



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

TESIS
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**“ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SERIE DE
FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES EN EL HOSPITAL GENERAL
TLÁHUAC EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL 2016 A
ABRIL 2019.”**

PRESENTADO POR
DRA. CAROLINA GARMENDIA GALLARDO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. JAIME IGNACIO CEVALLOS BUSTILLOS

**CDMX
2020**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



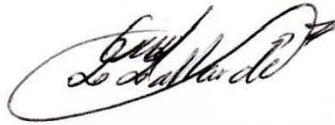
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

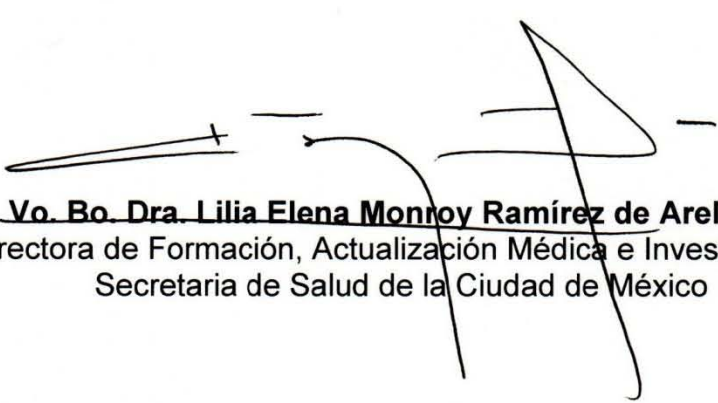
“ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SERIE DE FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES EN EL HOSPITAL GENERAL TLÁHUAC EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL 2016 A ABRIL 2019.”



PRESENTADO POR
DRA. CAROLINA GARMENDIA GALLARDO



Vo. Bo. Dr. Juan Carlos De la Cerda Angeles
Profesor Titular del Curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia



Vo. Bo. Dra. Lilia Elena Monroy Ramirez de Arellano.
Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación.
Secretaría de Salud de la Ciudad de México



SECRETARÍA DE SALUD DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

**“ETIOLOGÍA, EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SERIE DE
FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES EN EL HOSPITAL GENERAL
TLÁHUAC EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ABRIL 2016 A
ABRIL 2019.”**



**PRESENTADO POR
DRA. CAROLINA GARMENDIA GALLARDO**



**Vo.Bo. Dr. Jaime Ignacio Cevallos Bustillos
DIRECTOR(ES) DE TESIS**

I.- AGRADECIMIENTOS INSTITUCIONALES:

El presente trabajo fue realizado en el Hospital General Tláhuac, con ayuda de la Jefa del área de Ginecología la Dra. Lucrecia García Hernández y el Dr. Jaime Ignacio Cevallos Bustillos titular del Servicio de Ginecología Urológica de dicha unidad, al Dr. Luis Enrique Moreno Salazar Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital General Tláhuac, al comité de bioética que acepto mi proyecto y a todo el personal de este nosocomio quienes me han proporcionado todo el apoyo desde que presente este proyecto como protocolo de Investigación, hasta su actual trabajo terminado, todo bajo la supervisión de mi Sede de Especialidad en el Hospital General Dr. Enrique Cabrera de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, en donde mi Profesor titular de Especialidad Dr. Juan Carlos de la Cerda Ángeles estuvo al pendiente de la realización del mismo y las revisiones necesarias para lograr un trabajo favorable.

A todos ellos agradezco su paciencia e interés en mi formación gracias a los cuales este proyecto no se hubiera podido terminar.

II.- AGRADECIMIENTOS PERSONALES:

Este trabajo no hubiera logrado materializarse sin el apoyo de mi Hermana (te amo no sabes cuánto) quien siempre ha estado conmigo en todas las facetas de mi ser, que es la persona que más me conoce y a quien más a soportado mi forma de ser, a mi Mamá que es la mujer más maravillosa del mundo y desde el inicio de mi vida se ha encontrado incondicionalmente a mi lado proporcionándome su apoyo y amor, que se levanta todos los días a despedirme y ver que yo sea cada día mejor, a mi Padre que es la inspiración por la cual yo elegí esta carrera y este camino. A mi Kira, mi bebe que estuvo todas las noches en mis piernas desvelándose conmigo la amo mucho.

A mis amigos, que me ayudan a ser quien soy y a no perder el sentido de lo que hago, quienes me plantan en la realidad de la vida tal cual es.

A todos ellos los amo y agradezco su presencia en mi vida.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: 1

MATERIAL Y METODOS:..... 21

RESULTADOS:..... 24

DISCUSIÓN: 36

CONCLUSIONES: 38

RECOMENDACIONES:..... 40

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:..... 41

RESUMEN:

La calidad de vida de pacientes con Fístula Vesicovaginal es mermada por presentar síntomas urinarios en ocasiones demeritados sin tener dicha sospecha diagnóstica.

El objetivo del presente estudio fue conocer la etiología principal relacionada con la Fístula Vesicovaginal, con este fin la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cuál es la Etiología que con más frecuencia se relaciona con las Fístulas Vésicovaginales, y qué resultados tiene el Tratamiento Quirúrgico Correctivo más empleado en las pacientes con dicho Diagnóstico en el Hospital General Tláhuac?.

Para responderla se revisaron expedientes de todas las pacientes con este Diagnóstico tratadas en el Servicio de Uroginecología del Hospital General Tláhuac en el Período de abril 2016 a abril 2019.

Revisamos 33 expedientes, excluyéndose 4, la muestra fue de 29 pacientes, encontrando en un 70% a la Cirugía Ginecológica tipo Histerectomía Abdominal como etiología más frecuente, observamos retraso en la identificación de este padecimiento, con éxito alto 93% secundario a la Corrección Quirúrgica.

Concluimos que este Hospital tiene una alta tasa de éxito en la Corrección Quirúrgica y baja recidiva 7%, 2 de las 29 pacientes estudiadas.

Ameritando recomendar seguimiento a las pacientes con alto riesgo de desarrollar esta Complicación.

Palabras Clave: Fístula Vesicovaginal; Cirugía Correctiva; Histerectomía; Recidiva; Desgarro perineal.

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas vesicovaginales son complicaciones frecuentes de la Cirugía Ginecológica, sin embargo también son lesiones susceptibles de tratarse con tasas de éxito altas, ya sea en un tiempo inmediato o posterior al evento que la genero, existen actualmente múltiples tratamientos quirúrgicos de nueva generación, usando técnicas abiertas o de abordaje vaginal, también con la utilización de colgajos, o bien con el uso de nuevas tecnologías Laparoscopía o uso de Robot.

Mundialmente la causa principal de una fistula vesicovaginal es la Cirugía Ginecológica siendo en más del 70% de frecuencia la Histerectomía principalmente la de abordaje Abdominal, aunque no es la única causa, ya que condiciones obstétricas aunque en menor proporción son causa de este tipo de padecimiento, el cual si bien no es mortal para la paciente sí merma en demasía la calidad de vida de quien la presenta, no solo en el área física, también mental, emocional, afectiva y estética que no es fácil para la portadora de una fístula hablarlo.

Por lo cual se realiza el presente Protocolo de estudio, porque siendo una Patología poco hablada por la paciente en ocasiones con retraso en el diagnóstico que al tratarse se logran tener resultados exitosos.

En el Hospital General Tláhuac, estudiamos 33 expedientes de pacientes tratadas en dicha institución a las cuales se les realizo Cirugía de corrección con una alta tasa de éxito, de los 33 expedientes estudiados se excluyeron 4 que no contaron con todos los criterios de inclusión.

Los resultados obtenidos del total de 29 expedientes completos semejan las causas mundiales reportadas en países en vías de desarrollo o desarrollados, clasificación que se encuentra en la mayoría de los artículos que mencionan esta patología, ya que la mortalidad materna se ha disminuido en estos países gracias al control de daños en los eventos obstétricos lo cual también disminuye las complicaciones entre las cuales se encuentra la Fístula Vesicovaginal que por ende disminuye a la par.

También se corrobora que ambas técnicas de corrección tienen alto índice de éxito, la Cirugía O'CONNOR que fue la más utilizada en nuestra institución, como la Técnica LATZKO, solo se presentaron 2 recidivas de las 29 pacientes atendidas, sin embargo estas 2 fueron reintervenidas nuevamente con posterior reparación exitosa con buena respuesta en General desde el posquirúrgico inmediato.

MARCO TEORICO:

DATOS HISTORICOS: Las Fístulas Vésicovaginales se conocen desde la antigüedad. Mahfouz describió una fístula vesicovaginal en una momia egipcia cuya edad se calculó en aproximadamente en 4000 años, (1); En los papiros hindúes de medicina de 800 a 600 años AC aparecen referencias a esta patología, antes del siglo XVI la afección se consideraba incurable pero a partir del siglo XVIII se comienzan a ofertar tratamientos quirúrgicos, la mayoría por vía vaginal. En el siglo XIX comienzan a aparecer distintos métodos y técnicas quirúrgicas que aún en la actualidad se utilizan. Trendelemburg en 1890 propone con éxito la vía transvesical extraperitoneal para el cierre de la fístula vesicovaginal. En 1951 O'Connor y Sokel introducen el cierre transperitoneal con bidisección vesical hasta la zona de la fístula. Las vías de abordaje transvaginal, transvesical extraperitoneal y combinada se continúan utilizando (1).

Sims en 1852 es el primero en publicar la curación de una FVV usando hilos de plata por vía vaginal, fueron los trabajos de Von Dittil (1893) y sobretodo de Latzko (1942), los que permitieron avanzar de forma definitiva en la resolución de esta patología (4)

La reparación de una FVV por vía laparoscópica se reportó por primera vez en 1994 por Nezhat y a la fecha una de las series más grandes es la del Dr. René Sotelo en Venezuela con una casuística de 15 pacientes publicada en mayo de 2005. (5)

Las lesiones del tracto urinario (LTU) son complicaciones de las cirugías pélvicas y ginecológicas, y representa preocupación por la morbilidad y ocasional mortalidad.

Las LTU más frecuentes son: las fístulas véscicovaginales (FVV) y las fístulas véscicoureterales (FVU), 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.(2)

TERMINOLOGÍA:

Una fístula vesicovaginal (FVV) es una comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, el cual resulta en una fuga continua de orina a través de la vagina. (5)

Fístula uretro-vésico-vaginal (FUVV): Situación en la cual se establece una comunicación entre la vejiga el cuello vesical y a la uretra, viéndose implicados los mecanismos esfinterianos. El compromiso de la uretra puede ser parcial (porción proximal) o total.

Fístula uretro-vaginal (FUV): Situación en la cual se establece una comunicación entre la uretra, distal al cuello vesical, y la vagina. Clínicamente se manifiesta como una incontinencia post-miccional sin fugas constantes de orina.

Fístula véscico-uterina (FVU): Comunicación directa entre la vejiga y la cavidad uterina con pérdidas continuas a través del orificio cervical

REFERENCIAS MUNDIALES: Las estimaciones más generalmente aceptadas indican que en el mundo en desarrollo hay entre 2 millones y 3,5 millones de mujeres que viven con la fístula obstétrica, y que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos en países como África.

La fístula obstétrica, casi se ha eliminado en el mundo desarrollado, sigue afectando a los más pobres: las mujeres y las adolescentes residentes en algunas regiones del mundo remotas, donde más escasean los recursos. (10, 17)

ETIOLOGÍA: Varía y puede ser categorizada en términos generales en congénita o adquirida, esta última dividida en Obstétrica, Quirúrgica, Radiación, maligna y varios. La causa más común de es el parto complicado producto de una lesión masiva causada por la cabeza fetal impactada. En la mayoría de los países del tercer mundo, más del 90% de las fístulas son de etiología obstétrica.

Las Fístulas Vésicovaginales congénitas son extremadamente raras y están asociadas a otras malformaciones urogenitales.

Sin embargo las fístulas genitourinarias dependen de la región del mundo en que se presenten así como el desarrollo económico de los mismos, mientras que en los países desarrollados y semidesarrollados la causa más común en más de 75% es una lesión en la vejiga en el momento de una Cirugía ginecológica, urológica u otra cirugía pélvica en menores porcentajes como: colporrafia, uso de sling para el tratamiento de la incontinencia de orina, post radiación en pacientes con Cáncer Cérvicouterino y en los países subdesarrollados, los casos de partos difíciles o prolongados son las causas principales. (2), (11).

La causa más frecuente es la histerectomía ya sea por vía abdominal o vaginal (0.1-0.2%), la cirugía ginecológica es la causa del 82-90% de las fístulas y los procedimientos obstétricos del 8%, las radiaciones pélvicas del 6% y los traumas del 4%. (1), (2).

ETIOLOGÍA FÍSTULAS VESICOVAGINALES

Congénita	
Defecto en el desarrollo del seno urogenital. Muy raras	
Adquirida	
Yatrogénica (80% países desarrollados)	No yatrogénica
Ginecología (90%) (Histerectomía, colporrafia, biopsias) Obstétrica (9%) (Cesárea, partos instrumentados) Urológica (0,5%) (Cirugía I.U.E., cuello vesical, RTU vesical) Digestiva (0,5%) (Cirugía colorrectal)	Parto obstruido (80% en países no desarrollados) Postradioterapia Neoplasias pélvicas Traumatismos: pélvicos, intravaginales Enf. inflamatorias e infecciosas Endometriosis, TBC, etc. Cuerpo extraño: vaginal, vesical

TABLA I: ETIOLOGIA DE FISTULAS VESICOVAGINALES (4,6)

Harrison expone que las causas de la fístula obstétrica se asocian con la edad, el ser menor de veinte años, primer embarazo, trabajo de parto mayor de 24 horas, niveles de educación de la madre, feto masculino son algunos de los factores que más influyen. (3)

CUADRO CLINICO: Se caracterizan por la pérdida urinaria constante a través de la vagina, en ausencia de esfuerzo físico. Referida por la paciente como una descarga vaginal asociada a la micción. (12)

La fístula puede manifestarse por sí misma inmediatamente después de la cirugía, pero a menudo aparece días o semanas después. Aproximadamente el 10% de las pacientes cursan con una fístula ureterovaginal asociada. Durante el posoperatorio inmediato, las pacientes pueden presentar fiebre, íleo, dolor abdominal, hematuria o síntomas en el tracto urinario bajo. (5)

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. La fuga de orina causa irritación de vagina, vulva y perineo con sensación desagradable y olor a amoníaco. (6)

La fístula poshisterectomía, es localizada en la cúpula vaginal. Una fístula obstétrica es localizada en un segmento más inferior. El lugar más frecuente de lesión ureteral es en la base del ligamento ancho y en el túnel, antes de que el uréter penetre en la vejiga.(6)

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. (6)

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 y frecuentemente presentan datos de cistitis posradiación, hematuria o contractura vesical, lo cual suele desaparecer una vez que se establece la fístula. (6) (15)

DIAGNOSTICO:

Se fundamenta básicamente en tres estudios:

- a.- Exploración genital con espéculo y prueba del colorante,
- b.- Urografía intravenosa
- c.- Cistoscopia

La Cistografía para la comprobación de persistencia o ausencia de fístula, En los casos de sospecha de fístula neoplásica, es recomendable uso de TAC abdominopélvica y biopsia vesical perifistulosa preoperatoria. (4)

Prueba de creatinina en líquido fugado, El valor elevado de creatinina del líquido en comparación con el sérico confirmará que el líquido que fuga es orina. (5)

Examen físico: Evaluación de una paciente con sospecha de fístula, verificando la profundidad, diámetro y movilidad de la mucosa vaginal con la ayuda de un espejo vaginal. (5)

Puede evidenciarse el drenaje continuo de orina por la vagina, dermatitis amoniaca, además de las incrustaciones calcáreas en el vello púbico. (12), los casos que generen dura deben estudiarse con prueba de colorante.

Prueba con colorantes: AZUL DE METILENO se instila a través de sonda Foley y se explora la vagina en busca de un sitio que demuestre la fuga de líquido teñido. FENAZOPIRIDINA se deja un empaquetamiento vaginal con gasas y después se busca la presencia del colorante naranja. Si la prueba con azul de metileno es negativa y la de fenazopiridina positiva, se debe sospechar la presencia de fístula uretero-vaginal. (5)

Urografía excretora: Es obligatoria en el estudio de las portadoras de fístulas vesicovaginales, con el objetivo de evaluar el tracto urinario superior. (12)

Cistoscopia: La cistoscopia tiene el objetivo de localizar un orificio fistuloso en relación a los meatos ureterales, permitiendo la clasificación de las fístulas en supra e infra trigonales. Permite también, la investigación de orificios fistulosos múltiples, la presencia de cuerpos extraños y verificar las condiciones de la mucosa vesical. (12)

Pielografía ascendente: para demostrar si existe compromiso ureteral en presencia o ausencia de FVV.

Cistouretrografía miccional nos ayuda a identificar la presencia y localización de la fístula.

Los diagnósticos diferenciales que se deben considerar son fístula uretero-vaginal, uréter ectópico, drenaje de líquido peritoneal e infección del muñón vaginal. (5)

TRATAMIENTO: Depende de la localización de la FVV, su complejidad y la extensión del campo operatorio. Se observa que después de la histerectomía la FVV puede ser trigonal, supratrigonal o retrotrigonal, con uno o varios orificios fistulosos y que el tamaño del mismo es importante determinarlo para la reparación quirúrgica. En general las técnicas quirúrgicas empleadas para la reparación quirúrgica de las FVV conocidas dan resultados variables a largo plazo, desde la curación hasta las recidivas, las cuáles se producen entre 4 al 37% (2, 16).

TRATAMIENTOS CONSERVADORES: Se utilizan siempre y cuando: a) la afección inicial no sea maligna, b) Fístula menor de 1 cm de diámetro, c) poco tiempo de evolución. (12)

Lo primero a realizar será la colocación de una sonda vesical. La tasa de éxitos se encuentra entre un 2 y un 24% en fístulas iatrógenas. Utilizado en Fístulas de pequeño tamaño, normalmente la resolución se produce en las primeras 4 semanas de permanencia con sonda vesical, por encima de este tiempo difícilmente se va a conseguir una curación.

Otras opciones de tratamiento conservador descritas, son las oclusiones con fibrinógeno e incluso con tornillos metálicos. También la fulguración endoscópica en fístulas pequeñas, tasas de éxitos de un 56% y un 80% (4)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Va a ser la solución definitiva en la mayoría de los casos. Como puntos importantes a considerar son el momento de la reparación y la vía de abordaje a utilizar.

El momento adecuado para la intervención es motivo de controversia defensores de abordaje precoz (3 a 4 semanas después del inicio de la pérdida urinaria), se han comunicado éxitos en la reparación de entre el 86 y el 100% (16) y tardía (3 a 6 meses después de la inicio de la pérdida), índices de éxito en el cierre entre un 88 y un 94% (12) (16).

De forma general, se considera que la corrección debe ser indicada una vez que las alteraciones inflamatorias locales están controladas, tomando como referencia el examen ginecológico y de cistoscopia, siguiendo estos principios se consigue la curación entre el 88 y el 100% de los casos.(4)(12)

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las fístulas, se han venido dividiendo según su vía de abordaje en Transabdominales y Transvaginales con o sin Fistulectomía, así como, con o sin interposición de tejidos, en las fístulas iatrógenas complejas es preferible utilizar colgajos de interposición (epiplon, peritoneo, etc), así como en cirugías tardías, pues suelen ser donde con mayor frecuencia se producen los fracasos. El tratamiento de las fístulas neoplásicas exige una evaluación exhaustiva de la paciente, (4)

El abordaje vaginal se usa más a menudo, con una tasa de éxito de 90%, ya que es menos invasiva, no se necesita de cistotomía, hay menos pérdida sanguínea, dolor y estancia intrahospitalaria (5).

Las modalidades de abordaje, vaginal o transabdominal, está condicionada al entrenamiento y la experiencia del cirujano, así dependen de muchas variables, como las características propias de la fístula, número de orificios fistulosos, antecedente de intentos previos de reparación, aunque independientemente del abordaje, la mayoría de las técnicas implican cuatro etapas fundamentales:

- (a) exposición del orificio,
- (b) disección del trayecto fistuloso,
- (c) identificación y desmembramiento de las paredes vaginal y vesical
- (d) sutura de ambas en forma sobrepuesta, sin tensión, utilizando suturas absorbibles.

Vía vaginal	Vía abdominal
● Orificio abajo de la barra interureteral.	● Orificio arriba de la barra interureteral.
● Fístulas simples (orificio único).	● Fístulas complejas o recidivas.
● Tracto urinario superior normal.	● Estenosis / fístula ureteral asociada.
● Buena distensibilidad vaginal y vesical.	● Radioterapia pélvica.
● Corrección de distopias asociadas.	● Cirugía abdominal concomitante (ej: enterocistoplastia).

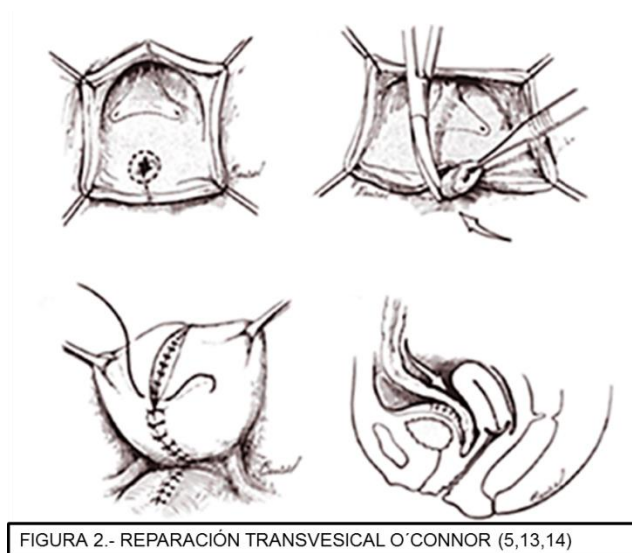
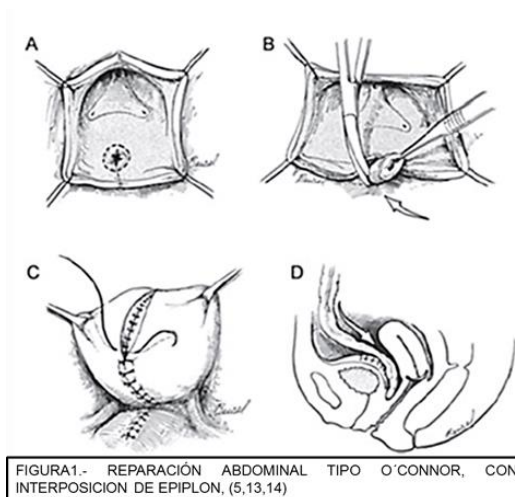
TABLA II: FISTULAS VESICOVAGINALES, ABORDAJE QUIRURGICO, (12)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS VESICOVAGINALES

Vía transabdominal	
Extraperitoneal	Intraperitoneal
<p><i>Fistulectomía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fistulorrafia por planos • Avanzamiento pared vesical posterior (Gil-Vernet) • Interposición de tejidos: peritoneo, duramadre <p><i>No fistulectomía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Injerto libre de mucosa vesical (Ostad) 	<p>Bipartición vesical, fistulectomía y fistulorrafia (O'Connor)</p> <p>Asociado a interposición de tejidos: epiplón, peritoneo, apéndices epiloicos, etc.</p>
Vía transvaginal	
<p><i>Fistulectomía</i></p> <p>Fistulorrafia por planos, avanzar mucosa vaginal</p> <p>Fistulorrafia e interposición de tejidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colgajo fibroadiposo labial pediculado (Martius) • Colgajo piel labial pediculada (Lehoczky) • Colgajo peritoneal (Raz) • Colgajo de músculo Gracilis (Hamlin) 	<p><i>No fistulectomía</i></p> <p>Incisión vaginal perfistula, cierre en varios planos y avanzar mucosa vaginal o interponer tejidos (Raz)</p>

TABLA III: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS VESICOVAGINALES, (4)

VÍA TRANSABDOMINAL: Técnica O'CONNOR esta operación ha sido el método más aceptado de la reparación de la fístula supratrigonal hasta la fecha. La tradicional operación de O'Connor utiliza el acceso suprapúbico para la disección extraperitoneal del espacio retropúbico a disecar la vejiga, seguida de cistostomía a largo sagital (bivalving de vejiga), hasta que la fístula se alcanza. El trayecto fistuloso se extirpa, corrige por el cierre de dos capas después de la incorporación de tejidos entre la vejiga y las paredes vaginales. (5, 13-14)



VÍA TRANSVAGINAL: Técnica LATZKO, La paciente se coloca en posición prona, deja la fístula en el “piso” de la vagina justo frente al Cirujano, incisión perifistular, circuncidando el orificio y disecando la vagina creando espacio entre la vejiga, se aproximan los bordes con puntos separados en dos planos, se realiza sutura libre de tensión.

Los principales secretos de éste abordaje son el correcto desbridamiento de tejidos inviables, cierre sin tensión de vejiga y vagina utilizando varias suturas no superpuestas y el avance de un flap de vagina por encima de la fístula. (16)

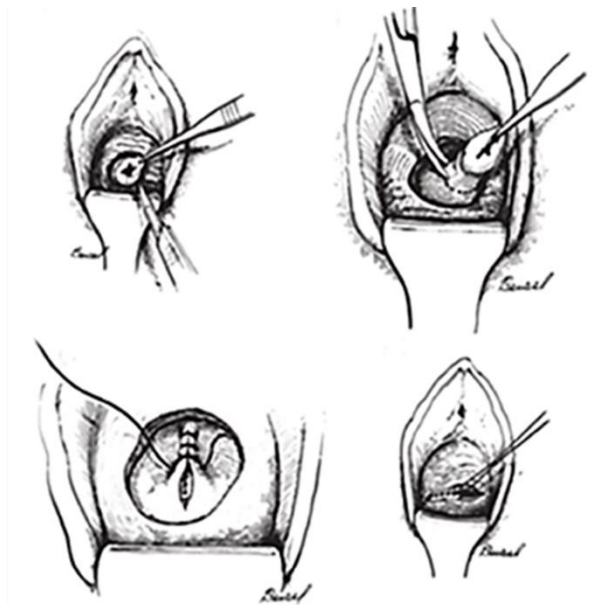


FIGURA 3.- REPARACIÓN TRANSVAGINAL, (16)

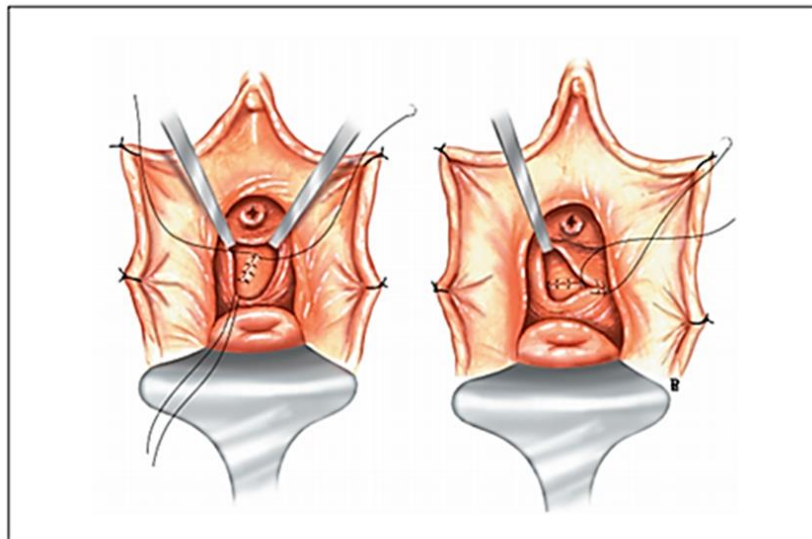


FIGURA 4- REPARACIÓN TRANSVAGINAL TIPO LATZKO, (16)

El éxito del tratamiento quirúrgico está en la práctica estricta de los principios del cierre de las fístulas, que incluyen un tejido en condición óptima, exposición adecuada del campo operatorio y cierre libre de tensión.(2)

VALORACIÓN DE RESULTADOS Y COMPLICACIONES: Las fístulas vesicovaginales simples pueden repararse normalmente con unas tasas de éxito elevadas (75-95%), independientemente de la vía que utilizemos.(16,17)

En fístulas recurrentes o extensas pueden obtenerse asimismo altos porcentajes de éxito (hasta un 90% utilizando flaps de tejidos vascularizados y técnica quirúrgica meticulosa)

Las fístulas más difíciles de reparar son las secundarias a radioterapia pelviana (fibrosis extensa, pobre vascularización).

Las complicaciones que pueden presentarse a corto plazo son: síntomas irritativos (urgencia-incontinencia), disminución de capacidad vesical etc.

A largo plazo, la obstrucción ureteral que precise nefrostomía o catéter ureteral, pueden ser de especial importancia.

Intraoperatorias: Las principales complicaciones que pueden producirse durante la cirugía son: la hemorragia y la lesión accidental de los uréteres. Ser muy cuidadoso en el control de la hemostasia ya que la formación de un hematoma puede condicionar una dehiscencia de las suturas, infección, etc. y comprometer el resultado final de la corrección de la fístula. Tener un cuidado especial para evitar la lesión accidental de los uréteres. Siempre que el trayecto fistuloso se encuentre próximo a alguno de ellos es recomendable proceder a su cateterización.

Complicaciones posquirúrgicas inmediatas: Espasmos vesicales, deben evitarse mediante la utilización de anticolinérgicas.

Los espasmos de la vejiga pueden causar una elevación importante de la presión intravesical, contribuyendo de esta forma a una dehiscencia de la sutura en la zona de la fístula. Infección de la herida quirúrgica, poco frecuente. Su incidencia se minimiza mediante la utilización de antibioterapia profiláctica que se mantiene hasta la retirada de la sonda vesical. Reparación de la fístula: Incremento de la presión intravesical por espasmos o contracciones del detrusor, obstrucción de la sonda vesical, etc. Compromiso de la vascularización en la zona de las suturas de cierre: mayor incidencia en caso de suturas continuas, tensión excesiva de los hilos, etc. Cierre incompleto de la comunicación. Lesión inadvertida de los uréteres: Que debe evaluarse y tratarse inmediatamente después de ser diagnosticada.

Complicaciones pos quirúrgicas tardías: Estrechez vaginal, puede aparecer hasta en el 10% de las pacientes. Resulta tanto más frecuente cuanto mayor sea la fístula. Dispareunia, la cicatriz de la colpotomía puede ocasionar, con relativa frecuencia, una dispareunia sin que exista una evidente estrechez vaginal. Incontinencia urinaria, la aparición de una IU de novo puede ser debida a varias causas: IU de esfuerzo por lesión del esfínter uretral; IU por urgencia causada por la irritabilidad vesical secundaria a la cicatriz vesical; IU por reparación de la fístula o por lesión del uréter. La solución dependerá de la etiología de la IU. Vejiga de baja capacidad, en casos de FVV de gran tamaño la reparación vesical puede condicionar la reducción importante en el volumen y capacidad de la vejiga. (8) (9)

ANTECEDENTES EN NUESTRO PAÍS: Sánchez y Mendoza, en un estudio de revisión de 91 pacientes en el servicio de Urología del Hospital Centro Médico " La Raza " en México, encuentran que la primera causa de fístula (67%) fue la operación ginecológica por mioma uterino y (5.49%) por cáncer cervicouterino mientras que de las causas obstétricas la cesárea fue la más frecuente con 15% (1)

En México, la causa más común reportada es la histerectomía (72.4-76.5%), ligeramente mayor que lo reportado en la bibliografía mundial. (7,18,20)

Se realizó un estudio descriptivo revisando 54 expedientes de enero de 1995 a agosto del 2006 en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" como Fístulas vesicales; diagnóstico y manejo. Experiencia de 10 años, encontraron entre su población como factor común, que todas las lesiones son de tratamiento quirúrgico tardío, con una incidencia por año de 5.3 casos. Con un rango de edad entre 29 a 72 años, con una media de 50.5 años. Las lesiones urológicas de causa ginecológica se presentan en 70% de los casos, mientras que las de causa obstétrica representan 30%, Las fístulas vesicovaginales son las más frecuentes (28%) y van seguidas por las fístulas ureterovaginales en (18%). (4,6,7)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El Hospital General Tláhuac en el servicio de Uroginecología atiende a toda la población referida de la red de Hospitales de la Ciudad de México, llevando a cabo tratamientos Quirúrgicos correctivos de Fístulas Vésicovaginales, de causas Ginecológicas más frecuentes aparentemente. Con buenos resultados a largo plazo. Pero.

¿Cuál es la Etiología que con más frecuencia se relaciona con las Fístulas Vésicovaginales, y qué resultados tiene el Tratamiento Quirúrgico Correctivo más empleado en las pacientes con Diagnostico de Fístula Vésicovaginal en el Hospital General Tláhuac?

JUSTIFICACIÓN:

En la estadística mundial la incidencia de fístula vesicovaginal iatrogenica es de 0.1- 4% (18, 23, 24, 25, 26), mientras que en México se reporta que la histerectomía es causa de 72.4 a 76.6% de las fístulas vesicovaginales, su localización más frecuente es el fondo vesical, en la región supratrigonal de la vejiga (7). Una frecuencia mayor con respecto a la estadística mundial reportada.

Se clasifican como simples y complejas, en donde las simples son de localización baja, en el septo recto-vaginal, o bien complejas que son de localización alta en el tabique rectovaginal proximal al complejo esfinteriano anorrectal con dimensiones de más de 2.5 cm, frecuentemente ocasionadas por radiación, neoplasias o enfermedad inflamatoria intestinal. (19,20,7).

Hasta el momento no se documentan concretamente las consecuencias a largo plazo en la estática pélvica, o con la función sexual sin embargo después de la corrección quirúrgica se menciona en la literatura aparición de dispareunia y dolor vulvar, lo cual se ha visto limita la calidad de vida. (4, 7, 25, 26).

Entre las técnicas de reparación quirúrgica la vía vaginal ha mostrado menores complicaciones, de las cuales la técnica de Latzko es la más común con una tasa de éxito reportada de un 93.82% con 89% de curación con solo un intento. El abordaje abdominal por su parte puede realizarse vía transvesical o extravesical (técnica bivalva), principalmente para fístulas complejas, con una tasa de éxito de 97.05%. (1-7, 13, 19, 23)

De la Red de Salud de la Ciudad de México sólo el Hospital General Tláhuac cuenta con el servicio de Uroginecología convirtiéndose así en el centro de Referencia Interinstitucional, concentrándose teóricamente el total de población de las Unidades de Atención Médica de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Las Fístulas Vésicovaginales requieren ser conocidas, prevenidas y tratadas, ya que las pacientes portadoras de ellas, se ven afectadas en su calidad de vida, en forma crónica conduce al aislamiento social y abandono, divorcios, abusos y vergüenza. (26)

Aunado todo esto a que las estadísticas nos mantienen como un País con una incidencia por arriba de las mundiales hace de gran importancia una revisión a este tipo de padecimientos, a fin de valorar los resultados Quirúrgicos concretos, para el diagnóstico y tratamiento oportuno que reduzca las complicaciones a mediano y largo plazo.

Las Fístulas Vésicovaginales generan un importante trastorno físico y psíquico a las pacientes que las padecen. El tratamiento conservador puede curar alrededor de un 20% de fístulas iatrógenas, mientras que el tratamiento quirúrgico es exitoso en el 80-90% de los casos

independientemente de la técnica utilizada y aunque se ve disminuido cada vez más la frecuencia de este padecimiento continúa siendo una de las condiciones más significativas y devastadoras de la urología y la ginecología. Son un problema que no amenaza la vida, pero son socialmente debilitantes con una importante implicación médico-legal.

OBJETIVOS:

GENERAL:

Identificar la etiopatogenia más relacionada con la frecuencia de las Fístulas Vésicovaginales, así como su evolución posterior a la reparación Quirúrgica, en las pacientes tratadas con este diagnóstico en el Hospital General Tláhuac.

ESPECIFICOS:

Reconocer la relación de los procedimientos Ginecológicos con la frecuencia de Fístulas Vésicovaginales en nuestra Unidad.

Señalar la eficiencia del manejo correctivo de las Fístulas Vesicovaginales.

Describir el resultado del tratamiento Quirúrgico al mes, 3 y 6 meses.

Indicar el tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico de una FVV y el Tratamiento Quirúrgico.

Mostrar la frecuencia de éxito en la corrección quirúrgica en comparación con el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento.

Enumerar la frecuencia de recidivas.

Citar la edad de presentación más frecuente de una Fístula vesicovaginal.

Localizar el sitio de aparición anatómico predominante de las Fístulas Vesicovaginales.

MATERIAL Y METODOS:

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO: Se revisaran los expedientes de todas las pacientes con Diagnostico de Fístula Vesicovaginal a quienes se dio tratamiento en el servicio de Uroginecología del Hospital General Tláhuac en el Período de abril 2016 a abril 2019.

DISEÑO DE LA MUESTRA: Censo nominal de pacientes con Diagnostico de fístula véscicovaginal que cumplen con criterios de inclusión y no inclusión tratadas en el periodo de abril 2016 a abril 2019 en el servicio de Uroginecología en el Hospital General Tláhuac.

VARIABLES: Mujeres con Diagnostico de Fístula Véscicovaginal, a las cuales se les haya realizado tratamiento Quirúrgico correctivo en el Hospital General Tláhuac y que se les dio seguimiento al mes a los 3 y a los 6 meses.

VARIABLE/ CONSTRUCTO	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
EDAD	CONTEXTO	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL NACIMIENTO Y LA APARICION DEL FENOMENO ESTUDIADO.	CUANTITATIVA CONTINUA	AÑOS
ETIOLOGÍA MAS FRECUENTE	COMPLEJA	ES LA CAUSA QUE ORIGINA UNA FISTULA VESICOVAGINAL O EL FACTOR QUE LA PRODUCE.	CUALITATIVA NOMINAL.	a) GINECOLOGICA b) OBSTETRICA
PROCEDIMIENTO GINECOLOGICO	CONTEXTO	CIRUGÍA REALIZADA EN EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL.	a) HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL b) HISTERECTOMIA VAGINAL c) COLPOPERINEOPLASTIA
PROCEDIMIENTO OBSTETRICO	CONTEXTO	CIRUGÍA REALIZADA DURANTE LA GESTACIÓN, PARTO O PUERPERIO.	CUALITATIVA NOMINAL.	a) CESÁREA b) HISTERECTOMIA OBSTETRICA c) SUTURAS COMPRESIVAS
TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA	COMPLEJA	METODO QUIRÚRGICO EMPLEADO PARA LA CORRECCIÓN DE UNA FISTULA	CUALITATIVA NOMINAL.	a) TÉCNICA LATZKO b) TÉCNICA O'CONNOR
COMPLICACIONES POSQUIRURGICAS	CONTEXTO	FENÓMENO QUE SOBREVIENTE EN EL CURSO HABITUAL DE UNA ENFERMEDAD Y QUE LA AGRAVA.	CUALITATIVA NOMINAL	a) HEMORRAGÍA b) INFECCIONES c) RETENCIÓN URINARIA d) DEHISCENCIA DE HERIDA
RECIDIVA	CONTEXTO	REAPARICION DE UNA FISTULA VESICO VAGINAL POSTERIOR AL TRATAMIENTO QUIRURGICO SIN QUE TERMINARA LA CONVALECENCIA.	CUALITATIVA NOMINAL	a) PRESENTE b) AUSENTE

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Expedientes completos de pacientes de cualquier edad con Diagnóstico de Fístula Vesicovaginal tratadas en el servicio de Uroginecología del Hospital General Tláhuac en el periodo de abril 2016 a abril 2019, con al menos una revisión al mes, a los 3 Y 6 meses posteriores a la resolución Quirúrgica.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

Expedientes de pacientes con Diagnóstico de Fístula Vésicovaginal que recibieron tratamiento quirúrgico en otra unidad médica, a la que solo se dio seguimiento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Deserción voluntaria, o bien deceso de la paciente.

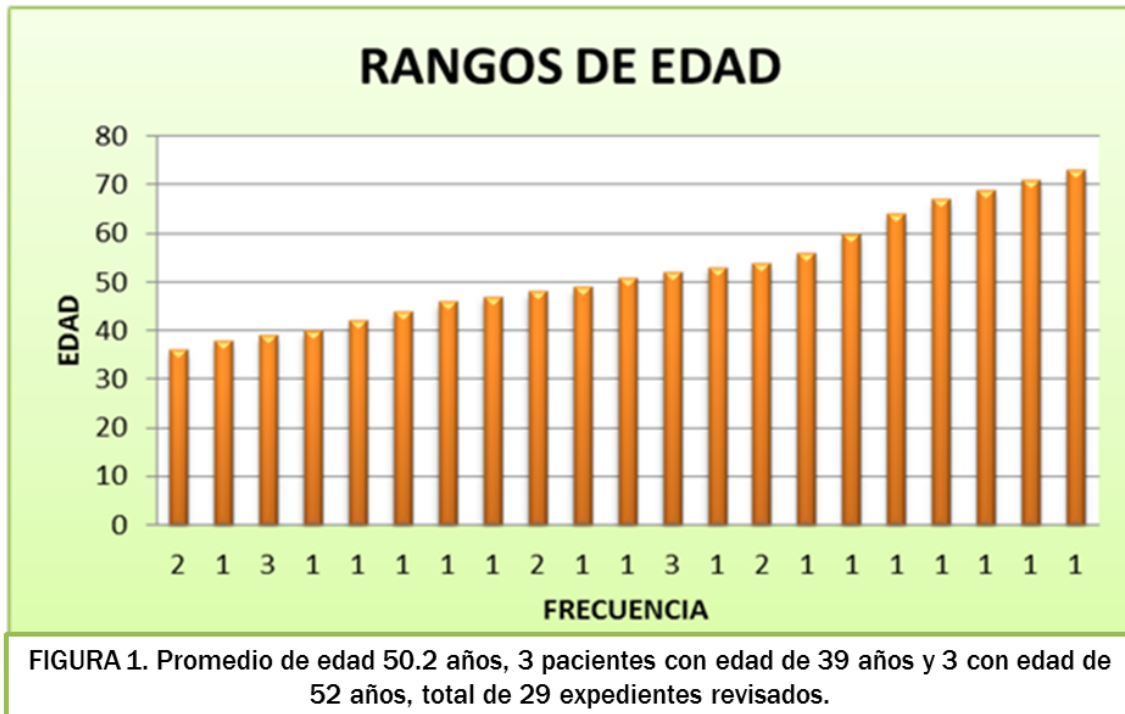
ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizará una revisión de Expedientes de aquellas pacientes que se encuentren en el censo de diagnósticos de Fístulas Vésicovaginales, que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión, revisión del tipo de tratamiento otorgado, resultados posquirúrgicos, tipo de técnica correctiva utilizada y las recidivas del procedimiento, todo se registrara en el formato de captura de datos, para posteriormente elaboración de Tablas y Figuras a fin de realizar el análisis de resultados y comparación con la Bibliografía revisada.

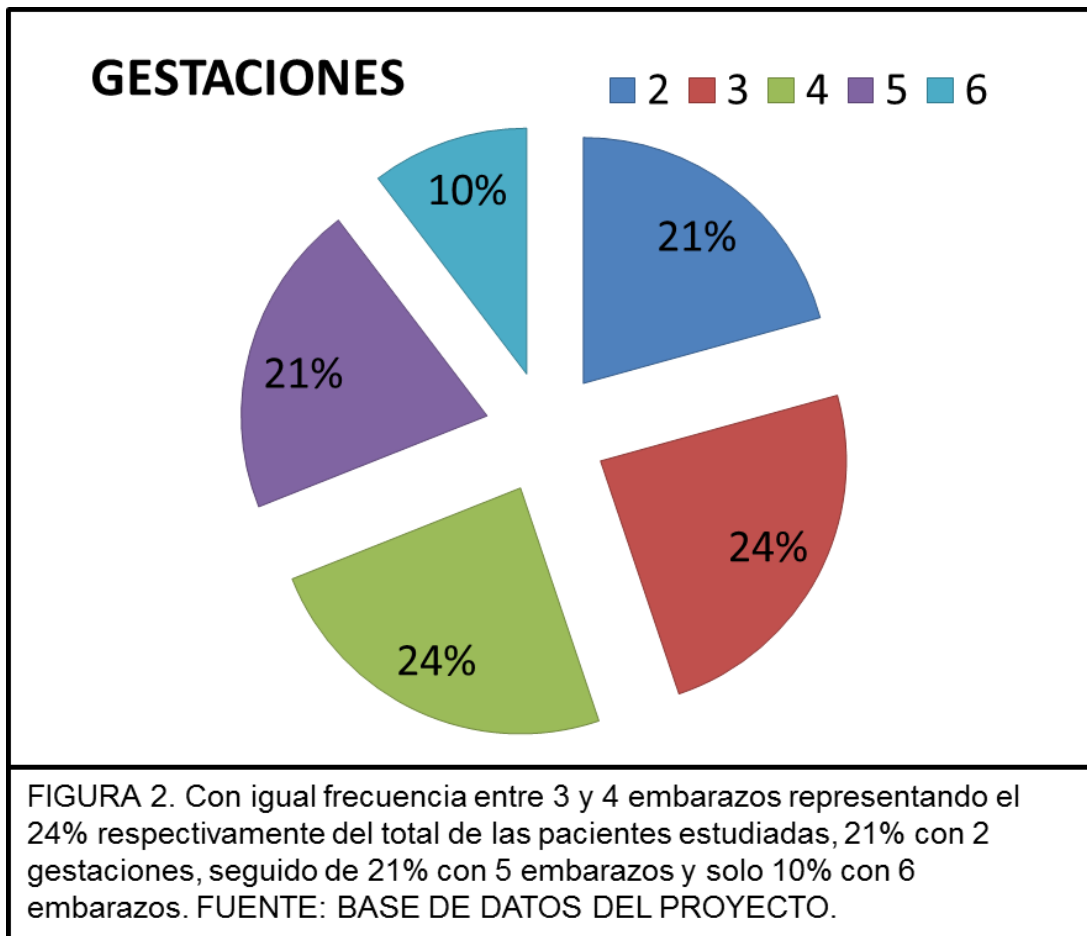
RESULTADOS:

Se analizaron un total de 33 expedientes, de los cuales se descartaron 4 por no contar con todos los criterios de inclusión, se realizó una sábana de datos con Paquetería de Office programa EXCEL posteriormente con los datos obtenidos se realizaron tablas y gráficos de frecuencias, obteniendo los siguientes resultados: 29 expedientes completos que abarcan el periodo de 2016 a 2019.

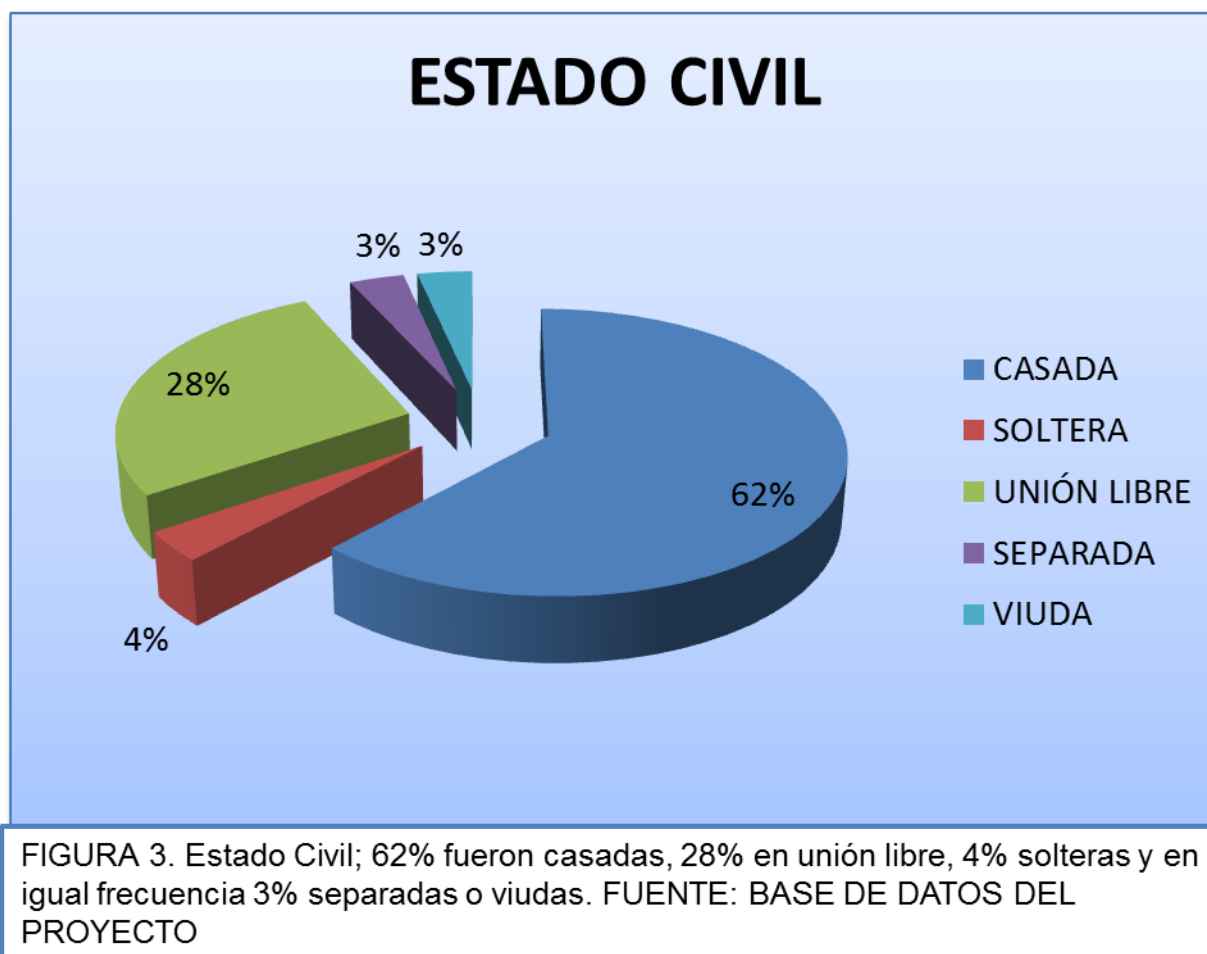
RANGOS DE EDAD: Respecto a la edad con un rango promedio de las pacientes de 50.2 años.



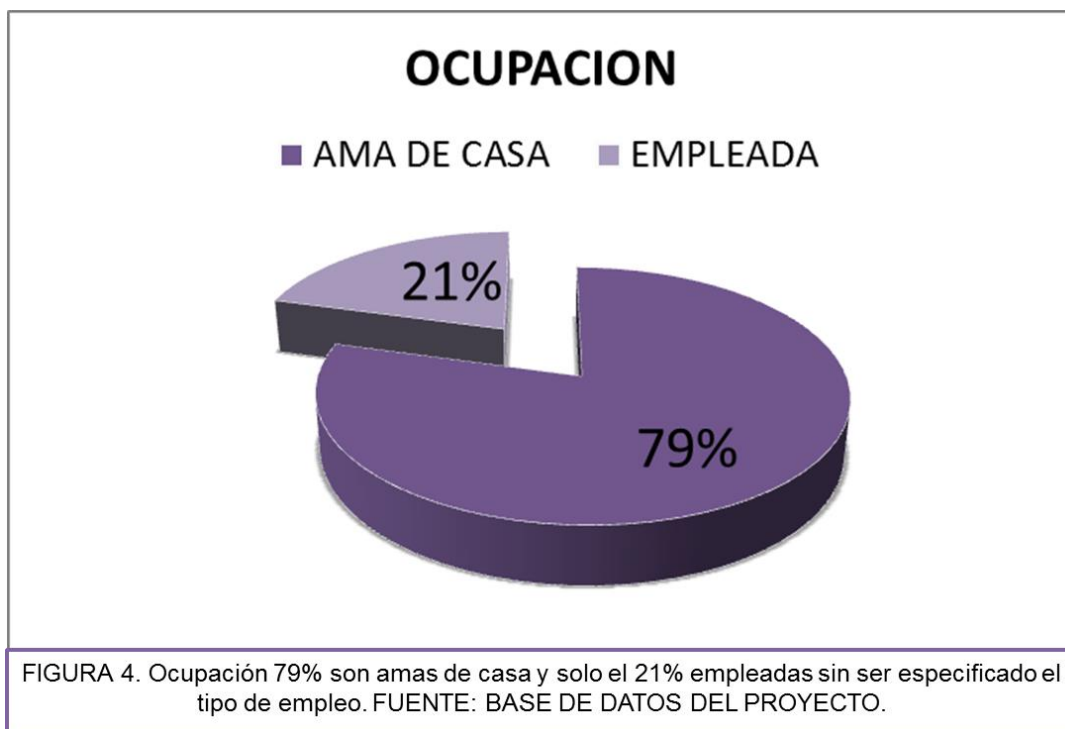
NUMERO DE EMBARAZOS: En cuanto a los embarazos encontramos un promedio de 3.7 gestaciones, al realizar las frecuencias absolutas 7 pacientes tuvieron entre los 3 y 4 embarazos abarcando el 48% del total en conjunto, 24% por cada uno respectivamente, 6 se embarazaron 2 y 5 veces representando el 21% respectivamente, y solo el 10%, 3 pacientes se embarazaron 6 veces.



ESTADO CIVIL: Otra variable estudiada fue el Estado Civil, la mayor representación en frecuencia fueron casadas 62% siendo 18 de las pacientes estudiadas, 28% se encuentran en Unión libre 8 de las pacientes, 4% fueron solteras y compartiendo frecuencias solteras y viudas 3% una paciente respectivamente.

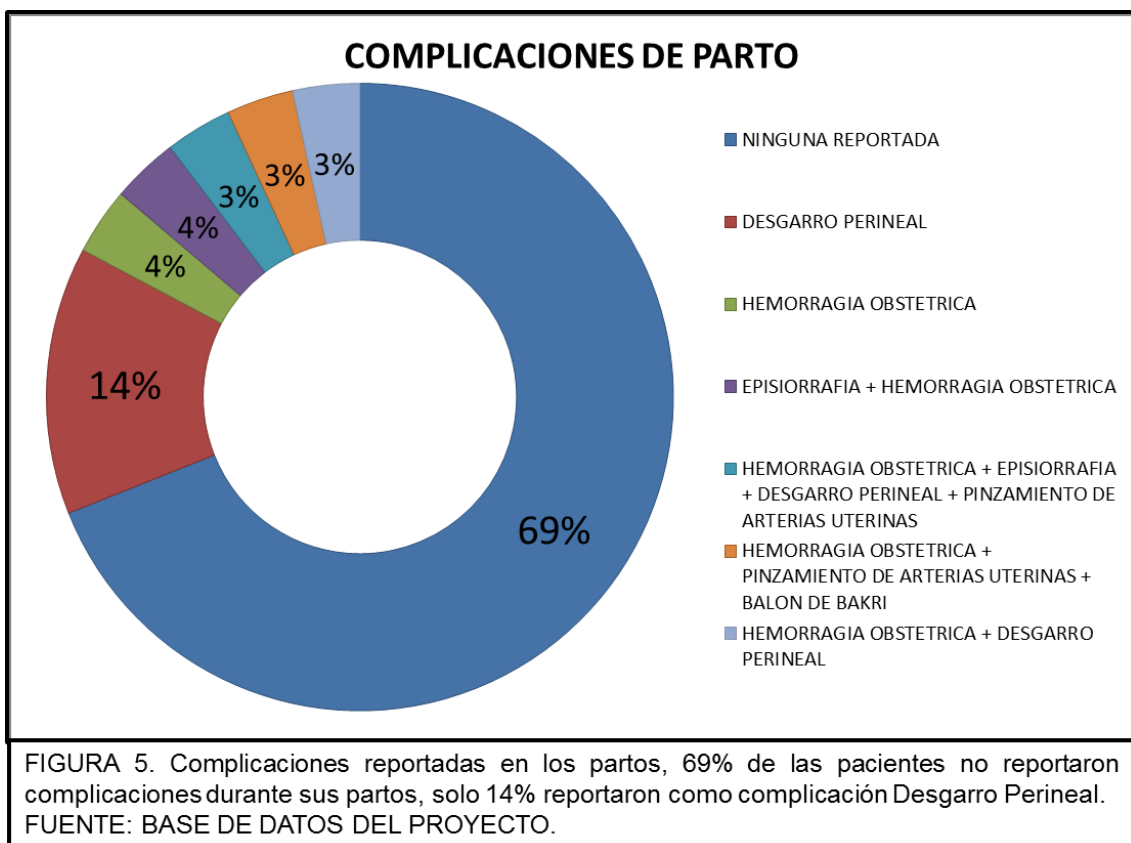


OCUPACIÓN: Respecto a la ocupación aunque tiene poca o nula relación etiológica con el padecimiento estudiado, es de importancia para el conocimiento social de nuestra población, la mayoría de nuestras pacientes son amas de casa 23 de ellas representan el 79% del total y solo 6 refirieron ser empleadas 21%.



COMPLICACIONES OBSTETRICAS:

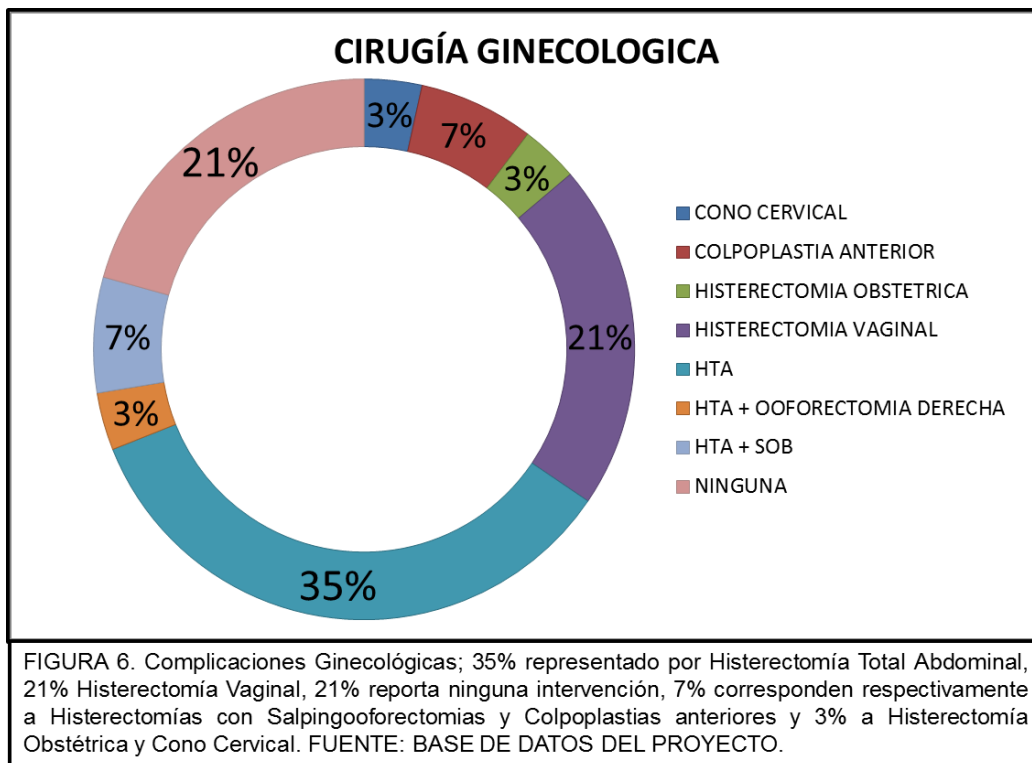
Una de las variables más importantes es establecer la frecuencia de Complicaciones durante el Parto ya que son una de las principales causas para el desarrollo de una Fistula Vesicovaginal, encontramos que del total de nuestras pacientes solo 4 de 29 reportaron Desgarro Perineal representando el 14% y entre el 3 y 4% reportaron Hemorragia Obstétrica y maniobras como Pinzamiento de Arterias Uterinas y uso de Balón de Bakri, sin embargo 20 de ellas que representan el 69% no reportaron ninguna complicación.



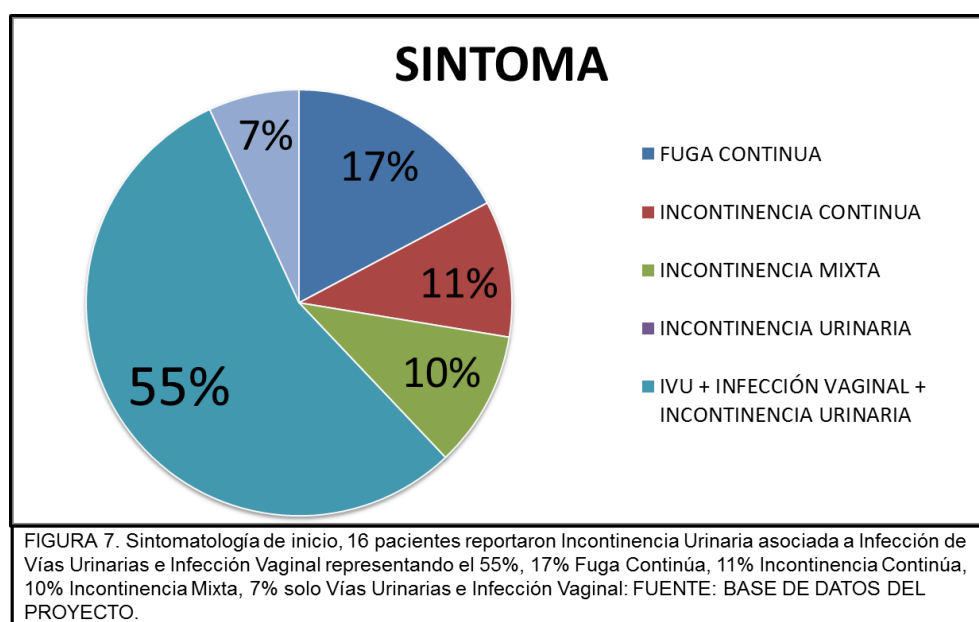
CIRUGIA GINECOLOGICA ASOCIADA:

Las complicaciones Ginecológicas también se encuentran reportadas en la bibliografía como principales causas de formación de Fistulas Vesicovaginales, nuestros resultados reportan que 35% y 21% las frecuencias más altas se encuentran en las Histerectomías 10 de las pacientes fueron sometidas a

Histerectomía Total abdominal con frecuencia del 35% en el porcentaje total, 6 a Histerectomía Vaginal lo cual es el 21%, 3 pacientes más tienen relaciones con Histerectomía Obstétrica, e Histerectomía con Salpingooforectomia derecha respectivamente lo cual representa el 7%, 2 sufrieron Histerectomía con Salpingooforectomia bilateral y Cono Cervical representando el 3%, sin embargo 6 pacientes de 29 no reportan ninguna complicación lo cual representa el 21%.

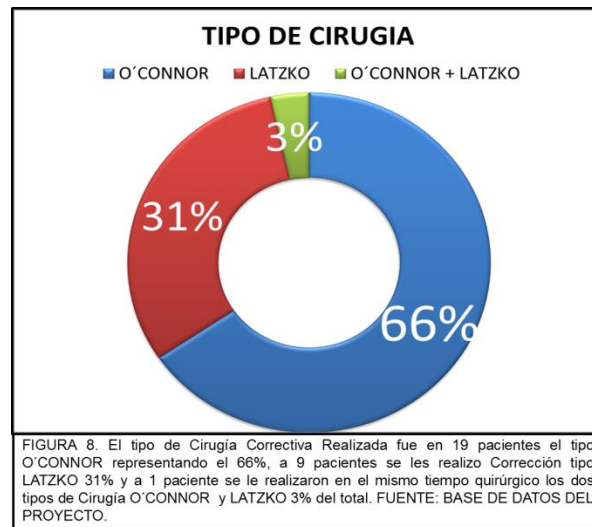


SINTOMATOLOGÍA DE INICIO: La sintomatología de inicio o presentación de nuestras pacientes fue la Incontinencia Urinaria relacionada con Infección de Vías Urinarias que la presentaron 16 pacientes, solo 5 pacientes Fuga Continua, 6 pacientes comparten Incontinencia Mixta e Incontinencia Continúa y solo 2 pacientes Infección de Vías Urinarias.

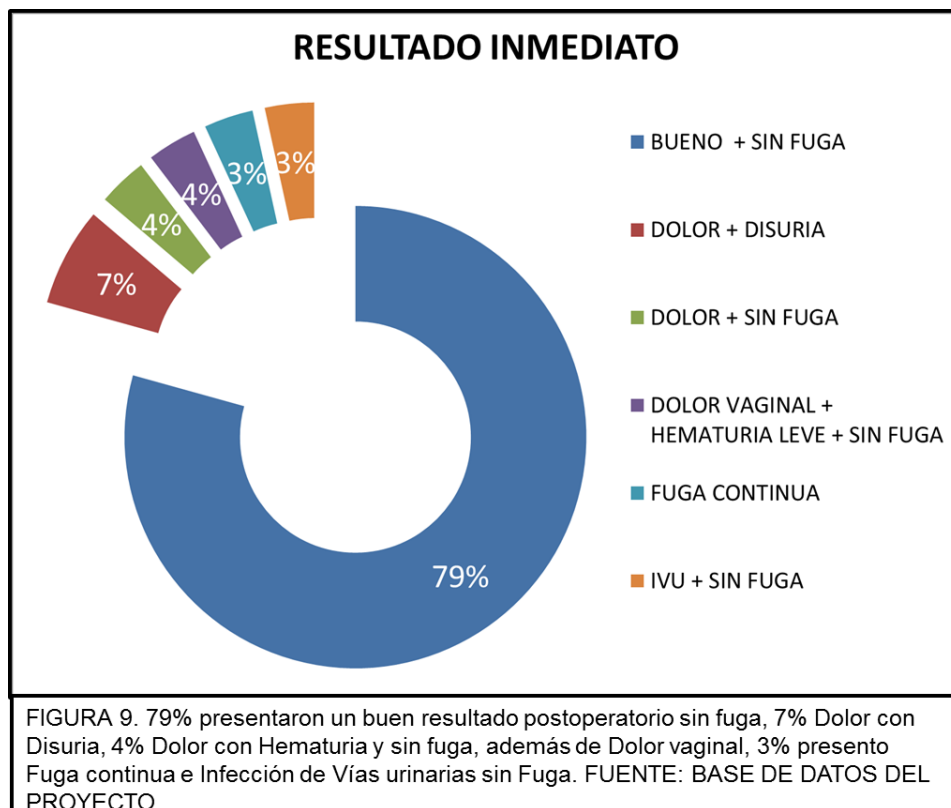


TIPO DE TECNICA QUIRURGICA:

Los tipos de Cirugías correctivas que se realizan son dos la Corrección tipo O´CONNOR y la tipo LATZKO, del total de nuestras 29 pacientes a 19 se les realizo Corrección tipo O´CONNOR con frecuencia del 66%, a 9 pacientes se realizó Corrección tipo LATZKO 31% y a 1 paciente se le realizaron en el mismo tiempo quirúrgico los dos tipos de Correcciones O´CONNOR y LATZKO.

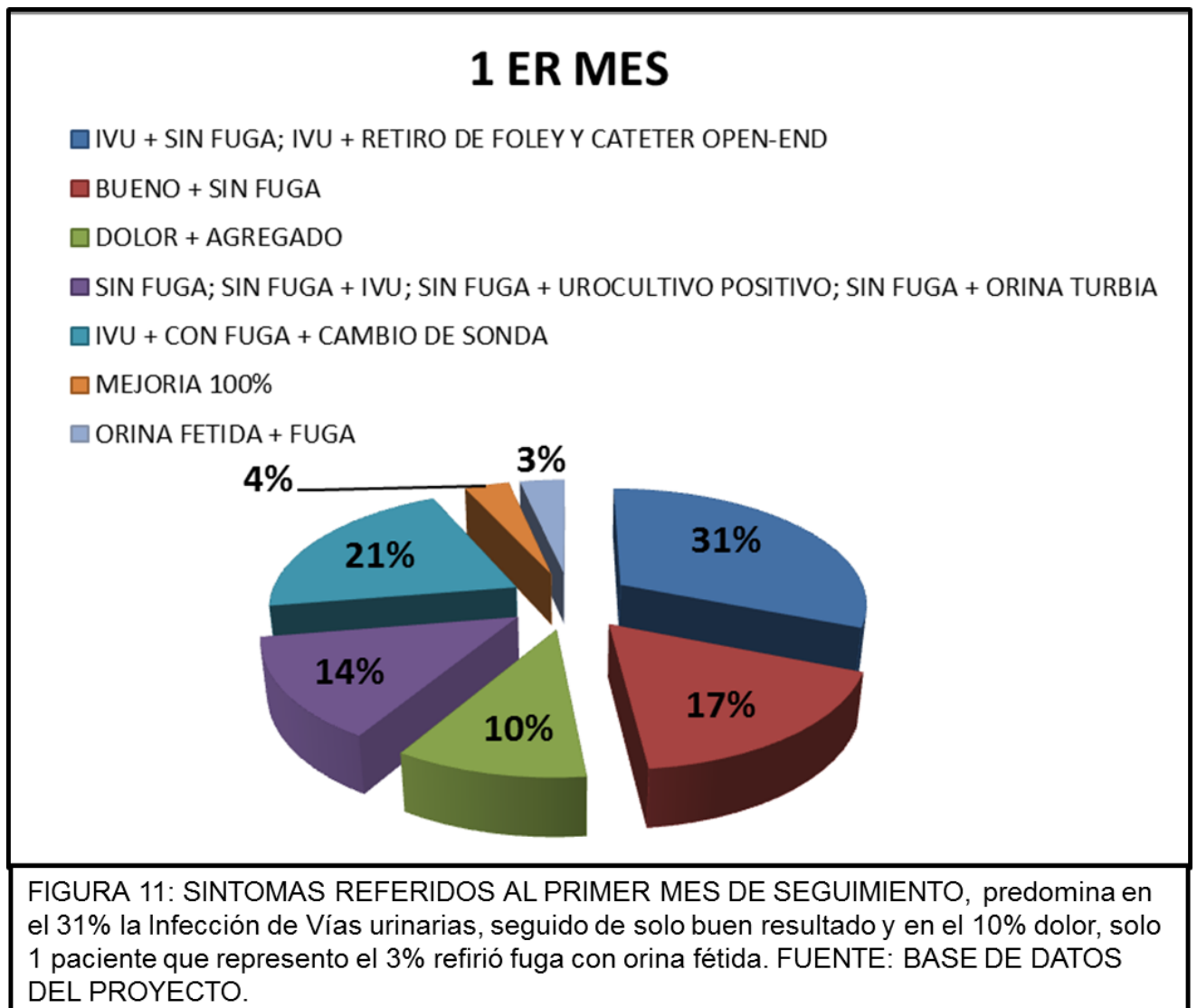


RESULTADO INMEDIATO: El resultado final de la Cirugía fue en 23 pacientes o 79% Bueno sin fuga, 2 pacientes 7% presentaron Dolor y Disuria, 4% Dolor sin Fuga y con Hematuria, 3% 1 paciente respectivamente, presento Fuga Continua e Infección de Vías urinarias sin Fuga.



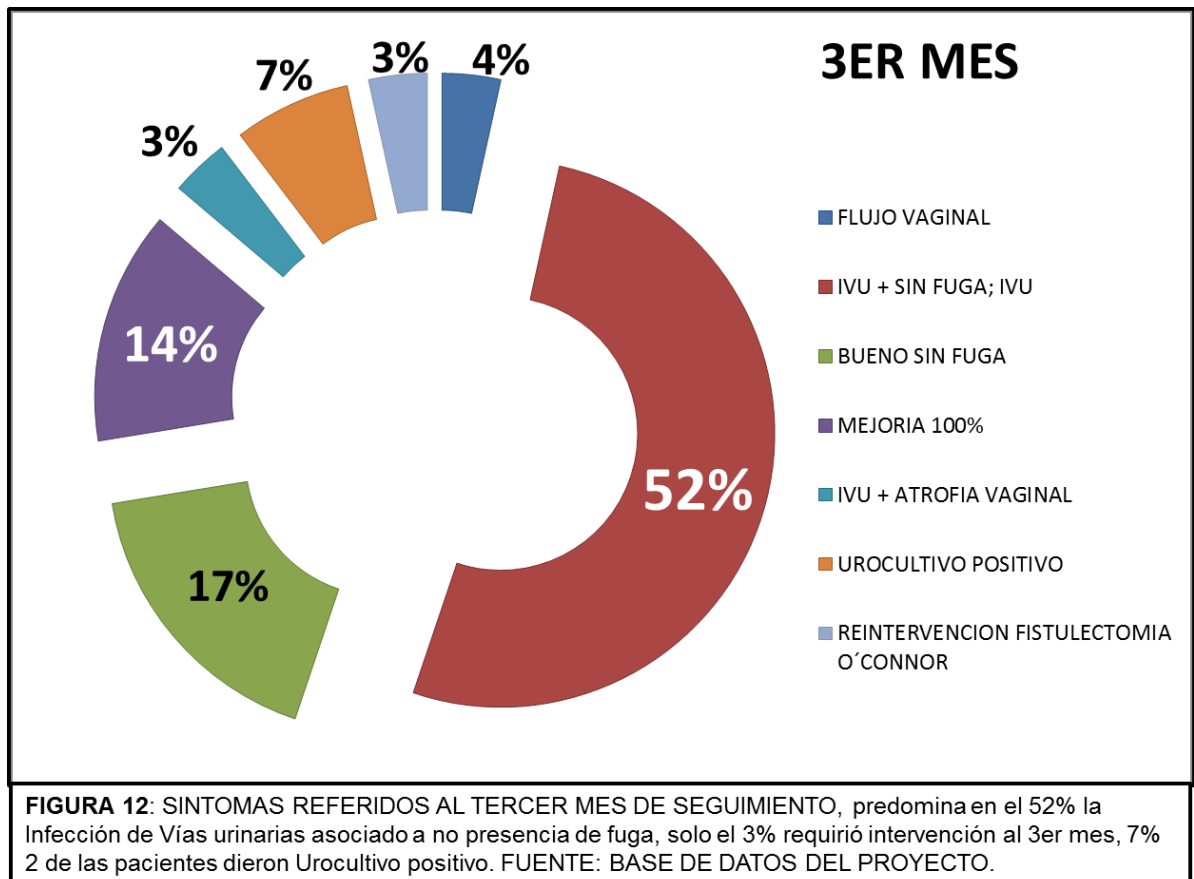
SEGUIMIENTO:

REVISION AL PRIMER MES: 31% de frecuencia al primer mes como síntoma principal Infección de vías urinarias con algún agregado, dolor en solo 10% de las pacientes 3 del total, bueno sin fuga 5 pacientes el 17%, sin fuga con algún otro agregado 14% que son 4 pacientes que refirieron además ivu, o a la cual se le realizo urocultivo, o bien presencia de orina turbia, solo una paciente refirió mejoría 100% desde el primer mes, y una paciente más orina fétida con fuga lo cual representa en frecuencia el 3%



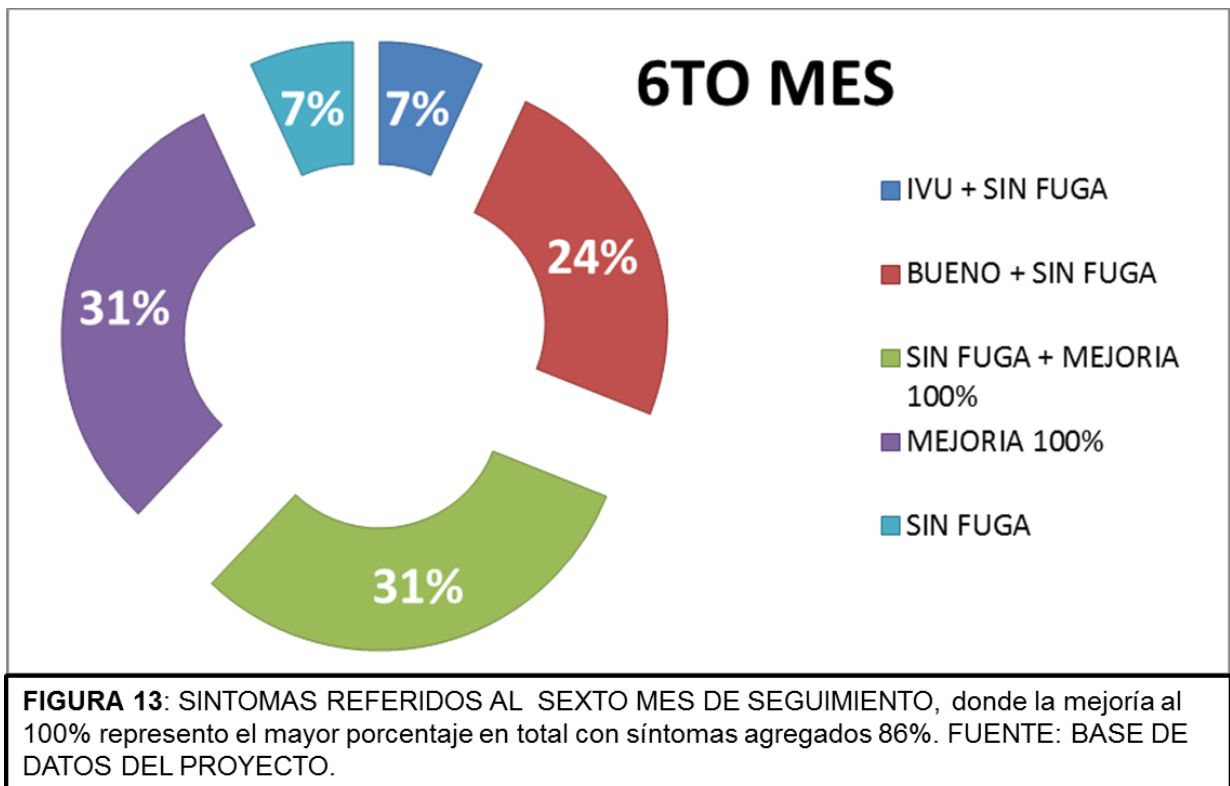
REVISION AL TERCER MES:

EL 52% presento en esta revisión algún dato de Infección de Vías urinarias sola y sin presencia de fuga, las cuales fueron 15 de las 29 pacientes estudiadas, 5 pacientes solo reportaron buen resultado sin fuga representando el 17%, 14% solo 4 pacientes Mejoría al 100%, en 1 paciente se reportó atrofia como resultado de la revisión, sin embargo no se asoció a disfunción sexual al menos no reportada, 2 pacientes a quienes se realizó Urocultivo dieron positivo con tratamiento establecido para el resultado obtenido. Y 1 paciente que represento el 3% fue reintervenida coincidente con la paciente que reporto fuga a la revisión en el 1er mes.



REVISION AL SEXTO MES:

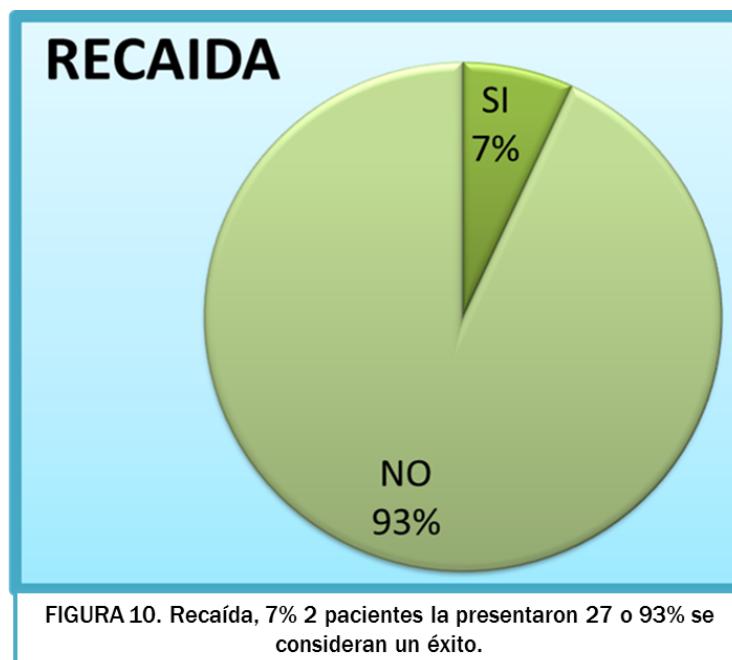
En realidad al sexto mes el 86% de las pacientes ya refería, solo 2 pacientes presentaron aun síntomas de Infección de Vías Urinarias que representa el 7% del total y 2 de las 29 solo se refieren con sin fuga sin agregar alguna otra sintomatología.



RECAIDA:

Del total de las 29 pacientes solo 2 presentaron Recaída 7% y 93% sin recaída con éxito quirúrgico

27 de las 29 pacientes.



DISCUSIÓN:

Consistente con lo reportado en las revisiones Bibliográficas realizadas las Cirugías Ginecológicas representaron en nuestro estudio el 70% de las causas encontradas para la formación de Fistulas Vesicovaginales, repartidas estas entre Histerectomía Total Abdominal que represento un 35%, Histerectomía Vaginal que represento el 21% y otras Histerectomías realizadas con Ooforectomia y una Histerectomía Obstétrica, cumpliendo el objetivo general de nuestro proyecto encontrando la etiopatogenia más frecuente. (1,4,6,12)

En nuestra unidad Hospitalaria se llevan a cabo Correcciones Exitosas del 93% ya que en la revisión de nuestras 29 pacientes se presentaron solo 2 recaídas el 7% en frecuencia, la Cirugía más realizada es la Corrección tipo O´CONNOR en 19 pacientes y solo en 9 Corrección tipo LATZKO, además de que en una paciente se llevó a cabo la Corrección con los dos tipos Quirúrgicos O´CONNOR y LATZKO encontrándose esta entre las exitosas en segunda intención.

El resultado inmediato en el 79% de las pacientes fue Bueno sin Fuga, y solo el 7% presento como mayor complicación Dolor Postoperatorio, no se presentaron mayores complicaciones posquirúrgicas y desde el posquirúrgico inmediato la sintomatología más frecuente en aparición fue de dolor vaginal, sin sensación de fuga, consistente con lo esperado por las revisiones de la Literatura, en las evaluaciones posteriores al mes refirieron como síntoma principal Infección de vías Urinarias en un 31% que bibliográficamente no representa un porcentaje significativo siendo la dispareunia el síntomas más reportado en la literatura.

A los 3 meses el 52% presento algún dato de Infección de Vías urinarias sola y sin presencia de fuga 15 de las 29 pacientes estudiadas, 5 pacientes solo reportaron buen resultado sin fuga representando el 17%, 1 se reintervino la cual fue parte de las recaídas presentadas en nuestro estudio, ya para los 6 meses el 86% de la población estudiada se refería con Mejoría al 100%, el Éxito del estudio también coincide con lo encontrado Bibliográficamente correspondiendo del 90 al 95% en la reparación de Primer Intención. (12)

En cuanto a uno de los puntos importantes a estudiar que corresponde al tiempo transcurrido entre la aparición de la Fístula y la Corrección quirúrgica, ninguna fue inmediata, la mayoría de las pacientes no reporto con exactitud la fecha de inicio de sus síntomas, sin embargo en general transcurrieron entre 2 a 3 años sobre todo en aquellas en las cuales se identificó una causa obstétrica como desencadenante de la Patología y la falta de identificación o sospecha de este, por lo cual se prolongó su atención y tratamiento.

Las complicaciones en los Partos que se relacionaron con la Etiología de las Fistulas fueron los Desgarros Perineales, en el análisis previo definimos que En México, la causa más común reportada es la Histerectomía (72.4-76.5%), (7, 18,20), lo cual es consistente y corroborado por el estudio realizado.

CONCLUSIONES:

Entonces podemos concluir que se cubrieron en su mayoría los objetivos planteados al inicio de este protocolo de estudio, donde describimos y se dio seguimiento a las pacientes con Diagnóstico de Fístulas Vesicovaginales.

El Hospital General Tláhuac atiende a gran población de los Hospitales de La Ciudad de México y se reciben a las pacientes que logran identificarse con este tipo de complicación, teniendo un alto número de pacientes atendidas con resultados exitosos posteriores a la reparación Quirúrgica. La mayoría de las pacientes fueron externas y coincidiendo con las referencias Bibliográficas ninguna de las correcciones se realizó con proceso inflamatorio, ya que esta Patología presenta cierto retraso entre el Diagnóstico de la Fístula y la Corrección.

En nuestra Unidad se Corrigen Quirúrgicamente estos defectos con las dos Técnicas más utilizadas, siendo el Abordaje Abdominal el más frecuente utilizado, con alto porcentaje de éxito, y solo 7% en el porcentaje de recidivas, de estas 2 pacientes que fueron reintervenidas debido a la recaída y que en una segunda intención presentaron corrección exitosa.

En el Hospital General Tláhuac se cuenta con los materiales necesarios, personal médico ampliamente capacitado y un Servicio de Ginecología Urológica completamente adecuado para la atención de este tipo de padecimientos, que si bien actualmente solo cuenta con un Médico Especialista y Subespecialista en Uroginecología podemos recomendar la Difusión de esta Unidad y Servicio y así dar pie posteriormente con estos resultados favorables observados a la Formación de una Clínica de referencia en forma y bien definida dentro de este Nosocomio.

Clínica que crezca y de atención Uroginecológica a la población de la Ciudad de México en donde pacientes provenientes de distintas Delegaciones sean enviadas y atendidas de forma oportuna a fin de disminuir el retraso en su atención, ya que si bien no todas las pacientes estudiadas en este protocolo pertenecían a la población de Tláhuac llegaron de otras Unidades, no todos los Hospitales Materno Infantiles e incluso Hospitales Generales conocen que este servicio esta habilitado en esta zona de la Ciudad y no solo eso sino que se difunda que se otorga un servicio de calidad y resultados exitosos en el manejo de esta Patología.

RECOMENDACIONES:

Si bien en nuestras Instituciones se ha mejorado la Atención del parto y se han logrado disminuir las complicaciones como Hemorragia Obstétrica y Desgarros perineales, en este protocolo el 14% de las causas de una Fístula Vesicovaginal se relacionó con Desgarros perineales, siendo las causas Obstétricas las que presentaron más retraso en la atención Especializada debido a la falta de sospecha diagnóstica de esta patología.

Sobre este punto podemos incidir activamente en reducir el retraso en la atención, al identificar pacientes de alto riesgo de desarrollar Fístulas Vesicovaginales, aquellas que presenten desgarros perineales de cualquier grado, Histerectomía compleja y darles seguimiento para enviarlas a estudios complementarios como Cistoscopias y revisiones oportunas en el Servicio de Ginecología Urológica, así podremos lograr dar atención oportuna, reducir el tiempo de corrección en aquellas pacientes en las que si se detecte la presencia de Fístula, además de poder identificarlas teniendo dimensiones menores y por lo tanto optar por una Técnica de reparación menos invasiva, con menor tiempo Quirúrgico y estancia Hospitalaria para dicha corrección.

Todo esto aplicado no solo a un Nosocomio, la intención de este estudio es lograr ampliar la identificación de una Patología que genera grandes comorbilidades en las pacientes y merma su calidad de vida, extender su seguimiento a todas las Unidades de Salud de la Ciudad de México.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Rodríguez C. Michel; Sánchez F Ania; Fístula véscovaginal. Modificación de técnica quirúrgica; *Revista Médica Electrónica* 2009;31

López T. Ulises; Milián E. Roberto; Fístula véscovaginal por complicaciones de la cirugía ginecobstétrica; *Revista Cubana de Urología* 2016;5(1):4-16

Harrison MS, Mabeya H, Goldenberg RL, Urogenital fistula reviewed: a marker of severe maternal morbidity and an indicator of the quality of maternal healthcare delivery. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* 2015.

Navarro F.J. Sebastián, García J.I. González, Et All; Planteamiento Terapéutico De Las Fístulas Vesicogenitales. Análisis Retrospectivo De Nuestra Serie; *Actas Urológicas Españolas Julio/Agosto 2013*.

Martínez J. Ángel, Hernández C. Victor, Fernández N. Gerardo, et all. Fístulas vesico-vaginales; diagnóstico y manejo; experiencia de 20 años, *Revista de Urología, México*, 2011;71(4):200-206

Priego NA y cols. Fístulas vesicales; diagnóstico y manejo. Experiencia de 10 años en el Centro Médico Nacional; *Revista Mexicana de Urología*; 2008; 68(1):3-13

Montoya-Martínez G, LedesmaRodríguez AG, Fístula vesicovaginal: abordaje abierto abdominal versus laparoscópico. *Ginecología Obstetricia de México* 2013;81:587-592.

Navarro F, García M, Castro M. Treatment approach for vesicogenital fistula. Restrospective analysis of our data. *Actas Urología España* 2015;530-537.

Castañeda B Fabian, Tesis de Grado de Especialista en Ginecología Y Obstetricia, Experiencia del Servicio de Urología Ginecológica del Hospital General Tláhuac en el Manejo de las Fístulas Vesicovaginales. 2016-2017.

Campaña Cuando el parto es nocivo: Fístula Obstétrica; Direct Relief International y Fistula Foundation, el UNFPA, 2012

Stamatakos Michael, Sargedhi Constantina; Stasinou Theodora, et all; Vesicovaginal Fistula: Diagnosis and Management; *Indian J Surg*, (March–April 2014) 76(2):131–136

Cardozo L. Text book of female urology and urogynecology. Vol 2. Informa Healthcare. 2006; 1289-1315.

Lee JS, Choe JH, Lee HS, et all. Urologic Complications Following Obstetric and Gynecologic; *Surgery Korean J Urology*. 2012; 53:795-799

Reisenauer C. Vesicovaginal fistulas: a gynecological experience in 41 cases at a German pelvic floor center. *Arch Gynecology Obstetric*. 2015 Aug; 292(2):245-53.

Alonso G Sergio, Maestro A. Mario; Laparoscopic repair of the vesicovaginal fistula (laparoscopic O'Connor repair); *Servicio de Urología, Hospital La Paz, Madrid, España* 2016.

Petros P, Williams G, Browning A. Post vesico-vaginal fistula repair incontinence - A new hypothesis and classification potentially guide prevention and cure. *Pelvipерineology*, 2015, p. 48.

Ozdemir E, Ozturk U, Celen S, et all. Urinary complications of gynecologic surgery: Iatrogenic urinary tract system injuries in obstetrics and gynecology operations. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2011; 38:217-20.

Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). © 1998-2019 All rights reserved.

Rajivkumar R. Jadav, Manjuprasad G. B. An outcome of the management of vesico-vaginal fistula: experience at KIMS, Hubli, Karnataka, India. *International Surgery Journal*. February 2019 | Vol 6 | Issue 2 Page 552-556.

Datta B, Chattopadhyay S, Mandal M. Vesicovaginal fistula: our experience of 47 cases in a tertiary care hospital of West Bengal. *J Evolution Med Dental Sci*. 2016 Jun 13;5(47):3052-4.

Mellano EM, Tarnay CM. Management of genitourinary fistula: Curr Opin Obstet Gynecol. 2014 Oct;26(5):415-23.

Grange P, Giarenis I, Rouse P, Kouriefs C, Robinson D, Cardozo L. Combined Vaginal and Vesicoscopic Collaborative Repair of Complex Vesicovaginal Fistulae. *Urology*. 2014 Oct;84(4):950-4

Morey AF, Brandes S, Dugi DD, Armstrong JH, Breyer BN, Broghammer JA, et al. Urotrauma: AUA Guideline. *J Urol.* 2014 Aug;192(2):327-35.

Rodríguez-Colorado S, Santos-López A, Et all. Reparación de fístula urogenital con interposición de injerto biológico de submucosa intestinal. *Ginecol Obstet Mex.* 2017 julio;85(7):442-448.

Toglia M, Brubaker L, Pories S. Rectovaginal, anovaginal, and colovesical fistulas. Waltham, MA: UpToDate Inc.; c2017.

Guía de Práctica clínica, Prevención Diagnóstico y tratamiento de una fistula complicada. Catalogo maestro, IMSS-608-13.