



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCOPIA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
SERVICIO CIRUGÍA “A”



**INCIDENCIA DE FISTULAS VESICOVAGINALES EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍAS PREVIAS EN CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”. PERIODO ENERO 2019- JUNIO 2021**

AUTOR: Dra. María Alejandra Sevilla Pineda
TUTOR: Dr. Alexis Ramón Riera Lugo

VALENCIA, MAYO 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:


INCIDENCIA DE FISTULAS VESICOVAGINALES EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍAS PREVIAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA. PERIODO ENERO 2019- JUNIO 2021

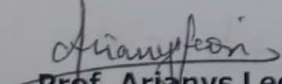
Presentado para optar al grado de **Especialista en Cirugía General** por el (la) aspirante:

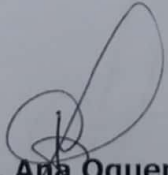
SEVILLA P., MARIA
C.I. V – 24293603

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Alexis Riera C.I. 7495425, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/05/2022**


Prof. Alexis Riera (Pdte)
C.I. 7445425
Fecha 6/5/2022


Prof. Arianys León
C.I. 18224359
Fecha 06/05/22


Prof. Ana Oquendo
C.I. 1858812
Fecha 6/05/2022

TG:09-22

TG-CS: 09-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO


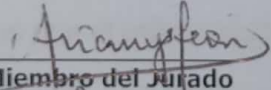

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"INCIDENCIA DE FISTULAS VESICOVAGINALES EN PACIENTES CON HISTERECTOMÍAS PREVIAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA. PERIODO ENERO 2019-JUNIO 2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): **SEVILLA P., MARIA** titular de la cédula de identidad N° **V-24293603**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 2-5-2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 6-5-2022.

RESOLUCIÓN

Aprobado: ✓ Fecha: _____ . *Reprobado: _____ Fecha: _____ .

Observación: _____

 _____ Presidente del Jurado Nombre: <u>Alexander</u> C.I. <u>744148</u>	 _____ Miembro del Jurado Nombre: <u>Arianys Leon</u> C.I. <u>18224359</u>	 _____ Miembro del Jurado Nombre: <u>Angela</u> C.I. <u>19899128</u>
--	--	--

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA GENERAL Y LAPAROSCOPIA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”
SERVICIO CIRUGÍA “A”**



**INCIDENCIA DE FISTULAS VESICOVAGINALES EN PACIENTES CON
HISTERECTOMÍAS PREVIAS EN CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE
TEJERA”. PERIODO ENERO 2019- JUNIO 2021.**

**AUTOR: Dra. María Alejandra Sevilla Pineda
TUTOR: Dr. Alexis Ramón Riera Lugo**

RESUMEN

La fistulas vesicovaginal (FVV), es una comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, la cual produce fuga continua de orina a través de la vagina. La misma es una lesión quirúrgica producida durante la histerectomía u otras cirugías pélvicas. La incontinencia urinaria a causa de la FVV, representan un problema de salud integral de la mujer. El objetivo de esta investigación fue analizar la incidencia de fistulas vesicovaginales en pacientes con histerectomías previas, en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período Enero 2019- Junio 2021. El diseño de la investigación fue descriptivo, longitudinal y retrospectivo, estudiándose 639 sometidas a histerectomía. Para la recolección de datos se recurrió al método de revisión de las historias clínicas. De un total de pacientes 7 fueron diagnosticados clínicamente con fistula vesicovaginal, representando el 1,09% de incidencia. El 71,4% de las pacientes estaban en edad entre 40-49 años, mientras que, 71,4% tuvieron como diagnóstico clínico preoperatorio fibromatosis uterina. Los hallazgos clínicos fueron: incontinencia urinaria continua, escape de orina tipo goteo, sensibilidad abdominal y hematuria, signos y síntomas detectados en un 71,4% después de las 24 hrs de postoperatorio y el 28,5% durante las primeras 24 hrs.

Palabras clave: Fistula vesicovaginal, histerectomía, fibromatosis uterina, incontinencia urinaria.

INDICE

Introducción	4
Materiales y Métodos	9
Resultados de la Investigación.....	10
Discusión de Resultados	11
Conclusión	13
Referencia Bibliográfica... ..	14
Anexo 1 Tabla de Resultados.....	19
Anexo 2 Variables del Estudio.....	24
Anexo 3 Instrumento de Recolección de Información	27

INTRODUCCIÓN

La vejiga urinaria es un órgano hueco de fibra muscular lisa, situada en la parte antero inferior de la cavidad pélvica, unida por ambos lados a los riñones mediante los uréteres, sus funciones son almacenar y vaciar la orina, proceso realizado mediante el control de la uretra¹. Siendo la uretra un tubo fibromuscular conductor de la orina desde la vejiga hasta el meato externo, participando de esta manera en la continencia urinaria, a través de un mecanismo donde participa el rabdoesfínter, la mucosa uretral, el plexo vascular submucoso y el tejido conjuntivo colágeno y elástico².

De esta manera, la continencia urinaria depende de la integridad e inervación de la vejiga, el suelo pélvico, la uretra y el control del sistema nervioso central, pues la micción normal implica la liberación de la actividad inhibitoria del córtex cerebral sobre el centro pontino, mecanismo de producción de una cascada de impulsos eferentes inductores de la relajación del esfínter uretral estriado, el músculos del suelo pélvico y del esfínter uretral interno, seguido de la contracción continua del detrusor y apertura del cuello vesical, procesos que dan paso a la micción³.

Desde ese entendido, las alteraciones anatómicas e incluso alteraciones en los mecanismos de la micción, producen incontinencia, despojando a la micción el carácter de acto voluntario, al trastornar la coordinación necesaria entre el detrusor, el cuello vesical y esfínter externo⁴. Particularmente, en la incontinencia urinaria, se produce pérdida involuntaria de orina, pudiendo presentarse la misma por esfuerzo, urgencia, continua, ocasional o mixta⁵. Entre estas, la incontinencia por esfuerzo o continua, son los tipos producidas por la fistulas vesicovaginales.

Las fistulas vesicovaginales (FVV) consisten en una comunicación anormal entre el epitelio vaginal y vesical, resultando la fuga continua de orina a través de la vagina⁶. Constituye una de las lesiones quirúrgicas de ocurrencia más frecuentemente durante la histerectomía y en menores porcentajes durante otras cirugías pélvicas⁷. Se estima que la incidencia de la FVV por histerectomía es del 1%, catalogándose como las más frecuente de las fistulas iatrogénicas, ocurriendo en 1 de cada 1800 pacientes sometidas a este procedimiento, de las cuales el 75% son histerectomía por enfermedad benigna⁶⁻⁸

De ahí que la FVV es una lesión de la vejiga que habitualmente consiste en una cistotomía en cúpula vaginal inadvertida, desarrollándose la fístula en la pared anterior de la vagina a la altura de dicha cúpula⁹. En el caso de la histerectomía, el trauma quirúrgico puede surgir por suturación errada de la vejiga durante el cierre del muñón vaginal, provocando necrosis tisular y subsecuentemente la fístula, o producirse por la disección roma excesiva de la vejiga, causando isquemia o desgarró de la pared vesical posterior¹⁰.

Dado los daños, las FVV son consideradas una complicación de significativa preocupación de los cirujanos, porque altera la calidad de vida, dada la incontinencia urinaria, el dolor e incluso sangrado con la micción¹¹. Por tratarse de una incontinencia extra uretral, continua de esfuerzo, no está asociada al deseo de miccional, ni a una sensación previa, y la pérdida oscila entre gotas a chorro, dependiendo del tamaño de la fístula y la intensidad del esfuerzo. Estas manifestaciones sugestivas forman parte del diagnóstico de FVV, sumado a la dermatitis perineal, infección de vías urinarias de repetición, dolor abdominal o íleos¹².

La confirmación diagnóstica se realiza mediante el examen físico, la cistoscopia o la urografía excretora, particularmente, en la anamnesis es fundamental la valoración de la frecuencia, si es continua o de esfuerzo; tipo de escape, si es goteo o chorro; mientras que en el examen físico debe hacerse la exploración abdominal, los casos con fístula ureterovaginal, pueden presentar hipersensibilidad abdominal o en el flanco del lado afectado, ya sea por obstrucción o extravasación¹⁰. Los hallazgos deben complementarse con la exploración ginecológica detallada, identificando las características de los tejidos, ya que en los cuadros agudos la mucosa puede presentar aspecto eritematoso, dificultando la observación del orificio fistuloso¹³.

No obstante, la clínica más significativa de las FVV es la incontinencia y su impacto sobre la calidad de vida de las pacientes, por su repercusión negativa en aspectos de la vida diaria, disminuyendo la interacción social, provocando aislamiento, limitando las actividades físicas, la práctica deportiva, obligando a cambios de hábitos de ingesta de líquido y pérdida de la actividad sexual, aumentando así los riesgos de problemas psicológicos, tales como pérdida de la autoestima, apatía, depresión y sentimientos de

culpabilidad¹⁴. En síntesis, las consecuencias de la incontinencia urinaria a causa de la FVV, representan un problema de salud integral de la mujer.

Para estimar el grado de la incontinencia urinaria, asociada a la FVV, es necesario evaluar el funcionamiento de la vejiga, en lo que respecta a su capacidad de almacenamiento y reservorio urinario, así como la integridad de las estructuras anatómicas que participan en el vaciamiento del contenido de la vejiga¹⁵. La evaluación lleva implícita la objetivación del escape de orina, acción necesaria para precisar al examen físico la ubicación de la fistula, reconociendo la ubicación y características del orificio de origen, el trayecto y orificio de descarga¹⁶.

También es primordial reconocer el orificio de origen, dependiendo del emplazamiento de la solución de la continuidad, pueden ser del tracto superior o inferior de las vías urinarias; el orificio de descarga, consiste en el conducto anómalo o apertura entre los tractos genital y urinario, presentándose una continua pérdida de orina por la vagina, con la subsiguiente irritación de las regiones vulvar o vaginal¹⁷.

El diagnóstico de la FVV, incluye la exploración vaginal y la cistoscopia, valorando la localización y el tamaño del orificio fistuloso¹⁸. Se debe incluir entre los estudios paraclínicos el Test de Moir, consistente en el uso de los tres tampones, aplicado para detectar fugas de orina, colocando tres tampones vaginales en serie, instilándose azul de metileno en vejiga, se hace caminar a la paciente durante 15 minutos, se retiran y examinan los tres tampones, si el tampón distal está teñido de azul puede presumirse la presencia de incontinencia urinaria transuretral y no fístula, y si el tampón húmedo y teñido es el más alto es probable que exista una fístula vesicovaginal¹⁹.

La cistoscopia y la pielografía son estudios imprescindibles en la evaluación de una fístula vesical, y en fistulas complicadas la urografía excretora es de mucha utilidad, pues revela la lesión ureteral, y se pueden tener fases cistográficas, describiendo las características vesicales, su tamaño, capacidad y localización del trayecto fistuloso¹⁹. También resulta útil la cistografía oblicua y la tomografía axial computarizada, sin embargo y todos los pacientes deben de tener cistoscopia y vaginoscopia, para localizar la ubicación exacta de la fístula y su relación con los uréteres, el diámetro, tamaño, y la causa de la fístula²⁰.

Los estudios diagnósticos citados, son fundamentales para el tratamiento de elección de las FVV, generalmente quirúrgico, debiendo el cirujano responder al objetivo técnico esperado, en cuanto a corregir la fistula, considerando otros factores que puedan acompañar la lesión, tales como la edad, peso y estilo de vida. Y son estos factores, criterios a considerar por el cirujano, al momento de seleccionar entre la técnica supra púbrica o reparación vaginal, eligiendo así el uso de colgajo peritoneal, Martius, epiplón o mucosa vaginal¹⁹.

Desde las descripciones, puede observarse que el abordaje diagnóstico y el tratamiento de las FVV, representan un desafío, debido a que la opción del tratamiento quirúrgico, está centrado en la reparación, en la aproximación de los tejidos limpios y vascularizados, en varias capas, utilizando material reabsorbible y colgajos de interposición en casos complejos¹¹. En este sentido las FVV representan un abordaje especializado de las unidades de urología, cuyo costo es significativo para la institución y la familia de las pacientes afectadas.

De ahí que, se considera relevante tomar las medidas dirigidas a la disminución de la incidencia de esta complicaciones quirúrgica, lo cual requiere de la precisión metodológica de la problemática, surgiendo la propuesta de este estudio, con el objetivo de analizar la incidencia de fistulas vesicovaginales en pacientes con hysterectomías previas atendidas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período Enero 2019- Junio 2021, aportando un marco teórico referencial fundamental para la mejora de la calidad de atención.

Sumado al objetivo general señalado, se proponen los siguientes objetivos específicos: identificar la incidencia de fistulas vesicovaginales con hysterectomías previas atendidas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el período Enero 2019- Junio 2021, según características demográficas; establecer la incidencia de fistulas vesicovaginales en pacientes con hysterectomías previas atendidas en el Servicio de Cirugía en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera durante el período Enero 2019- Junio 2021, según característica de la cirugía y precisar la incidencia de fistulas vesicovaginales en pacientes con hysterectomías previas

atendidas en el Servicio de Cirugía en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período Enero 2019- Junio 2021, según características clínicas.

Ahora bien, con el propósito de complementar la sustentación teórica de la investigación, se consideran diversos antecedentes de estudio, entre los que se cita el realizado por Rodríguez y Prado (2009)²¹, Fístula vesicovaginal. Modificación de técnica quirúrgica, bajo el objetivo de mostrar las ventajas de la modificación en la técnica quirúrgica, entre los años 2001 y 2008 en el servicio de Urología del Hospital Docente "Iluminado Rodríguez " de Jagüey Grande, Matanzas. Entre sus hallazgos destaca que, el 76% de los casos tuvieron una edad comprendida entre los 31 y 45 años, el 100 % de los casos estaban relacionados a intervenciones ginecobstétricas, (85.7%) por histerectomía abdominal y por histerectomía vaginal (14.3%).

Más adelante, Castillo, Hernández, González, López y Yáñez (2013)²², en la investigación sobre cirugía laparoscópica de la fístula vesico-vaginal: resultados de una experiencia multi institucional, siguiendo el objetivo de comunicar los resultados de una experiencia multi institucional en la reparación laparoscópica de las fístulas vesicovaginales, presentaron entre sus resultados que la edad media de las pacientes fue de 45,6 años (32 a 67 años), en todos los casos la causa de la fístula fue una histerectomía de causa ginecológica.

En el mismo año 2013, Montoya, Ledesma, Serrano y Moreno²³, desarrollaron el estudio titulado “Fístula vesicovaginal: abordaje abierto abdominal versus laparoscópico”, cuyo objetivo fue comparar el éxito y las complicaciones del abordaje abierto abdominal en comparación con el laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de pacientes con fístula vesicovaginal, encontraron que la media de edad fue de 42.8 y 41.4 años, las causas de las fístulas vesicovaginales identificadas fueron: histerectomía abdominal (94.4%) y cesárea (5.5%) en el Grupo I y el 100% del Grupo II la causa fue la histerectomía. Las indicaciones de la histerectomía fueron por miomatosis uterina en 25 pacientes y sólo un caso por indicación obstétrica.

Posteriormente, Zapata, Dávila, García, Reyna y Robles (2014)²⁴, en la investigación titulada: Reparación laparoscópica de fístula vesicovaginal: nuestra experiencia, el cual tuvo el objetivo de reportar los resultados obtenidos con la técnica de O'Connor

reproducida con abordaje o vía laparoscópica, se encontró que la edad media de los pacientes fue de 49.4 (40-60) años, la causa de la fístula: fue la histerectomía en el 100% pacientes y el 10,52 de las fistulas resultaron compleja.

De modo similar, López, Milián, Caravia, Caravia y Collazo (2016)²⁵, en el estudio titulado: Fístula vesico vaginal por complicaciones de la cirugía ginecobstétrica, realizada con el propósito de caracterizar las pacientes con complicaciones de la cirugía ginecobstétrica, presentaron entre los resultados destaca que la mayoría de las pacientes tuvieron un promedio de edad de 38 años, la causa ginecológica más frecuente fue el mioma uterino y la histerectomía el proceder quirúrgico empleado, siendo las FVV más comunes las postrigonales, únicas.

Finalmente, Espinoza A; A. Cardozo; C. Rojas; M. Petit y V. López (2019)²⁶, realizaron el trabajo: Reparación vía vaginal de la fístula vesico-vaginal (FVV): experiencia en un centro de atención terciaria en Venezuela, desarrollada con el objetivo de describir nuestra experiencia en el tratamiento de la FVV mediante cirugía por abordaje vaginal usando diferentes colgajos de interposición, se obtuvo entre los hallazgos que las pacientes tienen una edad entre 27 y 57 años, con un promedio de 44,84 años, y todas acudieron por incontinencia urinaria continua, con salida de orina transvaginal, confirmada por cistoscopia y vaginoscopia, e historia reciente de cirugía gineco-obstétrica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la investigación fue descriptivo, longitudinal y retrospectivo, estudiándose 639 pacientes que fueron intervenidas por histerectomía durante el periodo Enero 2019- Junio 2021, en el Servicio de Cirugía de la CHET, y que durante su hospitalización fueron diagnosticada clínicamente con fistulas vesicovaginales. Para la recolección se recurrió al método de revisión de las historias clínicas, aplicando como instrumento una ficha de datos diseñado para los fines de esta investigación. Los datos fueron tabulados y analizados con estadística descriptiva.

RESULTADOS ESPERADOS

Las pacientes con histerectomía realizadas en el Servicio de Cirugía de la CHET durante el período 2019 al 2021 (Tabla N° 1), se caracterizaron por estar en rango de edad entre 33 y 72 años, con una media de 45, 3 años, ubicándose la mayoría en edad comprendida entre 40-49 años (74%), seguida del grupo entre 30-39 años (13,1). En cuanto al estado civil, prevaleció las condiciones de unión libre (44,1%) y la soltera (43,1%); entretanto, el 10,7% afirmó ser de estado civil casada, el 1% divorciada y 0,6% viudas. Estas tendencias porcentuales, relativas a la edad y al estado civil se mantuvieron en los tres años de estudio, excepto un discreto aumento porcentual de 4,4% de mujeres en edad superior de 60 años en el año 2020, en comparación a 3% y 2,7% en los años 2019 y 2021 respectivamente.

En la Tabla N° 2 se puede observar en la distribución porcentual de los diagnósticos clínicos preoperatorio de las pacientes histerectomizadas, el predominio de las enfermedades benignas (94,2%), siendo la fibromatosis el diagnóstico más frecuente, con el 87% del total, seguida de Histeroceles (6,2%). Referente a los diagnósticos clínicos malignos, se aprecia una presentación de 5,3% del total de los casos, obteniendo el cáncer de cuello uterino un porcentaje de 2,1%, y el tumor de ovario el 1,7% de los pacientes.

De acuerdo a la Tabla N° 3, de la totalidad de pacientes con histerectomías previa (n 639), n 7 fueron diagnosticado clínicamente con fistula vesicovaginal, representando el 1,09% de incidencia. Además puede identificarse que el 100% de las pacientes diagnosticadas con fistulas vesico vaginal, pertenecen al grupo etario de adultas medias, el 71,4% en edad entre 40-49 años, y 28,5% en edad entre 50-59 años. Igualmente se evidencia que, el 85,6% de las pacientes con fistulas vesicovaginal tuvieron como diagnóstico clínico preoperatorio enfermedades benignas, identificándose fibromatosis en el 71,4% de los casos y 14,2% otras patologías; mientras que las pacientes con diagnósticos preoperatorio maligno, se ubicaron en el 14,2%.

La Tabla N° 4, hace posible apreciar que el tiempo postoperatorio al momento del diagnóstico clínico de la fistula vesicovaginal de las pacientes fue durante la

hospitalización, ubicándose el 71,4% después de las 24 hrs y el 28,5% las primeras 24 hrs. De la misma manera, la Tabla N° 5, muestra que en la evaluación clínica postoperatoria, la mayoría de las pacientes (71,4%), presentaron incontinencia continua, mientras que en el 28,5% la frecuencia fue de esfuerzo; además se observa en las pacientes que el escape de orina fue tipo goteo, en el 85,7% de los casos y tipo chorro en el 14,2%. Así mismo se determinó sensibilidad abdominal y hematuria en el 85,7% de las pacientes.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La edad de la mayoría de las pacientes a quienes se le practicó histerectomías en el servicio de cirugía de la CHET, durante Enero 2019- Junio 2021, coinciden con el referente bibliográfico, entre estos la investigación de Sánchez (2003)²⁷, la cual arrojó rango y media de edad similar, e igualmente se identificó el predominó de pacientes en edad de adultez media. Esta preponderancia de histerectomía en el grupo etario en mención, guarda relación con la alta incidencia de fibromatosis, ya que los miomas etiogenicamente son producto de la exposición de estrógenos y progesterona circulante, por lo que son más prevalentes durante los años reproductivos, observándose raramente durante la pubertad, y regresión después de la menopausia²⁸.

Referente al estado civil de las pacientes, la preminencia de solteras y unión libre, se corresponde con la procedencia de la mayoría de los pacientes que acuden a la CHET, generalmente de estratos sociales bajos, caracterizado por mujeres que conforman familias monoparentales, con historias de abandono y dificultades socioeconómicas²⁹. Aunque el estado civil no se considera un factor de riesgo para las enfermedades asociadas a la histerectomía, si constituye un factor a considerar en los efectos sociales de las fistulas vesicovaginales, sobre la calidad de vida de las pacientes, dado su alto impacto en el estilo de vida, desempeño laboral y gastos en salud¹¹⁻¹⁴.

En cuanto a los diagnósticos clínicos preoperatorio de las pacientes histerectomizadas, el predominio de la fibromatosis, es un hallazgo que se corresponde

con diferentes investigaciones publicadas, como la de Márquez, Barrabí, Armas y Rubinos (2014)³⁰ y Toledo (2011)³¹. Se debe considerar que, la histerectomía está indicada en mujeres con hemorragia aguda, que no responden a otros tratamientos, sobre todo, si han completado su paridad y tienen factores de riesgo para otras enfermedades, que se eliminaría o disminuye con la histerectomía, entre estas la neoplasia cervical, endometriosis, adenomiosis o hiperplasia endometrial³².

La incidencia de fistula vesicovaginal encontrada (1,09%), determinada mediante diagnóstico clínico, es un valor se correspondiente con la incidencia global ya conocida, entre 0,5 a 1% después de la histerectomía⁶. En todo caso, el hallazgo lleva a la revisión de los factores de riesgo para fistulas vesicovaginales, con particular atención a la técnica usada por el cirujano, puesto que las fistulas suelen ser producto de lesiones directas sobre la vejiga o el uréter, ocasionadas durante la intervención quirúrgica, a veces pasando inadvertidas o reparándose de forma inadecuada, produciéndose a necrosis tisular, por efecto de hematomas, abrasiones, o laceraciones, o fallas de cicatrización de posible punción, originándose de esta manera la fístula⁵⁻¹¹.

Con respecto a la alta frecuencia en la adultez media (40-59 años), es cónsono con los hallazgos de Castillo, Hernández, González, López y Yáñez (2013)²², Montoya, Ledesma, Serrano y Moreno (2013)²³ y Zapata, Dávila, García, Reyna y Robles (2014)²⁴. Igualmente, la incidencia de fistular vesicovaginales en pacientes con histerectomías, y sobre todo con diagnóstico preoperatorio de fibromatosis, coinciden con diferentes estudios, entre los que se citan los trabajos de Rodríguez y Prado (2009)²¹ y López, Milián, Caravia, Caravia y Collazo (2016)²⁵.

De ahí que, se sostiene que la frecuencia de fistulas vesicovaginales en histerectomía previas por fibromatosis, se corresponden con una lógica de probabilidades de errores de la práctica quirúrgica, es más frecuente en fibromatosis porque es la patología de mayor prevalencia. Indistintamente, es primordial mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes, recomendándose la promoción de una cultura de, humildad, trabajo en equipo y comunicación abierta, aspectos fundamentales para la disminución del temor/miedo al reconocimiento del error³³.

Deteniéndonos en el diagnóstico clínico de la fistula vesicovaginal, resalta que tuvo lugar durante la evaluación postoperatoria durante la hospitalización, una particularidad que solicita del cirujano alta responsabilidad para la detección temprana de esta complicación, debiendo en forma inmediata someterla a evaluación médica urológica. La importancia del diagnóstico precoz, se fundamenta en que es el momento ideal para la reparación, pues antes de las 72 horas de postoperatorio, los tejidos son flexibles y pueden repararse de manera vaginal o abdominal, siempre y cuando la condición de los tejidos lo permita y se encuentre libre de infección⁶.

Ahora bien, los hallazgos clínicos, estuvieron caracterizados por incontinencia urinaria continua, escape de orina tipo goteo, sensibilidad abdominal y hematuria, lo cual se corresponden con los resultados del trabajo de Espinoza, Cardozo, Rojas, Petit y López (2019)²⁶. Adicionalmente, según la bibliografía revisada en nuestro medio, la mayoría de las pacientes debutan con la emisión continua de orina por la vagina después de una cirugía pélvica. Las detecciones de signos y síntomas clínicos aumentan con las horas del postoperatorio, por necrosis parietal, recomendándose la evaluación en el postoperatorio inmediato, descartando la posibilidad de extravasado de orina en aquellas pacientes con una evolución tórpida después de una cirugía pélvica, en especial si presentan dolor abdominopélvico inusual o hematuria³⁴.

CONCLUSIÓN

De la totalidad de pacientes con histerectomías previa (n 639), realizadas en el Servicio de Cirugía de la CHET, 7 fueron diagnosticados clínicamente con fistula vesicovaginal, representando el 1,09% de incidencia. El 71,4% de las pacientes estaban en edad entre 40-49 años, y 28,5% entre 50-59 años, mientras que, el 85,6% de las pacientes tuvieron como diagnóstico clínico preoperatorio enfermedades benignas, identificándose fibromatosis en el 71,4% de los casos. Los hallazgos clínicos fueron: incontinencia urinaria continua, escape de orina tipo goteo, sensibilidad abdominal y

hematuria, signos y síntomas detectados en un 71,4% después de las 24 hrs de postoperatorio y el 28,5% durante las primeras 24 hrs.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

- 1) Hemstreet, G. Los sistemas renal y urinario. En enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Sumario: 8.1-8.14 [consultado 5 de Julio 2021] Disponible en https://www.cso.go.cr/temas_de_interes/higiene/enciclopedia/04_condiciones_riesgo_aparato_renal_urinario.pdf
- 2) Leñero, E; R. Castro; L. Viktrup y R Bump. Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria. Revista Mexicana de Urología. 2007 [consultado 5 de Julio 2021]; 67(3): 154-159 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2007/ur073e.pdf>
- 3) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Disfunción de vaciado y retención aguda de orina. Progreso de Obstetricia y Ginecología. 2019 [Consultado 5 de Julio 2021];62(2):187-193 Disponible en https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/17-GAP_Disfuncion_vaciado.pdf
- 4) Moreno, J; M. Galante; S. Prieto; L. Fernández y A. Silmi. Etiología, patogenia, tipos y clasificaciones de incontinencia urinaria y prolapsos urogenitales. Atlas de incontinencia urinaria y suelo pélvico. Cátedra y Servicio de Urología. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid. [Consultado 6 de Julio 2021]. Disponible en dytur.es/wp-content/uploads/2014/02/200712281032020.083_100%20TEMA%207.pdf
- 5) Robles, J. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006 [Consultado 6 de Julio 2021]; 29 (2) Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006
- 6) Martínez, J; V. Hernández; G. Fernández; S. Ahumada; S. Fulda; R. Pérez; A. Urdiales; Z. Santana; M. Cantellano; G. Morales y C. Pacheco. Fístulas Vesico-

- vaginales; Diagnóstico y Manejo; Experiencia de 20 años. Revista Mexicana de Urología. 2011 [Consultado el 30 de Mayo de 2021]; 1 (4):200-206 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2011/ur114c.pdf>
- 7) López, U; R. Milián; F. Caravia; I. Caravia y S. Collazo. Fístula Vésico vaginal por Complicaciones de la Cirugía Ginecobstétrica. Revista Cubana de Urología. 2016 [Consultado el 30 de Mayo 2021]; 5 (1) Disponible en <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/252/2611>
- 8) SEGO. Fistulas Urinarias. Revista Oficial de la Sociedad Española de Obstetricia y Cirugía. 2019 [Consultado 31 de mayo 2021]; 62 (2):194-197 Disponible en https://sego.es/documentos/progresos/v62-2019/n2/18-GAP_Fistula-urinaria.pdf
- 9) Lárraga, G; L. Cadena y E. Cadena. Reparación de fístula vesicovaginal mediante técnica Laparoscópica. 2021 [Consultado 11 de Julio 2021]; 29 (1): 34-40. Disponible en <file:///C:/Users/wilfredo/Downloads/118-Texto%20del%20art%C3%ADculo-213-1-10-20210429.pdf>
- 10) Salinas, A; G. Arbeláez; A. Bermúdez y A. García. Fístulas Vesicovaginales. Experiencia de 5 años en el Hospital Universitario del Valle. Revista Urología Colombiana. 2006 [Consultado el 1 de junio 2021]; XV (1): 101-106 Disponible en https://www.redalyc.org/pdf/1491/pdf_149120462019.
- 11) Narváez, M. Fístulas Vesico-vaginales Abordaje Diagnóstico y Terapéutico Servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque 2013 – 2017. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Autónoma de Nicaragua. 2018 [Consultado el 31 de mayo 2021] Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/9143/1/98799.pdf>
- 12) Instituto Mexicano de Seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Criterios Quirúrgicos de la Fístula Vesicovaginal de Origen Adquirido Iatrogénico y no Iatrogénico. Guía de Referencia Rápida 2007 consultado 1 de junio 2021]; 82. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/530GRR.pdf>
- 13) Navarro, F; J. García; M. Castro, J. Diez; M. Arrizabalaga; A. Mañas y P. Paniagua Planteamiento Terapéutico de las Fístulas Vesicogenitales. Análisis Retrospectivo de Nuestra Serie. Actas Urológicas Españolas. 2003 [Consultado el 1 de Junio 2020]; 27 (7) Disponible en

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062003000700007

- 14) Robles, J. La incontinencia urinaria. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006 [Consultado 5 de Junio 2021]; 29 (2) Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000300006
- 15) García, A. Incontinencia urinaria. Iatreia.2002 [Consultado 5 de Julio 2021]; 15 (1) Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932002000100003
- 16) Chiang, M; C. Richard; S. Valdevenito; V. Rosenfeld1 y R. Finsterbusch. Incontinencia Urinaria. Revista Médica Clínica Los Andes. 2013 [Consultado 3 de Junio2021]; 24 (2): 219-277 Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-incontinencia-urinaria-S0716864013701536>
- 17) Espinosa, A; A. Cardoso; C. Rojas; M. Petit y V. López. Reparación vía vaginal de la fístula vesico-vaginal (FVV): experiencia en un centro de atención terciaria en Venezuela. Archivo Español de Urología. 2018 [Consultado 5 de Julio 2021]; 72(4): 398-405 Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-FGT-3021>
- 18) García, H. Urología en pocas palabras: Un enfoque práctico para el médico general. Colombia: Editorial Universidad del Valle, 2017.
- 19) Parra, R. Efectividad de la Técnica combinada del tratamiento quirúrgico y la colocación intravesical de toxina botulínica tipo a intraoperatorio en pacientes con fistula vesicovaginal. Instituto docente de urología y servicio de urología cruz roja venezolana seccional Carabobo. Julio 2015 a marzo 2016. Tesis de grado. Universidad de Carabobo. 2016 [Consultado 5 de junio 2021] Disponible en <http://mpriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5308/rparra.pdf%3Fsequence%3D1+%&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=ve>
- 20) Priego, A; R. Cortez; A. Velarde; f. Guzmán; C. Díaz; a. Esqueda; E. Yaber; J. López y M. Téllez. Fístulas vesicales; diagnóstico y manejo. Experiencia de 10 años en el Centro Médico Nacional “20 de noviembre”. Revista Mexicana de Urología.

- 2008 [Consultado 5 de junio 2021]; 68(1):3-13 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur081b.pdf>
- 21) Rodríguez, M. y M. Prado. Fístula vesico vaginal. Modificación de técnica quirúrgica. Rev. Med. Electrón. 2009 [Consultado 10 de Julio 2021]; 31 (6).Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600011
- 22) Montoya, G; A. Ledesma; E. Serrano y J. Moreno. Fístula vesicovaginal: abordaje abierto abdominal versus laparoscópico. Ginecol. Obstet. Mex. 2013 [Consultado 10 de Julio 2021] 81:587-592. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom1310d.pdf>
- 23) Castillo, O.; A. Hernández; M. González; G. López y R. Yáñez. Cirugía laparoscópica de la fístula vesico-vaginal: resultados de una experiencia multi-institucional. Rev. Chil. Cir. 2013 [Consultado 10 de Julio 2021]; 65 (4)- Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000400007
- 24) Zapata, J; A. Dávila; S. García; A. Reyna y M. Robles. Reparación laparoscópica de fístula vesicovaginal: nuestra experiencia. Rev. Mex. Urol. 2014 [Consultado 11 de Julio 2021]; 74 (6): 331-335. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200740851400024X>
- 25) López, U; R. Milián; F. Caravia; I. Caravia y S. Collazo. Fístula vesico vaginal por complicaciones de la cirugía ginecobstétrica. Rev. Cub. Urol. 2016 [Consultado 11 de Julio 2021]; 5 (1). Disponible en <http://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/252>
- 26) Espinoza A; A. Cardozo; C. Rojas; M. Petit y V. López. Reparación vía vaginal de la fístula vesico-vaginal (FVV): experiencia en un centro de atención terciaria en Venezuela. Archivos Españoles de Urología. 2019 [Consultado 11 de Julio 2021]; 72 (4): 398-405 Disponible en <https://medes.com/publication/142683>
- 27) Sánchez, C. Histerectomía abdominal: Evaluación de un decenio. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. 2003. [Consultado 7 de enero 2022]. Disponible en <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/39280.pdf>.

- 28) Ortiz, M; Á. Matute y N. Martínez. Miomatosis uterina. *Anales Médicos*. 2009. [Consultado el 9 de enero 2022]; 54 (4):222–233. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>
- 29) Gómez, S. El niño y la niña de la familia monoparental/monomarental popular venezolana y su vínculo con la pobreza. *Educación y Humanismo*. 2018. [Consultado el 16 de enero 2022] Disponible en <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/educacion/article/view/2865/4538>
- 30) Márquez, J; A. Barrabí; B. Armas y J. Rubinos. Histerectomía abdominal en un servicio de cirugía general. *MEDISAN*. 2014. [Consultado 10 de enero 2022]; 18 (2): 172-180. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200005&lng=es.
- 31) Toledo, G. Características clínicas y epidemiológicas de las pacientes sometidas a histerectomía abdominal total en el Hospital Carlos Lanfranco, 2005 al 2010. *Revista Horizonte Médico*. 2011. {Consultado el 13 de enero de 2022}; 11(2): 70-74. Disponible en https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2011_2/Art2_Vol11_N2.pdf
- 32) Hernández, M; E. Valerio; Z. Tercero; J. Barrón y R. Luna. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol. obstet. Méx.* 2017 [Consultado el 22 de enero 2022]; 85 (9): 611-633. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es.
- 33) Arenas, H y R. Anaya. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Ciruj.* 2008. [Consultado 15 de enero 2022]; 76 (4):355-361 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc084o.pdf>
- 34) Allona, A; J. Sanz; P. Pérez; B. Pozo y S. Navío. Fístulas Urinarias: Puesta al Día. *Actas Urol Esp*. 2002. [Consultado 20 de enero 2022]; 26 (10): 776-795. Disponible en [file:///C:/Users/HP/Downloads/S021048060272857X%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/S021048060272857X%20(1).pdf)

Anexo N° 1: Tablas de Resultados de la Investigación.

Tabla N° 1

Características sociodemográficas de las pacientes con histerectomías realizadas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el período Enero 2019- Junio 2021

Características Sociodemográficas	2019		2020		2021		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Edad								
30-39 años	28	12,0	39	13,2	19	16,8	86	13,1
40-49 años	175	75,4	220	74,8	78	69,0	473	74,0
50-59 años	22	9,4	27	9,1	11	9,7	60	9,3
60 y más años	7	3,0	8	2,7	5	4,4	20	3,1
Estado Civil								
Casada	23	9,9	35	11,9	11	9,7	69	10,7
Soltera	98	42,2	132	44,8	46	40,7	276	43,1
Divorciada	5	2,1	2	0,6	1	0,8	8	1,0
Unión libre	104	44,8	124	42,1	54	47,7	282	44,1
Viuda	2	0,8	1	0,3	1	0,8	4	0,6

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 2

Diagnóstico clínico preoperatorio de las pacientes con histerectomías realizadas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el período Enero 2019- Junio 2021

	2019		2020		2021		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Cáncer de Cuello Uterino	5	2,1	3	1,0	6	5,3	14	2,1
Hiperplasia Cervical	1	0,4	1	0,3	2	1,7	4	0,6
Histeroceles	14	6,0	21	7,1	5	4,4	40	6,2
Fibromatosis Uterina	204	87,9	257	87,4	95	84,0	556	87,0
Endometriosis	3	1,2	2	0,6	0	0	5	0,7
Mioma abortivo	0	0	1	0,3	2	1,7	3	0,4
Hiperplasia endometrial	0	0	1	0,3	1	0,8	2	0,3
Tumor de Ovario	4	1,7	5	1,7	2	1,7	11	1,7
Cáncer de Endometrio	1	0,4	3	1,0	0	0	4	0,6
Total	232	100	294	100	113	100	639	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 3

Incidencia de fistula vesicovaginal de las pacientes con hysterectomías previa en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según edad y diagnóstico clínico preoperatorio durante el período Enero 2019- Junio 2021

Edad	Diagnóstico clínico preoperatorio						Total	
	Benigna Fibromatosis		Benignas Otras		Malignas			
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A	F.R	F.A	F.R
40-49	5	71,4	0	0	0	0	5	71,4
50-59	0	0	1	14,2	1	14,2	2	28,5
Total	5	71,4	1	14,2	1	14,2	7	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 4

Tiempo postoperatorio al momento del diagnóstico clínico de fistula vesicovaginal en las pacientes con histerectomías realizadas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Enero 2019- Junio 2021

Tiempos Postoperatorio	2019		2020		2021		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
>24 hrs	0	0	1	14,2	1	14,2	2	28,5
25-48 hrs	2	28,5	2	28,5	1	14,2	5	71,4
Total	2	28,5	3	42,7	2	28,5	7	100

Fuente: Ficha de Datos

Tabla N° 5

Incidencia de fistulas vesicovaginal en las pacientes con histerectomías realizadas en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, según características clínicas. Enero 2019- Junio 2021

Fuente: Ficha de Datos

Clínica de las fístulas vesicovaginal	2019		2020		2021		Total	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Frecuencia de Incontinencia								
Continua	2	100	2	66,6	1	50,0	5	71,4
Esfuerzo	0	0	1	33,3	1	50,0	2	28,5
Tipo de Escape de Orina								
Goteo	1	50,0	3	100	2	100	6	85,7
Chorro	1	50,0	0	0	0	0	1	14,2
Concomitantes								
Sensibilidad Abdominopélvicas	2	100	2	100	2	100	6	85,7
Hematuria	2	100	3	80,0	1	100	6	85,7

Anexo 2: Variable del estudio

Definición de la Variable.

Fistulas vesicovaginales en pacientes con histerectomías previas: se refiere a la incidencia de pacientes con diagnóstico de fistulas vesicovaginales posterior a histerectomía, en el Servicio de Cirugía de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período Enero 2019- Junio 2021, según características demográficas de la paciente, diagnóstico clínico preoperatorio y características clínicas de la fistula vesicovaginal.

Operacionalización de la Variable.

Categoría	Indicador	Sub indicador	Ítems
Incidencia de pacientes con fistulas vesicovaginales posterior a histerectomía según características demográficas de la paciente: se refiere a la distribución de paciente según edad, y estado civil.	Distribución de pacientes según edad: Incluye grupo etario de la paciente.	Grupo Etario de la paciente: . - Adolescente: Medio (15-17 años) Tardío (18-19 años) . - Adulto Joven: 20-24 años 25-30 años 35-39 años . - Adulto Medio 40-45 46-49 . - Adulto Maduro 50-55 años 56-59 años . -Adulto Mayores 60-69 años 70- y más	1
	Distribución de paciente según estado civil: Incluye casada, soltera, divorciada y viuda	Estado Civil Casada. Soltera Divorciada	2

		Viuda	
<p>Incidencia de pacientes con fistulas vesicovaginales según diagnóstico clínico preoperatorio: Se refiere a la distribución de las pacientes según tipo de diagnóstico clínico preoperatorio.</p>	<p>Distribución de las pacientes según tipo de diagnóstico clínico preoperatorio: se refiere a benigno y maligno.</p>	<p>Diagnósticos clínicos preoperatorios benignos: Miomas. Endometriosis. Enfermedad Inflamatoria Pélvica.</p> <p>Diagnósticos clínicos preoperatorios malignos: Neoplasia cervical intraepitelial. Cáncer cervical invasor. Cáncer de endometrio. Cáncer de ovario. Cáncer de las trompas de Falopio.</p>	3
<p>Incidencia de pacientes con fistulas vesicovaginales según características clínicas: Se refiere a la distribución de las pacientes según tiempo posoperatorio al momento del diagnóstico clínico y hallazgos clínicos.</p>	<p>Distribución según tiempo posoperatorio al momento del diagnóstico clínico: Incluye menos de 24 hrs y 25-48 hrs.</p>	<p>Tiempo</p> <p>Menos de 24 hrs. 25-48 hrs.</p>	4
	<p>Distribución de las pacientes según hallazgos clínicos: Incluye frecuencia de la incontinencia, tipo de escape de orina y concomitantes.</p>	<p>Frecuencia de</p> <p>Incontinencia: . - Continua. . - Esfuerzo</p> <p>Tipo de escape de orina:</p>	5
			6

		<ul style="list-style-type: none">. - Goteo. - Chorro <p>Concomitantes:</p> <ul style="list-style-type: none">. - Abdominopélvica.. - Hematuria	7
--	--	---	---

Anexo 3: Instrumento de Recolección de Información

Ficha de Registro de Datos

Datos Generales	Fecha de Ingreso	
	Diagnostico Medico Preoperatorio	
Categoría	Respuesta	Si (X)
Características Demográficas.	1) Grupo Etario de la paciente:	
	Adolescente:	
	Medio (15-17 años)	
	Tardío (18-19 años)	
	Adulto Joven:	
	20-24 años	
	25-30 años	
	35-39 años	
	Adulto Medio	
	40-45	
	46-49	
	Adulto Maduro	
	50-55 años	
	56-59 años	
	Adulto Mayores	
	60-69 años	
	70 y más	
	2) Estado Civil	
	Casada.	
	Soltera	
Divorciada		
Viuda		
Casada.		
3) Causa de Histerectomía.	Benigna	
	Miomas	
	Endometriosis	
	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	
	Maligna	
	Neoplasia cervical intraepitelial.	
	Cáncer cervical invasor	
	Cáncer de endometrio.	

	Cáncer de ovario.	
Características clínicas de la fistula vesicovaginal.	4) Tiempo posoperatorio al momento del diagnóstico clínico.	
	Menos de 24 hrs.	
	25-72 hrs.	
	73 hrs a 7 días.	
	5) Frecuencia de la incontinencia	
	Continua	
	Esfuerzo	
	6) Tipo de escape de orina	
	Goteo	
	Chorro	
	7) Concomitantes	
	Sensibilidad abdominopélvica	
	Hematuria	