



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE FEMENINO
CON FÍSTULA RECTO VAGINAL**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

FRANCISCO ANTONIO GALICIA LÓPEZ

ASESORA:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Junio 2022.



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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Dedico este trabajo con todo mi corazón a mis padres, Francisco Galicia Rosas y Guadalupe López de los Santos, por haberme inculcado una buena educación llena de valores y respeto, también por los principios y valores que me brindaron para que en mi formación profesional nunca los olvidara.

AGRADECIMIENTO

Principalmente, agradezco a Dios por haberme dado una buena experiencia en el ámbito profesional, también a mis queridos profesores que día a día fueron los que me llenaron de conocimientos suficientes para que en mi formación no me faltara nada, sus consejos, opiniones, regaños, virtudes, experiencias e historias los llevo en mi corazón.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Anatomía y fisiología	2
2. FISIOPATOLOGÍA	6
2.1 Diagnóstico.....	8
2.2 Tratamiento	8
2.3 Fístula recto vaginal.....	9
2.3.1 Causas.....	9
2.3.2 Clasificación.....	10
2.3.3 Diagnóstico	11
2.3.4 Tratamiento.....	11
3. HISTORIA CLÍNICA	13
4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	14
4.1 Exploración física	14
4.2 Patrones alterados.....	15
7. EVOLUCIÓN	28
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un importante problema de la salud pública, no solo a nivel mundial sino también en el país, donde se ha visto su incidencia, con una tendencia creciente en los últimos años; es una enfermedad con una alta morbilidad y mortalidad.

El adenocarcinoma es el segundo tumor que se asienta a nivel del cuello uterino, se produce a partir del epitelio cilíndrico del cuello uterino. Su aspecto es papilar y su frecuencia ha ido aumentando en los últimos años (1).

El signo más frecuente de las lesiones cervicales es la hemorragia genital. También se pueden producir sangrados poscoitales, leucorrea, y más tardíamente el dolor, edema en extremidades inferiores, síntomas urinarios e intestinales. El dolor es el síntoma más frecuente en cánceres de cérvix avanzados. Un pequeño porcentaje de pacientes se mantienen asintomáticas incluso en etapas avanzadas (1).

El cáncer cervicouterino (CCU) es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial y es el segundo más común entre las mujeres de países menos desarrollados. En el año 2018, se presentaron 570 000 casos nuevos, lo que corresponde al 84% de estos casos a nivel mundial (2).

Para el mismo año murieron aproximadamente 311 000 mujeres; 85% se produjeron en países de ingresos bajos y medios. La mortalidad por esta enfermedad sigue siendo alta. En el año 2013, en el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3771 defunciones, con una tasa de mortalidad de 11.3 por cada 100 000 mujeres en México. Las entidades con mayor mortalidad por CCU son Morelos, Chiapas y Veracruz, con una tasa de 18.6, 17.2 y 16.4 por cada 100 000 mujeres (2).

Aunque la fístula recto-vaginal (FRV) o comunicación patológica entre el recto y la vagina, es una condición poco frecuente, obedece a múltiples causas y provoca un grave daño tanto en la esfera psicológica como sexual de las pacientes (3).

Generalmente la fistula tiene un impacto funcional, psicológico y social en las mujeres que presentan este problema. Las principales causas en la mujer adulta son de origen traumático (operatorias, obstétricas o por trauma externo), infecciosas, secundarias a enfermedades inflamatorias, las actínicas y las neoplásicas (3).

La fistula recto vaginal, tiene múltiples causas, sin embargo, un 39% representa a las patologías neoplásicas, específicamente al Cáncer Cervicouterino (3). La reparación quirúrgica está asociada con elevadas tasas de morbilidad y recurrencia (10-40%), especialmente en pacientes con enfermedad de Crohn o en fístulas inducidas por radioterapia (4).

Las fístulas recto-vaginales posrádica, con independencia de los antecedentes quirúrgicos locales, suelen considerarse traumáticas y con difícil solución por la limitación de las técnicas quirúrgicas existentes. Por lo que es importante diferenciarlas, con matices, de las fístulas recurrentes con sustrato en enfermedades basales, ya sean oncológicas o inflamatorias, de igual forma la recidiva tumoral también puede manifestarse como una fístula de esta índole (5).

1.1 Anatomía y fisiología

Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios (6). La vagina, se define como un tubo musculomembranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su

pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. y están en contacto entre sí en condiciones normales (7).

La vagina, tiene las siguientes funciones como conducto excretor para el líquido menstrual forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto) y recibe el pene y el eyaculado durante el coito (6).

Se encuentra relacionada lateralmente con el musculo elevador del ano, la fascia pélvica visceral y los uréteres. Posteriormente el canal anal, el recto y el fondo de saco rectouterino y anteriormente, la base de la vejiga y la uretra (6).

Se encuentra vasculada por las arterias uterinas en la porción superior y en la media e inferior por las arterias vaginales. Las venas forman los plexos venosos vaginales a lo largo de las caras laterales de la vagina y dentro de la mucosa vaginal, estas comunican con los plexos venosos vesical, uterino y rectal y drenan en las venas ilíacas internas (6).

Útero

El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto (7).

Se divide en 2 porciones principales, cuerpo; está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil. Tiene dos caras, la vesical y la intestinal. Los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas. El cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal, esta última está separada de la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. El ligamento del ovario se fija al útero posteriormente a la unión uterotubárica. El ligamento redondo del útero se fija anteroinferiormente a esta unión (7).

La pared del cuerpo del útero tiene tres capas:

- Capa externa serosa o perimetrio, consiste en peritoneo sostenido por una capa delgada de tejido conectivo.
- Capa media muscular (constituida por músculo liso) o miometrio
- Capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

La irrigación deriva principalmente de las arterias uterinas (rama de la división anterior de la iliaca interna). Las venas uterinas discurren en el ligamento ancho, drenando en el plexo venoso uterino a cada lado del útero y la vagina, y estas venas a su vez drenan en las venas ilíacas internas (6).

Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado. Están diseñadas para recibir los ovocitos que salen de los ovarios y en su interior se produce el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y la fecundación (6).

Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

Infundíbulo: es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario.

Ampolla: la porción más ancha y grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.

Istmo: la porción de pared gruesa entra en el cuerno uterino.

La porción uterina: es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina. Su vascularización es a través de las ramas tubáricas se originan como ramas terminales que se anastomosan de las arterias uterinas y ováricas. Las venas drenan en las venas ováricas y el plexo venoso uterino (6).

Ovarios

Se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendida por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina (7).

Las arterias ováricas provienen de la aorta abdominal, en el reborde pelviano, las arterias ováricas cruzan sobre los vasos ilíacos externos y entran a los ligamentos suspensorios. La arteria ovárica envía ramas a través del mesovario al ovario y a través del mesosálpinx para irrigar la trompa uterina. Las ramas ováricas y tubáricas se anastomosan con las ováricas y tubáricas de la arteria uterina (7).

2. FISIOPATOLOGÍA

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero debido a la persistencia de serotipos oncogénicos del virus del papiloma humano y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precancerosas de lenta y progresiva evolución. Su factor de riesgo más importante es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), siendo el riesgo mayor para los tipos virales VPH 16 y 18 (8).

La infección por este virus es una causa de transmisión sexual, constituye un factor necesario, aunque no suficiente, para el desarrollo del cáncer de cuello uterino (CCU) (9).

Es causa necesaria pero no suficiente para la producción del CCU. Requiere de cofactores tales como: inicio relaciones sexuales a edad temprana, alto número de parejas sexuales, otras infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, consumo de anticonceptivos orales por más de 5 años, multiparidad, alteraciones inmunológicas (infección por virus de inmunodeficiencia humana). Son considerados factores de riesgo individuales para CCU ante una lesión intraepitelial (LIE): el antecedente de LIE alto grado pavimentosa o glandular y el antecedente de tratamientos previos por LIE no especificado. Así como el tratamiento previo de neoplasia intraepitelial anal, vaginal, vulvar y otros cánceres invasores relacionados con el VPH (8)

El VPH son pequeños virus de doble cadena del ADN, en la que la infección requiere que las partículas virales accedan a la capa basal epitelial y penetren a las células basales en división. El ciclo de vida del VPH está ligado al programa de diferenciación de la célula huésped infectada, el queratinocito, pero la expresión de altos niveles de proteínas virales y el ensamblaje viral ocurren exclusivamente en las capas superiores, es decir, en el estrato espinoso y en el epitelio granuloso del epitelio escamoso. Las células en la capa basal consisten en células troncales y células en tránsito que se están dividiendo continuamente y proveen un reservorio

de células para las regiones suprabasales. La infección de estas células conduce a la activación de la expresión en cascada de los genes virales que provoca la producción de aproximadamente 20 a 100 copias extracromosómicas del ADN viral por células. La replicación del ADN viral y entonces el número de copias virales aumenta al menos a 1000 copias/célula, y se observa abundante expresión de los genes tempranos E6 y E7 y de los genes tardíos (10).

La integración usualmente causa delección o alteración del gen viral regulador E2, mientras retiene un segmento variable que incluye a los oncogenes E6 y E7 y la región reguladora corriente arriba. La sobre-expresión de E2 por los promotores heterólogos en las células huésped con el HR-HPV integrado, puede reprimir al promotor temprano del virus provocando una disminución drástica en la expresión de los genes E6 y E7. Así, la integración del HR- HPV y la delección o alteración de E2 conduce al aumento de expresión de los oncogenes virales (10).

La integración viral al genoma de la célula huésped ocurre corriente abajo de la expresión de los genes tempranos E6 y E7, frecuentemente en la región E1 o E2; esta interrupción provoca la pérdida del control negativo de la expresión del oncogén por la expresión de la proteína del gen regulador viral E2. Los transcritos derivados del virus integrado son más estables que los derivados del ADN viral episomal, y la integración del HPV 16 ha sido asociado con una ventaja de crecimiento selectiva en las células afectadas (10).

Los virus infectan los queratinocitos basales primitivos, pero los niveles de expresión elevada de proteínas virales y el ensamblaje viral, ocurren exclusivamente en las capas del estrato espinoso y granuloso del epitelio escamoso, Poco después de la infección, la replicación de los episomas virales parece ser independiente del ciclo celular y se producen aproximadamente de 50 a 100 copias por célula. Cuando el queratinocito entra al estatus de diferenciación, sale del ciclo celular e inicia un aumento masivo en la expresión de los genes virales, formándose al menos 1000 copias de virus por célula, con abundante expresión de los genes tempranos E6 y E7 y la expresión de genes tardíos (7).

2.1 Diagnóstico

Los esfuerzos de prevención del cáncer cérvico uterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de las mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas (11).

Las acciones de tamizaje en CaCu están constituidas fundamentalmente por una herramienta básica llamada citología cervical; se trata de un método diagnóstico que permite el examen microscópico directo de las características de las células, del epitelio del cervix y del canal endocervical, utilizando una técnica de tinción conocida como técnica de Papanicolaou. Esto nos permite realizar un diagnóstico citológico de probable lesión cervical, que es emitido por el citotecnólogo o el patólogo; este diagnóstico incluye desde la ausencia de lesión, pasando por los cambios inflamatorios no patológicos y todo el espectro de displasias leve, moderada y severa, el cáncer in situ y el cáncer invasor (12)

El objetivo principal de la técnica de Papanicolaou es detectar células con alteraciones que indiquen cambios malignos. La importancia de realizarse la citología (Papanicolaou) radica en la enorme posibilidad de detectar de manera temprana lesiones precursoras (displasia leve, moderada o severa) antes de que evolucionen a cáncer, para ser atendidas o para que reciban tratamiento oportuno (12).

2.2 Tratamiento

En la mayoría de los casos, las displasias leves deben ser vigiladas más que tratadas, puesto que usualmente desaparecen con el tiempo. En cambio, las displasias moderadas y particularmente severas deben ser tratadas ya que un porcentaje significativo de éstas evolucionan a cáncer. En el caso de las displasias leves, generalmente se mantienen bajo vigilancia en la unidad de salud, debido a que es muy común que tengan una regresión espontánea. Se indica tratamiento y se repite la toma citológica a los seis meses. De acuerdo con la edad de la mujer y

a la evolución de la lesión, el médico decide si refiere a clínica de colposcopia o permanece en control en el centro de salud. Si a los seis meses el resultado del Papanicolaou continúa siendo de displasia leve y la mujer tiene una edad de 50 años o más, será referida a la clínica de colposcopia para su valoración; en cambio, si es el mismo resultado y la mujer es menor de 35 años, continuará en control en el centro de salud (13)

Para los casos de cáncer invasor, éstos son referidos a los centros oncológicos o unidades hospitalarias con unidad de oncología; el tratamiento dependerá del grado de avance del cáncer. Entre los tratamientos se encuentran la histerectomía, la radioterapia y la quimioterapia o una combinación de ellos. Se resalta de nuevo la importancia de la detección temprana, mientras más inicial sea, se tienen mayores probabilidades de éxito con el o los tratamientos (13).

2.3 Fístula recto vaginal

Se define como fístula recto vaginal al paso de aire o heces a la vagina a través de un trayecto que comunica las dos superficies epiteliales entre el recto y la vagina, las fístulas, se clasifican de acuerdo con su localización como bajas, medias y altas. Aquellas que están cerca de la parte posterior de la horquilla vaginal son denominadas bajas, las fístulas altas se encuentran en la proximidad del cérvix, y aquellas que están entre las bajas y altas son denominadas fístulas intermedias (3).

Las neoplasias obstétricas probablemente sea hoy día la causa más frecuente de fístula recto vaginal. De tal manera que antes de 1997 el 3,8% de las FRV se asociaban a radioterapia y en nuestros días esta cifra alcanza casi el 50%.

2.3.1 Causas

En la etiología de la fístula recto vaginal se incluyen la lesión obstétrica, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), antecedentes de radiación, el cáncer, la

fístula criptoglandular y las complicaciones postoperatorias. La radiación de la pelvis utilizada comúnmente para tratar cánceres de recto, cuello uterino o endometrio, puede producir isquemia crónica e inflamación que puede progresar a úlceras y fístula recto vaginal (14).

Los procesos malignos, incluidos el cáncer de recto, cérvix, útero y vagina pueden contribuir a la presencia de una fístula recto-vaginal (3).

De acuerdo con la teoría criptoglandular, la infección de las glándulas interesfinterianas es el suceso inicial en la formación de una fístula anal. El proceso infeccioso puede propagarse por diferentes vías y aprovechar los distintos espacios anatómicos, que pueden funcionar como lugares de distribución de la infección que dan lugar a la gran variabilidad morfológica de estas fístulas (15).

Los factores de riesgo para el desarrollo de fístula recto-vaginal incluyen:

- Anormalidades anorrectales congénitas
- Trauma obstétrico
- Cirugía ginecológica o colorrectal
- Trauma violento
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Infecciones perianales
- Radiación de la pelvis
- Cáncer

2.3.2 Clasificación

Se clasifican como simples o complejas en función de su tamaño, localización y etiología subyacente. En las simples la FRV se localiza baja en el septo recto-vaginal o complejo esfinteriano anorrectal, tiene un diámetro inferior a 2,5 cm y son de origen obstétrico o infeccioso. En las complejas la FRV se encuentra más alta en el tabique recto vaginal proximal al complejo esfinteriano anorrectal, con más de 2,5

cm de diámetro, y es causada por la radiación, una neoplasia maligna, o la enfermedad inflamatoria intestinal (14).

2.3.3 Diagnóstico

Las pacientes refieren emisión de gases o heces por la vagina, de igual forma pueden manifestar flujo vaginal, infecciones urinarias o vaginales recurrentes, dolor perineal o dispareunia. Es importante que en la evaluación se determine la causa subyacente, valorando la existencia de lesión esfinteriana y la calidad de los tejidos. En la exploración rectal, permitirá determinar el tono del esfínter, grosos del cuerpo perineal, así como la presencia de masas o estenosis en el recto (14).

En la exploración física, el tacto rectal permitirá determinar el tono del esfínter, el grosor del cuerpo perineal, así como valorar la presencia de masas o estenosis en el recto o canal anal (14).

Por último, como parte de la valoración global de la FRV y de forma previa a la cirugía, se debe realizar una ecografía endoanal para valorar la complejidad de la fístula y la integridad del aparato esfinteriano (14). Esto es de particular importancia si se plantea una desfuncionalización temporal o definitiva de la FRV(16).

En caso de sospecha de una EII o cáncer de recto como causa de la FRV debe realizar una colonoscopia y en general en toda paciente con FRV de reciente diagnóstico, sin historia de EII o trauma obstétrico, debe descartarse una neoplasia pélvica como causa potencial mediante la realización de una tomografía (14).

2.3.4 Tratamiento

Tras un diagnóstico adecuado, el cirujano debe planificar el momento de la cirugía y la vía de abordaje. En general son cuatro las principales vías de acceso: transanal, vaginal, perineal o abdominal. La decisión dependerá de varios factores: la

localización, (alta o baja), la causa, la calidad de los tejidos, historia de cirugía previa y el grado de incontinencia asociada (14).

La reparación exitosa de la fístula incluye la movilización del tejido circundante y la completa escisión del tracto fistuloso que aseguren la reaproximación de los tejidos sin tensión. El propósito de los procedimientos de transferencia de tejidos es proveer neovascularización y un área saludable, libre de tensión que reemplace el lugar de la fístula (3).

La colostomía se considera fundamental para el éxito de la reparación de las fístulas inducidas por cáncer, los grandes defectos recto-vaginales (mayor a 4 cm de diámetro) y algunas fístulas secundarias a enfermedad inflamatoria (3).

3. HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 51 años con antecedente de Cáncer Cervicouterino, la cual recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia en 2013, inicia padecimiento actual en 2019 con infección de vías urinarias es tratada por medico particular con antibióticos y analgésicos, acude a valoración 2020 por dolor a miccional, así como salida de orina en vagina, se realiza USG y detecta fistula recto vaginal y vesico-vaginal, se informa sobre tratamiento a seguir y pierde seguimiento por 1.5 años.

Acude a urgencias 23/10/2021 por síndrome doloroso visceral perineal secundario a fístulas vesico-vaginal y rectovaginal, sin datos de fiebre, quien se hospitaliza por fístula, se brinda tratamiento farmacológico; tramadol 200mg en 100ml de Solución salina 0.9% IV para 24hrs, paracetamol 1g iv cada 8hrs, butilioscina 20mg iv cada 12, metoclopramida 10mg iv cada 8hrs, metoclopramida 10mg iv cada 8hrs, lactulosa 20ml v.o cada 24hrs, se realizan estudios de laboratorio; Leu 9.15, Hb 9.4, Hto 31.3%, Pla_q 498.000, Na 142, K 4.2, Cl 109, TP 13.7, TTPA 37.8, INR 1.27, FA 105, Ca 9.7, P 4.3, Mg 1.98, TGO 25, TGP 19, GGT 47, DHL 165, BT 0.07, Proteínas 7.6, Alb 4.1 Glob 3.5, Gluc 97, BUN 17.3, Urea 37, Creat 1.40, AU 8.2.

Se realiza TAC de Tórax y abdomen y se visualiza; engrosamiento de pared vaginal anterior. Se programa para cirugía de conducto ileal más colostomía y posteriormente sube a Hospitalización.

4. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente femenino de 55 años, el cual acude a urgencias con dolor intermitente en regio vaginal tipo urente y cólico, sin irradiaciones aumenta con la sedestación, deambulación, uresis y evacuaciones, refiriendo salida de evacuaciones y diuresis a través de conducto vaginal. Presentando los siguientes datos de relevancia: Tensión arterial (T.A) 100/70mmHg, Frecuencia Cardiaca (F.c): 80 lpm, Frecuencia respiratoria (F.r): 19 rpm, Temperatura: 37.1°C, Saturación de Oxígeno: 99%. Peso 70kgs, Talla: 1.60m, IMC: 27.34, IVSA 22 años, Partos 1, Cesáreas 1, Aborto 1, Gestas 3, Parejas sexuales 1.

Niega antecedentes heredofamiliares de alguna enfermedad. Niega alergias, toxicomanías, enfermedades crónico-degenerativa. Refiere hábitos higiénico-dietéticos regulares en cantidad y calidad, cuenta con esquema de vacunación completo.

4.1 Exploración física

Paciente consciente, tranquila, orientada, normocéfalo, pupilas normo reactivas, con movimiento involuntario en ojo izquierdo, mucosas integras e hidratadas, adecuada coloración de tegumentos, tórax simétrico sin datos de dificultad respiratoria, abdomen blando y depresible al tacto, con colostomía en flanco izquierdo, estoma sin datos de retracción, con adecuada protrusión, conducto ileal funcional en flanco derecho, sin datos de hematuria ni sedimentos, herida quirúrgica no infectada, sin proceso inflamatorio e integra, sin datos de infección ni salida de líquido purulento, catéter venoso periférico en miembro torácico izquierdo permeable con una base de solución salina 0.9% para 8hrs, llenado capilar menor a 2 seg, tórax simétrico, adecuada respiración, sin estertores ni sibilancias, miembros inferiores íntegros.

4.2 Patrones alterados

Dominio 11: Seguridad/ Protección

La paciente se encuentra postoperada de Conducto Ileal + Colostomia por lo que es importante establecer un plan de cuidados para la herida quirúrgica.

Dominio 03: Eliminación/ Intercambio

La paciente refiere poca movilidad intestinal, escasas evacuaciones

Dominio 05: Percepción/ Cognición

La paciente desconoce la causa de su proceso patológico, por lo que es de importancia brindarle los conocimientos que requiere para atender de una manera adecuada su salud.

5.INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
<p>Femenino.</p> <p>51 años.</p> <p>Dx: Anterior: cáncer cervicouterino.</p> <p>Dx Actual: Fístula recto vaginal</p> <p>-Paciente postoperada de conducto ileal más Colostomía.</p> <p>- Expresa poca movilidad intestinal.</p> <p>- Desconoce la causa de su proceso patológico</p>	<p>-Herida quirúrgica.</p> <p>-Colostomía funcional.</p> <p>-Conducto ileal funcional.</p>	<p>Diagnóstico</p> <p>Real</p>	<p>Dominio 11: Seguridad/Protección.</p> <p>Clase 2: lesión física.</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular</p> <p>(00044)</p>	<p>-Procedimiento quirúrgico, radioterapia</p>	<p>-Lesión tisular</p>	<p>Deterioro de la integridad tisular. (00044)</p> <p>R/C</p> <p>Procedimiento quirúrgico, radioterapia.</p> <p>M/P</p> <p>Lesión tisular</p>

NANDA / NOC

PLACE's DE: Deterioro de la integridad tisular. (00044)						
NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
2	Cirugía	Urgencias	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 11		CLASE: 2	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO: II	CLASE: L			
		Salud fisiológica	Integridad tisular			
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Deterioro de la integridad tisular. (00044) FACTORES RELACIONADOS: Procedimiento quirúrgico, radioterapia CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Lesión tisular		Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)		110101- Temperatura de la piel 110104 - Hidratación 110113 - Integridad de la piel 110121- Eritema 110117 - Tejido cicatrizal.	1- Grave. 2- Sustancial. 3- Moderado. 4- Leve. 5- Ninguno Mantener a: 2 (b) Aumentar a: 4 (d)	Logrado: 18 - 25 -En vías de lograrse: 11 - 17 -No logrado: 5 - 10

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: 2. Fisiológico complejo.	CLASE: L. Control de la piel/heridas.
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 3440 cuidados del sitio de incisión.	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>344001 -Explicar el procedimiento al paciente</p> <p>344002 -Inspeccionar el sitio de incisión, por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.</p> <p>344003 -Observar las características del drenaje.</p> <p>344005- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.</p> <p>344009- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.</p> <p>344007- Observar signos y síntomas de infección.</p> <p>344008- Limpiar la zona que rodee cualquier sitio de drenaje o tubo con drenaje.</p> <p>344010- Mantener la posición de cualquier drenaje.</p>	<p>-Es de vital importancia que el paciente conozca que procedimiento se va a realizar, despegarle de cualquier duda, ya que se ha demostrado que la ansiedad que generan los procedimientos tiene como repercusión el retraso de la herida quirúrgica.</p> <p>-Es importante valorar el sitio de incisión, identificar posibles signos y síntomas de infección que contribuyan a la formación de microorganismos, que afecten el proceso de cicatrización, identificando coloración, secreción, características del drenaje y olor.</p> <p>-Se deberá de identificar el tipo de herida, para así poder realizar un manejo adecuado de esta misma, manejando todo con una técnica adecuada, así como una solución adecuada, con el fin de evitar la proliferación de microorganismos que contribuyan al retraso de la cicatrización.</p> <p>-El personal de salud deberá de conocer e identificar los signos y síntomas de infección a través de una adecuada exploración física, así</p>

<p>344017- Instruir al paciente sobre la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.</p> <p>344019- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de la infección.</p>	<p>como una adecuada valoración, la cual nos permitirá conocer el estado de salud del paciente, permitiendo realizar intervenciones que mejoren el estado de salud del paciente.</p> <p>-Un aspecto importante en la recuperación del paciente es la enseñanza. El personal de enfermería deberá de brindar la información necesaria para que el paciente pueda cuidar de su herida durante las actividades diarias de su vida.</p>	
<p>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1.- Herdman, H., Kamitsuru, S., Takáo. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023 12ª Edición. Editorial Elsevier. Barcelona España 2021.</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en Salud 6ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019.</p> <p>3.- Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019.</p>		
<p>ELABORÓ: FRANCISCO ANTONIO GALICIA LÓPEZ</p>	<p>ASESORÓ: LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY</p>	<p>FECHA: MAYO 2021</p>

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<p>Femenino.</p> <p>51 años.</p> <p>Dx: Anterior: cáncer cervicouterino. Actual:</p> <p>Fístula recto vaginal</p> <p>-paciente postoperada de conducto ileal más Colostomia.</p> <p>- Expresa poca movilidad intestinal.</p> <p>- Desconoce la causa de su proceso patológico</p>	<p>-Escasa información sobre el procedimiento</p>	<p>Diagnostico real</p>	<p>Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 4: Cognición.</p>	<p>Conocimientos deficientes (00126)</p>	<p>- Información insuficiente</p>	<p>- Inseguridad -Miedo -Ansiedad</p>	<p>Conocimientos deficientes (00126) R/C Información insuficiente. M/P Conocimiento insuficiente.</p>

NANDA / NOC

PLACE's DE: Conocimientos deficientes. (00126)						
NIVEL:	ESPECIALIDAD:	SERVICIO:	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.			
2	Cirugía	Urgencias	PLAN DE CUIDADOS			
DOMINIO: 5	CLASE: 4	RESULTADOS (NOC)		INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO: IV Conocimiento y conducta de salud	CLASE: S Conocimientos sobre salud	161507 -Vacía la bolsa de ostomía	1- Grave. 2- Sustancial. 3- Moderado. 4- Leve. 5- Ninguno Mantener a: 2 (b) Aumentar a: 4 (d)	Logrado: 18 - 25 -En vías de lograrse: 11 - 17 -No logrado: 5 - 10
ETIQUETA DIAGNÓSTICA: Conocimientos deficientes (00126) FACTORES RELACIONADOS: Información insuficiente. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Conocimiento insuficiente.		-Autocuidado de la ostomía (1829)		161509 - Controla las complicaciones 161513 - Evita alimentos flatulentos 161514 -Mantiene ingesta adecuada de líquidos 161520 -Mantiene cuidado de la piel alrededor de la ostomía		

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
CAMPO: 1. Fisiológico básico.	CLASE: B. Control de la eliminación.	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 0480 Cuidados de la ostomía	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>48001-Instruir al paciente en la utilización del equipo/ cuidados de la ostomía</p> <p>48013- Explicar al paciente los cuidados en su rutina diaria</p> <p>48008 -Cambiar/ vaciar la bolsa de ostomía según corresponda</p> <p>48010 -Ayudar al paciente a practicar los autocuidados</p> <p>48012 -Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente.</p> <p>48007 -Vigilar la curación del estoma/ tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía</p> <p>48005- Observar la curación de la incisión</p>	<p>- Brindar información necesaria sobre el uso correcto del equipo de ostomía, colocación correcta, tamaño correcto, evitara futuras complicaciones en el estoma.</p> <p>-Es importante explicar al paciente sobre los cuidados que debe de tener al realizar actividades en su día a día, con el fin de evitar alguna alteración en el estoma.</p> <p>-La enseñanza al paciente sobre el cuidado de la bolsa es importante, esto evitara infecciones, laceraciones en piel y un mejor uso de la bolsa, es importante que el paciente y la familia conozca sobre el correcto uso y cambio de la bolsa de colostomía.</p> <p>-La familia y el paciente deberán conocer e identificar los signos y síntomas de infección en el sitio de incisión, así como olor, enrojecimiento, secreción, que pudiera llegar a presentar la herida.</p>	
<p>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>1.- Herdman, H., Kamitsuru, S., Takáo. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023 12ª Edición. Editorial Elsevier. Barcelona España 2021.</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en Salud 6ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019.</p> <p>3.- Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019.</p>		
<p>ELABORÓ: FRANCISCO ANTONIO GALICIA LÓPEZ</p>	<p>ASESORÓ: LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY</p>	<p>FECHA: MAYO 2021</p>

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

DATOS SIGNIFICATIVOS	AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	TIPO DE DIAGNOSTICO	IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO	CATEGORÍA DIAGNOSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNOSTICO ENFERMERO
<p>Femenino.</p> <p>51 años.</p> <p>Dx: Anterior: cáncer cervicouterino.</p> <p>Actual:</p> <p>Fístula recto vaginal</p> <p>-paciente postoperada de conducto ileal más Colostomia.</p> <p>- Expresa poca movilidad intestinal.</p> <p>- Desconoce la causa de su proceso patológico</p>	<p>-Motilidad intestinal disminuida</p> <p>-Evacuaciones escasas</p>	<p>Diagnóstico de riesgo</p>	<p>Dominio 3: Eliminación e intercambio</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal</p>	<p>Riesgo de estreñimiento. (00015)</p>	<p>Disminución de la motilidad intestinal.</p>	<p>_____</p>	<p>Riesgo de estreñimiento (00015)</p> <p>R/C</p> <p>Disminución de la motilidad intestinal.</p>

NANDA / NOC

PLACE's DE: Riesgo de estreñimiento (00015)					
NIVEL: 2	ESPECIALIDAD: Cirugía	SERVICIO: Urgencias	SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC.		
			PLAN DE CUIDADOS		
DOMINIO: 3		CLASE: 2		RESULTADOS (NOC)	INDICADORES
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.)		DOMINIO: II Salud fisiológica.	CLASE: F Eliminación		ESCALA DE MEDICIÓN
<p>ETIQUETA DIAGNÓSTICA:</p> <p>Riesgo de estreñimiento (00015)</p> <p>FACTORES RELACIONADOS:</p> <p>Disminución de la motilidad intestinal.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:</p> <hr/>		<p>- Eliminación intestinal (0501)</p>		<p>50101-Patrón de eliminación</p> <p>50103- Color de las heces</p> <p>501110 -Estreñimiento</p> <p>50129 -Ruidos abdominales</p> <p>50104 -Cantidad de heces en relación con la dieta</p>	<p>1- Grave.</p> <p>2- Sustancial.</p> <p>3- Moderado.</p> <p>4- Leve.</p> <p>5- Ninguno</p> <p>Mantener a: 2(b)</p> <p>Aumentar a: 4(d)</p>
					<p>-Logrado: 18 - 25</p> <p>-En vías de lograrse: 11 - 17</p> <p>-No logrado: 5 - 10</p>

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		
CAMPO: 1 Fisiológico: Básico. Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.	CLASE: B: Control de la eliminación.	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: Control intestinal (0430)	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES:	
ACTIVIDADES: 43001- Anotar la fecha de la última defecación 43002- Monitorizar evacuaciones, frecuencia, consistencia, volumen y color 43003 -Monitorizar sonidos intestinales 43006- Monitorizar signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impacto 43009- Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado 43015 -Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras 43014 -Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos 43010 -Instruir al paciente/ familiares a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.	<p>-En pacientes con problemas intestinales, es importante llevar un registro de las evacuaciones, en caso de que se presente alguna alteración (Estreñimiento), para así valorar acciones que mejoren el problema.</p> <p>-Conocer el tipo de evacuación permitirá identificar el tipo de estreñimiento que pudiera estar cursando el paciente, de acuerdo con la escala de Bristol se manejan las siguientes clasificaciones; Estreñimiento importante, ligero estreñimiento, normal, falta de fibra, ligera diarrea, diarrea importante).</p> <p>-Los sonidos intestinales son importantes ya que nos permiten identificar un adecuado funcionamiento del sistema digestivo.</p> <p>-Parte fundamental de la recuperación es la enseñanza hacia el paciente y la familia, es vital que conozcan, identifiquen los alimentos que puedan alterar su motilidad intestinal y consistencia de las heces.</p>	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1.- Herdman, H., Kamitsuru, S., Takáo. NANDA Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2021-2023 12ª Edición. Editorial Elsevier. Barcelona España 2021. 2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC): Medición de resultados en Salud 6ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019. 3.- Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 7ª Ed. Editorial Elsevier. Barcelona España 2019.		
ELABORÓ: FRANCISCO ANTONIO GALICIA LÓPEZ	ASESORÓ: LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY	FECHA: MAYO 2021

6. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

- La utilidad de identificar las lesiones en trigonales o infratrigonales es importante en relación con el plan de manejo quirúrgico, pronóstico y complicaciones esperadas principalmente en lesiones trigonales.

-Es necesario evaluar en todas las pacientes con FRV el tracto urinario superior, ya que en un 10% de los casos coexiste con una fístula ureterovaginal.

- Como pruebas clínicas complementaria, ante la sospecha de FVV la cual se puede realizar utilizando las siguientes sustancias: - Azul de metileno o índigo carmín (A través de introducción de solución por sonda en vejiga) y visualización vaginal inmediata. - Clorhidrato de fenazopiridina (Administrando por vía oral). - Leche estéril.

- La falta de identificación de alguna mancha del tampón puede indicar una pequeña fístula o la fístula ureterovaginal.

- Se recomienda utilizar una técnica aséptica para cambiar o retirar el vendaje de la herida quirúrgica.

- El balance beneficio-riesgo de las estrategias de prevención de eventos trombóticos debe ser individualizado y basado en la historia clínica del paciente, interacciones farmacológicas, tipo de anestesia, el riesgo de trombosis y sangrado de la intervención, principalmente.

7. EVOLUCIÓN

La paciente fue dada de alta días posteriores a su intervención, manteniendo un adecuado manejo de la colostomía, identificando signos y síntomas de infección, sin datos de picos febriles, con una dieta baja en grasas, con una herida quirúrgica afrontada, sin datos de infección, colostomía sin datos de aversión, se da de alta paciente con tratamiento farmacológico de; Paracetamol 1g vo c/8 hrs, itoprida 50mg vo c/8hrs, ampicilina 1g vo c/12hrs, ciprofloxacino 500 mg vo c/12h.

Seguimiento con Ginecología.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vela Flórez L, Turrado Sánchez E, Piñeiro Vidal MJ, Correa Orbán I. El adenocarcinoma de cérvix como causa infrecuente de sangrado vaginal en la mujer joven. [internet]España.; [Citado el: 16 de abril 2013] [Consultado en: abril 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-adenocarcinoma-cervix-como-causa-S1138359312000214#:~:text=El%20adenocarcinoma%20villoglandular%20papilar%20de%20c%C3%A9rvix%20suele%20presentarse%20cl%C3%ADnicamente%20como,separadas%20por%20un%20estroma%20fibroso.>
2. Terán Figueroa Y, García Díaz J, González Rubio MV, Gaytán Hernández D, Gutiérrez Enríquez SO. Mortalidad y supervivencia por cáncer cervicouterino en beneficiarias del Seguro Popular en el estado de San Luis Potosí, México. [internet]. [Citado el : 2012]. [Consultado en : Abril 2022] Disponible en: <https://www.actauniversitaria.ugto.mx/index.php/acta/article/view/2412/3558>
3. Bannura C. G, Contreras P. J, Melo L. C, Barrera E. A. Espectro Clínico De La Fistula Rectovaginal: Análisis De 38 Pacientes. Rev Chil Obstet Ginecol. universidad de chile. [internet]. [Citado en agosto del 2002]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000300010
4. Borda Mederos LA, Fuentes Rivera Carmelo MA, Monzón Vilca M, Marcos Quispe JL. [Martius procedure in complex anorectal-vaginal fistula management: five-case report]. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. [Citado en diciembre del 2018]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30118468>

5. Vj OG, Mv BG, A PM, I BO, A IS. Tratamiento quirúrgico de la fístula recto-vaginal secundaria a cirugía colorrectal oncológica. España. [Internet]. [Citado en diciembre del 2013]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: https://mgyf.org/wpcontent/uploads/2017/revistas_antes/V2N10/V2N10_285_290.pdf
6. Castillo Cañadas AM. Anatomía y fisiología del aparato reproductor. Complejo Hosp Univ Albacete [Internet]. [Citado en 2017]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111102_1.pdf
7. Fallis A. Aparato Reproductor femenino. Col Of Barcelona. [Internet]. [Citado en 2013]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/105/Sistema%20reproductor%20femenino.pdf?1358605661>
8. Bravo Polanco E, Águila Rodríguez N, GuerraVillar panda D, Blanco Vázquez Y, Rodríguez González O, Oliva Santana M. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. MediSur. [Internet]. [Citado en mayo del 2020]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4648/3224>
9. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabr é K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultos jóvenes. Rev Cuba Obstet y Ginecol. [Internet]. [Citado en enero del 2018]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017

10. Zaldívar-Lelo De Larrea G, Martín-Molina F, Sosa-Ferreyra CF, Ávila-Morales J, Lloret-Rivas M, Vega-Malagón G. Cáncer cervicouterino y virus del papiloma humano. Gac Mex Oncol. [Internet]. [Citado en 2011]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000400014
11. Torres-poveda KJ, Arredondo-lópez AA, Duarte-gómez MB. La mujer indígena, vulnerable a cáncer cérvicouterino: Perspectiva desde modelos conceptuales de salud pública. Salud en Tabasco. [Internet]. [Citado en 2008]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711373006.pdf>
12. Vasilev SA, Lentz SE. Intraoperative and Perioperative Considerations in Laparoscopy. Gynecol Oncol Evidence-Based Perioper Support Care Second Ed. [Internet]. [Citado en 2011]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://ijgc.bmj.com/content/early/2019/03/15/ijgc-2019-000356>
13. Navarro-Reynoso FP. El ejercicio actual de la medicina. Cir Cir. [Internet]. [Citado en 2015]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc043n.pdf>
14. Valverde G, Terrán A. Actualización Fístula rectovaginal y rectouretral. Cir Andaluza. [Internet]. [Citado en 2018]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2013/2013-vol24-n1-2-act4.pdf>

15. Moreno-Selva RLL, Gómez-García MT, Nogueira-García J, Gómez-Alarcón A, Ruiz-Sánchez ME, Merlo GG De. Tratamiento no quirúrgico de la fístula rectovaginal. a propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex. [Internet]. [Citado en 2015]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom156d.pdf>
16. Bannura C. G, Barrera E. A, Melo L. C, Illanes F. F, Gallardo V. C. Alternativas quirúrgicas en el manejo de la fístula rectovaginal: experiencia de 25 años. Rev Chil Cir. [Internet]. [Citado en 2017]. [Consultado en: Abril 2022] Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000200010