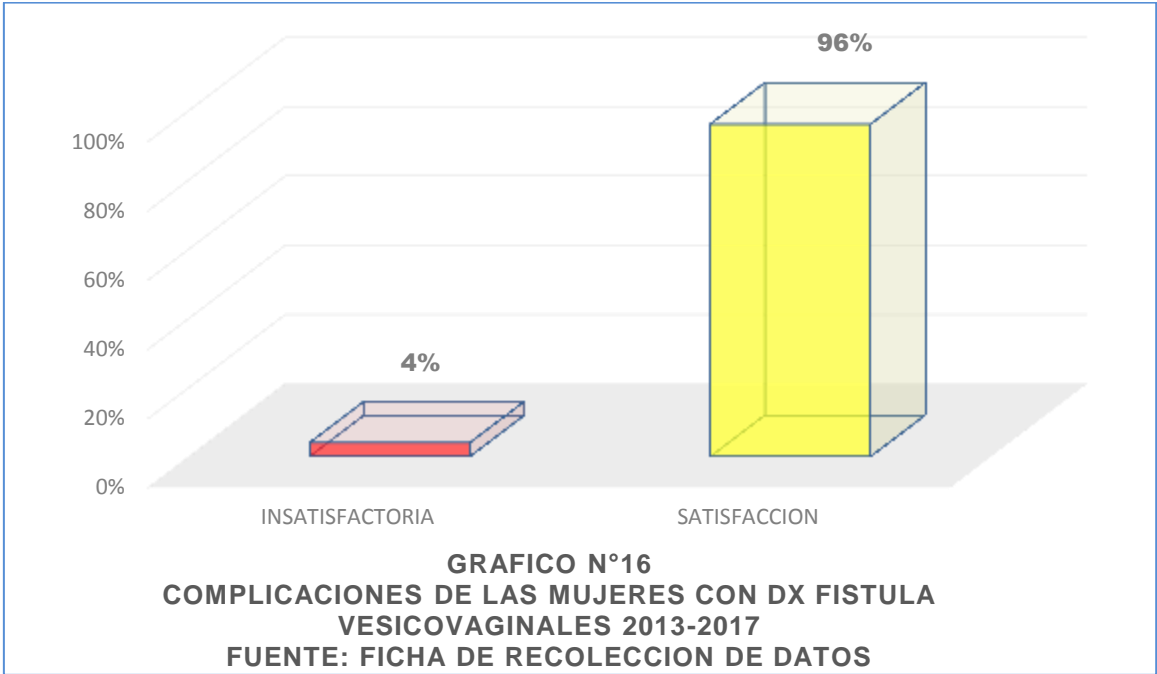
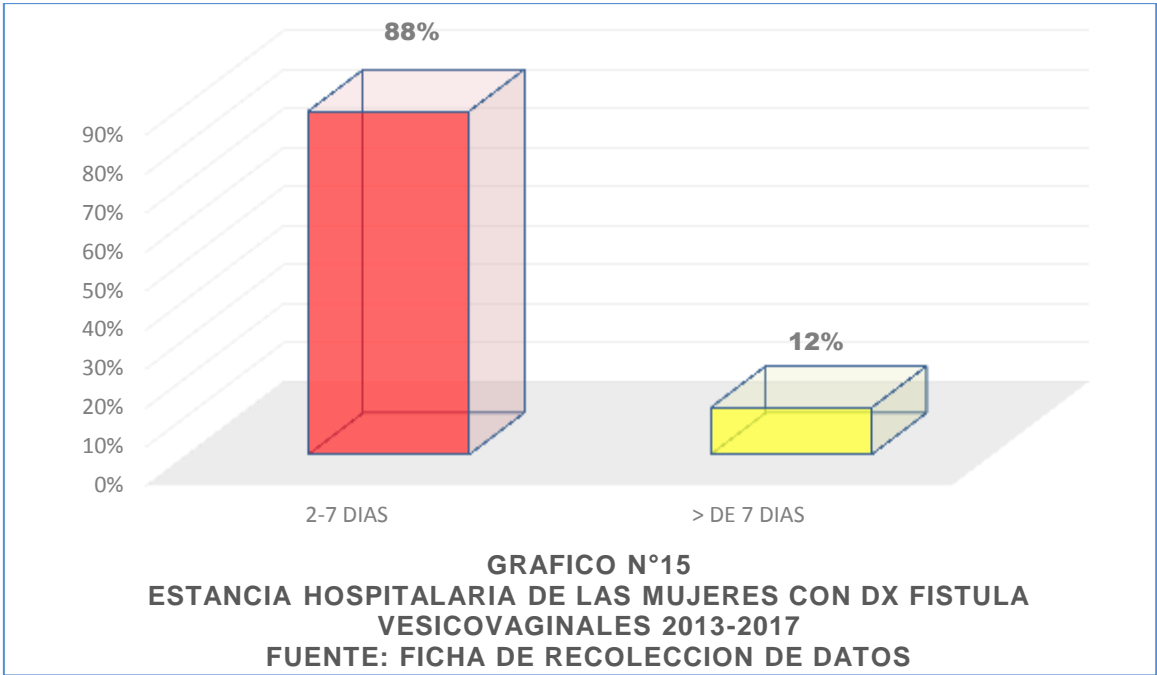


GRAFICO N°14
TIPO DE CIRUGIA DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



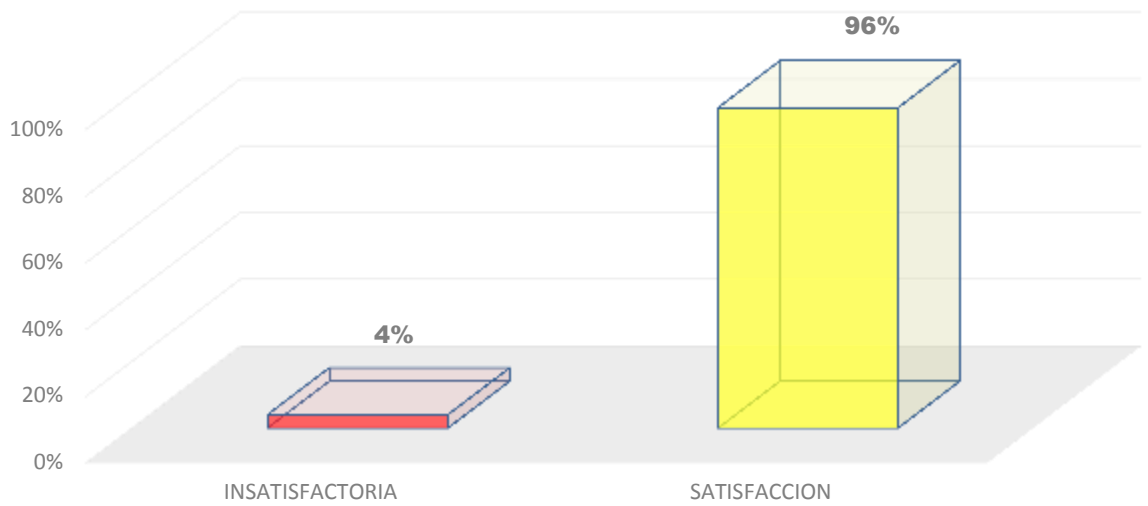


GRAFICO N°17
EVOLUCION POSTQX. DE LAS MUJERES CON DX FISTULA
VESICOVAGINALES 2013-2017
FUENTE: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS