

LIBRO DE E-POSTERS



ALAPP

VII
Congreso
Buenos Aires
ALAPP

HOTEL MARRIOTT
ARGENTINA
BUENOS AIRES

5-8

DE OCTUBRE / 2022

WWW.CONGRESOALAPP.ORG

CUPOS LIMITADOS

CONGRESO PRESENCIAL

ASOCIACIÓN ENTRE EL GROSOR DEL MÚSCULO RECTO ABDOMINAL Y LA FUNCIONALIDAD DE LOS MÚSCULOS DEL PISO PÉLVICO EM MUJERES EMBARAZADAS

AVRAMIDIS, R. E.; BARBOSA, A. M. P.; CAMPANHOLI, L. M.;
PRUDENCIO, C. B.; PEDRONI, C. R.

Introducción y Objetivo:

Durante el embarazo hay un aumento de la región abdominal con el consiguiente cambio en la longitud del músculo recto del abdomen (MRA), lo que puede perjudicar el desempeño sinérgico con los músculos del suelo pélvico y afectar el funcionamiento uroginecológico. El objetivo del estudio fue verificar la asociación entre el grosor del músculo MRA y la funcionalidad de los músculos del suelo pélvico en mujeres embarazadas.

Material y Métodos:

Participaron 133 gestantes con edad media de $26,21 \pm 5,83$ años y desde 24 semanas de gestación. La evaluación incluyó la recogida de datos antropométricos, valoración funcional del suelo pélvico y ultrasonografía 2D del MRA. Se capturaron imágenes en reposo, flexión del tronco y asociada con la contracción de los músculos del suelo pélvico, con un transductor colocado 2 cm por encima y a la derecha de la sínfisis púbica. Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para distribución de normalidad, t de Student en muestras dependientes para verificar la diferencia entre los valores y se calculó correlación de Pearson para la asociación entre los valores de grosor muscular, funcionalidad de los músculos del suelo pélvico y ganancia de masa corporal.

Resultados:

Solo hubo correlación significativa entre los valores de variación del grosor del músculo recto abdominal y variaciones de la masa corporal ($7,15 \pm 6,9$ kg; $p < 0,001$) y entre los valores de grosor del MRA en reposo y contracción ($0,19 \pm 0,17$ cm; $p < 0,001$).

Conclusión:

No hubo asociación entre el grosor del MRA y la funcionalidad de los músculos del suelo pélvico en gestantes. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación (82225617.0.0000.5411). No hubo financiación ni conflicto de intereses entre los autores.

Tabla 1. Caracterización de Muestras

	Promedio	DE	p
Edad (años)	26,21	5,83	
Altura (m)	1,61	0,06	
Semana Gestacional	28,43	4,68	
Power	2,16	1,5	
Endurance	3,94	3,01	
Peso (Kg) pregestacional	69,54	18,91	
Peso (Kg) gestacional	76,7	17,12	0,000
IMC pregestação	26,54	6,45	
IMC gestacional	29,3	5,85	0,000
Grosor MRA reposo	0,59	0,13	
Grosor MRA contracción	0,79	0,24	0,000

IMC: índice de masa corporal; MRA: músculo recto del abdomen; Power: variable de potencia (fuerza) de la Evaluación Funcional del Suelo Pélvico; Resistencia: variable de resistencia de la Evaluación Funcional del Suelo Pélvico.

Palavras Clave: Ultrasonografía, Embarazo, Piso Pélvico, Evaluación.

EL ROL DE LA ENFERMERA MATRONA COORDINADORA EN UN CENTRO DE PISO PELVICO MULTIDISCIPLINARIO: EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Autora: Consuelo Paz Gutiérrez Cabezas,
Enfermera Matrona Coordinadora Centro de Piso Pélvico
Clínica Universidad de los Andes

Introducción y objetivos

Las enfermedades del piso pélvico generan una alteración significativa en la calidad de vida de quienes las padecen, con disminución de su autoestima y compromiso en la interacción social.

El objetivo de esta investigación es mostrar el rol de la enfermera matrona coordinadora del Centro de Piso Pélvico de la Clínica Universidad de los Andes, como su labor favorece el cuidado integral del paciente y su familia y el trabajo en equipo multidisciplinario.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en base a datos recolectados en ficha clínica de los 354 pacientes ingresados al Centro entre mayo 2021 y junio 2022

Palabras claves: enfermera coordinadora, rol de enfermería, piso pélvico, equipo multidisciplinario

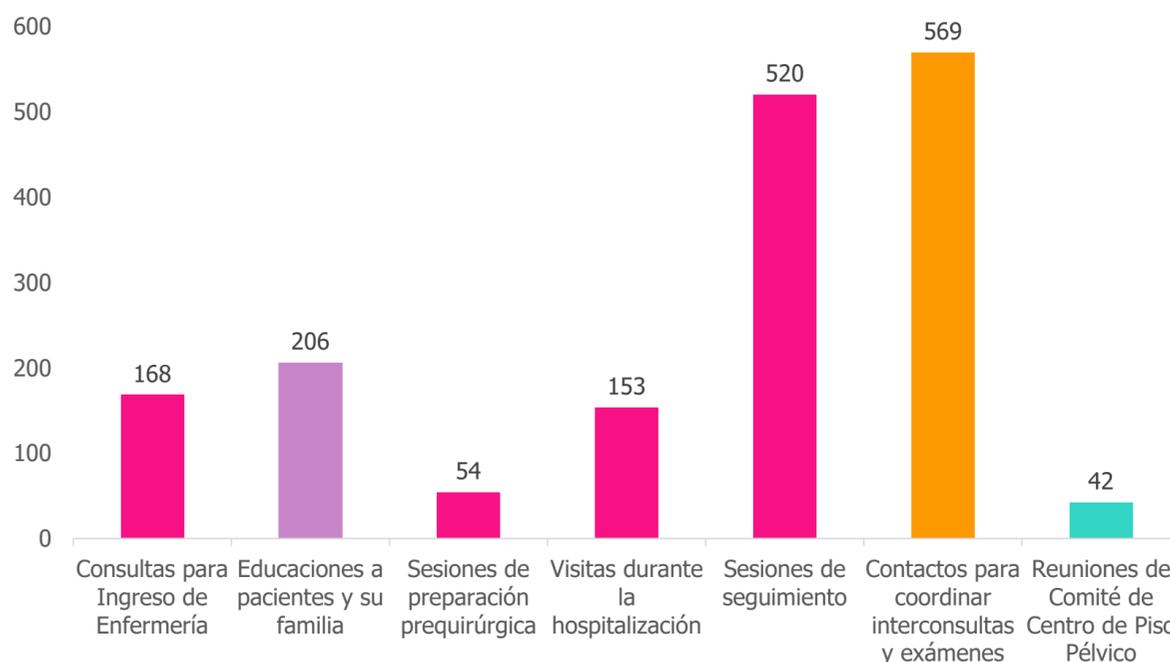
Resultados

La enfermera coordinadora cumple un rol basado en la función clínica, de enlace, educativa y de coordinación que desarrolla a través de la atención del paciente y frente al trabajo con el equipo multidisciplinario.

Clínica	Enlace	Educativa	Coordinación
<ul style="list-style-type: none"> Atención directa con el paciente lo que incluye el ingreso de Enfermería, la realización de cuestionarios, seguimiento, visitas en hospitalización, procedimientos y acompañamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Nexo entre los pacientes y los diferentes profesionales que intervienen en su diagnóstico, tratamiento y recuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> Entregar las herramientas al paciente para que comprenda su estado de salud y participe de manera activa en su cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar el trabajo interrelacionado de todos los actores del equipo multidisciplinario.

Su actividad durante este periodo se resumen en:

Actividad Enfermera Coordinadora



Conclusión

El rol de la enfermera coordinadora se traduce en el cuidado integral del paciente de piso pélvico con un énfasis en el acompañamiento y en la educación de este y su familia fortaleciendo el trabajo en equipo multidisciplinario. Se ha percibido que los pacientes presentan buena acogida frente a este modelo de atención, sin embargo, actualmente no se cuenta con una herramienta formal que permita medir los resultados y la satisfacción usuaria de manera objetiva lo que se convierte en un desafío a futuro para el Centro.

RELACIÓN DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Vera, M.F.¹, Alvear, C.²

¹ Universidad Mayor, Santiago, Chile

² Universidad Estadual de Campinas, Campinas, Brasil

Introducción y Objetivos

La Disfunción temporomandibular (DTM) se ha visto relacionada con el Síndrome Somático Funcional (SSF), nombre que se le ha otorgado al grupo de síntomas corporales crónicos que pueden causar una discapacidad considerable, entre ellos se encuentra el Dolor Pélvico Crónico (DPC). Sin embargo, hay poca información sobre la correlación entre DTM y la DPC, por lo que el objetivo de esta revisión es investigar sobre la relación entre estos.

Material y Método

Se utilizaron las bases de datos: EBSCO Host, Pubmed, Embase, Cochrane Library, Researchgate, utilizando palabras clave: Disfunción o TTM, piso pélvico, ampliando la búsqueda con bruxismo, dolor orofacial, disfunción de piso pélvico; Por medio de los conectores AND y OR, obteniendo estudios en español, inglés y portugués de hasta 10 años de antigüedad.

Resultados

Hay una estrecha relación en la afección emocional, observándose ambas como resultado de un evento traumático. En un estudio se constató que el 44.8% de los usuarios evaluados presentaron ambas disfunciones en distintos grados y por otro lado, se evaluó a usuarios con DTM expuestos a abuso sexual y un 49% presentó DPC. Además en el SSF se presenta más de una patología simultáneamente por sensibilización central. También encontramos una conexión biomecánica y neuromuscular, como la relación de C2 con la pelvis para mantener la posición de cabeza. E incluso se ha relacionado las DTM a la segunda fase expulsiva del parto.

Conclusión

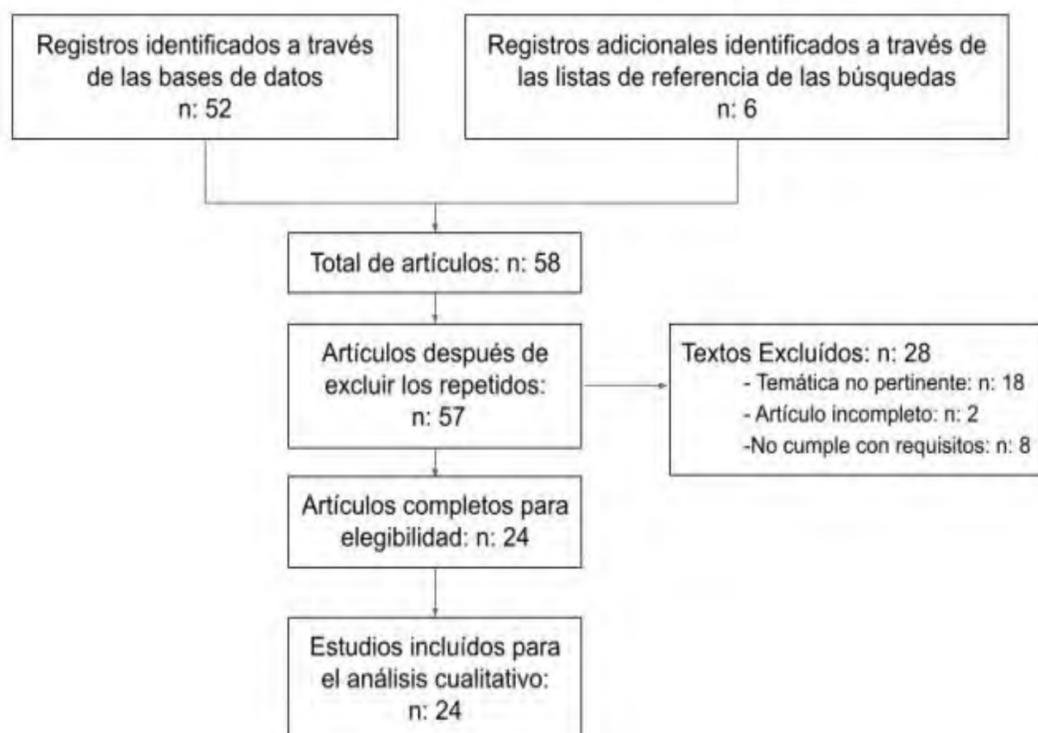
Sea directa o indirectamente hay una relación entre las DTM y DPC.

Financiamiento y agradecimientos



Palabras-clave:

Disfunción temporomandibular, dolor pélvico crónico, piso pélvico.





DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UNA APLICACIÓN MULTIMEDIA SOBRE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO PARA MUJERES EMBARAZADAS: RESULTADOS PRELIMINARES.



Ana Jéssica dos Santos Sousa¹, Jessica Gabriela de Godol Fernandes¹, Carolina angélico¹, Daiana Priscila Rodrigues-de-Souza², Jessica Cordeiro Rodrigues¹, Patricia Driusso¹

¹Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - Brasil e ²Universidade Nacional de Córdoba - Espanha

Introducción e Objetivo

El embarazo y el parto son factores de riesgo para las disfunciones de los músculos del suelo pélvico (MSP); sin embargo, existe una falta de acceso de las mujeres embarazadas a información sobre síntomas, prevención y tratamiento fisioterapéutico de estas disfunciones. El objetivo del estudio fue desarrollar y validar una aplicación (app) para la educación sanitaria de mujeres embarazadas sobre los MSP.

Material y Método

Investigación descriptiva de producción tecnológica formada por las etapas: 1. *Revisión Bibliográfica*: búsqueda electrónica en PubMed; 2. *Desarrollo del Prototipo*: Se adoptó el Diseño Instruccional Contextualizado; 3. *Validación*: evaluación del contenido por parte de expertos, mediante el Índice de Validez del Contenido (IVC).

Resultados

La búsqueda incluyó 9 artículos. El prototipo fue desarrollado en la plataforma Wix (Figura 1) y el contenido basado en la revisión bibliográfica fue evaluado por 16 expertos (81,3% mujeres; 56,3% mayores de 30 años; 87,5% postgraduados). El IVC global fue 0,89.

Figura 1. Layout do protótipo do app multimídia desenvolvido.



Conclusión

El contenido de la app mostró un IVC superior a 0,80, recomendado por la literatura para la validación de materiales educativos.

Referencias

- Mørkved S, Bø K. Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: A systematic review. *Br J Sports Med*. 2014;48(4):299-310.
- Neels H, Tjalma WAA, Wyndaele JJ de Wachter S, Wyndaele M, Vermandel A. Knowledge of the pelvic floor in menopausal women and in peripartum women. *J Phys Ther Sci*. 2016;28(11):3020-9.
- Hill AM, McPhail SM, Wilson JM, Berlach RG. Pregnant women's awareness, knowledge and beliefs about pelvic floor muscles: a cross-sectional survey. *Int Urogynecol J* 2017;28(10):1557-65.



VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Piso Pélvico ALAPP

HOTEL MARRIOTT



5 - 8
DE OCT
2022
BUENOS AIRES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA



CAMBIOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL POSTERIOR A LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE TRASTORNOS DE SUELO PÉLVICO.

Autores: Enrique David Estrella Salas¹, Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del suelo pélvico, afectan negativamente la calidad de vida de muchas mujeres debido a su impacto en bienestar médico, social, emocional y sexual. (1)

La disfunción sexual femenina se define según la OMS como "las diversas formas en que una persona no puede participar en una relación sexual como lo haría". Esta incluye las categorías de deseo sexual, excitación, orgasmo y dolor, pero sus etiologías y factores contribuyentes son complejos, teniendo en cuenta elementos psicológicos, interpersonales y socioculturales, además de la angustia personal. (2) La prevalencia de disfunción sexual puede estimarse entre 30% y 50%. La mayoría de las mujeres sexualmente activas que padecen trastornos del piso informaron algún grado de disfunción sexual; esta incidencia es más alta que en la población general. (3)

OBJETIVO: Describir los cambios de la función sexual posterior a la reparación quirúrgica de trastornos de suelo pélvico en la UMAE HGO CMNO.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo con pacientes atendidas en el servicio de Urología Ginecológica UMAE HGO CMNO, sometidas a reparación quirúrgica por trastornos de suelo pélvico (incluyendo incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos). Se evaluó la función sexual previo a tratamiento y 6 meses posterior al mismo mediante la aplicación del cuestionario PISQ-12, dicho instrumento contiene 12 preguntas sobre el funcionamiento sexual divididas en tres dominios: conductual-emotivo (ítems 1 a 4), físico (ítems 5 a 9) y relacionado con la pareja (ítems 10 a 12). Las puntuaciones de las primeras cuatro preguntas varían de: 0 = nunca a 4 = siempre, y las últimas ocho preguntas varían de: 0 = siempre a 4 = nunca. La suma de todas las respuestas se calculó para formar una puntuación total (rango 0-48), donde las puntuaciones más altas indican una mejor función sexual. Para el análisis estadístico descriptivo, se utilizaron medidas de dispersión (desviación estándar), o de tendencia central (media y porcentaje), según se trató de variables paramétricas o no paramétricas).

RESULTADOS: Se evaluaron 75 mujeres divididas en dos grupos: aquellas que recibieron tratamiento por prolapso de órganos pélvicos (n=34) y las que recibieron tratamiento para incontinencia urinaria de esfuerzo (n=41). La puntuación del PISQ-12 inicial fue de 20.69±7.06 puntos y final fue de 20.99±7.31 puntos. (figura 1-2) Encontramos mejores puntuaciones en el dominio conductual-emotivo (DM -0.54, IC 95% -2.15 - 1.06, p=0.500, así como en la puntuación total (DM -0.29, IC 95% -2.73 - 2.14, p=0.811), aunque estadísticamente no significativas. Los dominios físico y relacionado con la pareja presentaron peores puntuaciones tras la reparación quirúrgica (DM 0.16, IC 95% -0.57 - 0.89, p=0.667 y DM 0.09, IC 95% -0.22 - 0.41, p=0.559, respectivamente) cambios estadísticamente no significativos. (Tablas 1,2,3)

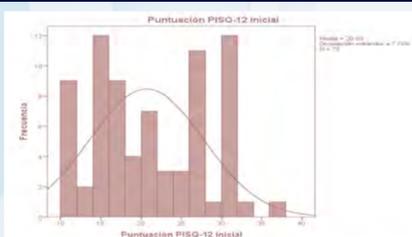


Figura 1. Histograma de la puntuación PISQ-12 inicial en la población de estudio.

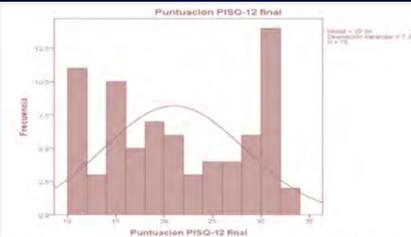


Figura 2. Histograma de la puntuación PISQ-12 final en la población de estudio.

Aspectos Éticos: aprobado por el comité de ética local, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Financiamiento: a cuenta del autor principal, sin financiamiento externo.

Conflicto de interés: no existen.

Referencias Bibliográficas:

1. Al-Badr A, Al-Juraifani R, Al-Sheikh G, Al-Mandeel H, Al-Dakhyel L, Al-Shahrani N. Validation of the International Urogynecology Association's Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire in Arabic. *Int Urogynecol J.* 2017;28(3):437-45.
2. Parameshwar PS, Borok JF, Jung EE, Thum LW, Ackerman AL, Eilber KS, et al. Writing in the Margins of Sexual Function Questionnaires: A Qualitative Analysis of Data From Women With Pelvic Floor Disorders. *J Sex Med.* 2020;17(4):6095(20):30676-7(
3. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev.* 2019;7(4):559-64.

Tabla 2. Hallazgos por grupo durante su evaluación inicial y tras la evaluación posterior al tratamiento otorgado en la población de estudio.

	Grupo POP (n=34)		Grupo IU (n=41)	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad	58.10	12.75	64.53	10.16
Peso	72.47	12.65	67.48	9.53
Talla	1.56	0.07	1.55	0.07
IMC	29.87	5.22	28.20	3.77
Evaluación PISQ-12 (inicial)				
Conductual-emotivo	6.15	4.57	3.97	4.24
Físico	10.10	2.14	9.18	2.37
Relacionado con la pareja	6.10	0.97	5.56	0.82
Total	22.34	7.10	18.71	6.59
Evaluación PISQ-12 (final)				
Conductual-emotivo	5.66	4.65	5.76	5.13
Físico	9.63	2.20	9.38	2.35
Relacionado con la pareja	5.66	0.85	5.88	0.98
Total	20.95	6.90	21.03	7.88

Tabla 3. Correlaciones de muestras emparejadas de las respuestas del PISQ-12 en la población de estudio.

Par	Correlación	p-value
Dominio conductual-emotivo	-0.111	0.342
Dominio físico	-0.001	0.991
Dominio relacionado con la pareja	-0.105	0.372
Puntuación PISQ-12	-0.088	0.454

Tabla 4. Prueba de muestras emparejadas para la comparación de medias de función sexual mediante el PISQ-12 en la población de estudio.

Par	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia		p-value
		Inferior	Superior	
Dominio conductual-emotivo	-0.547	-2.154	1.060	0.500
Dominio físico	0.160	-0.578	0.898	0.667
Dominio relacionado con la pareja	0.093	-0.224	0.410	0.559
Puntuación PISQ-12	-0.293	-2.733	2.147	0.811

DISCUSIÓN: El POP y la IU se consideran un problema de salud pública que generan vergüenza y desalienta el deseo sexual en las mujeres. Durante la evaluación de las pacientes se dedujo que posterior a la cirugía se describía mejoría en su satisfacción sexual, mas no hubo significancia estadística, contrario a lo esperado y reportado en la literatura. En este estudio la principal queja de las pacientes fue la incontinencia coital que puede disminuir el interés sexual y el autoestima, esto podría explicarse a través de lo descrito en investigaciones que sugieren que hasta el 80 % de las mujeres con IU experimentan pérdidas de orina durante la penetración y el 93 % durante el clímax sexual. (3)

CONCLUSIÓN: Los cambios de la función sexual posterior a la reparación quirúrgica de trastornos de suelo pélvico en la UMAE HGO CMNO fueron mínimos, y no revelaron diferencia estadísticamente significativa.



Hipopresivos en el postparto

Alvear C.¹; Botelho S.^{1,2}; Riccetto C.¹

¹ Universidade Estadual de Campinas -UNICAMP, Brasil

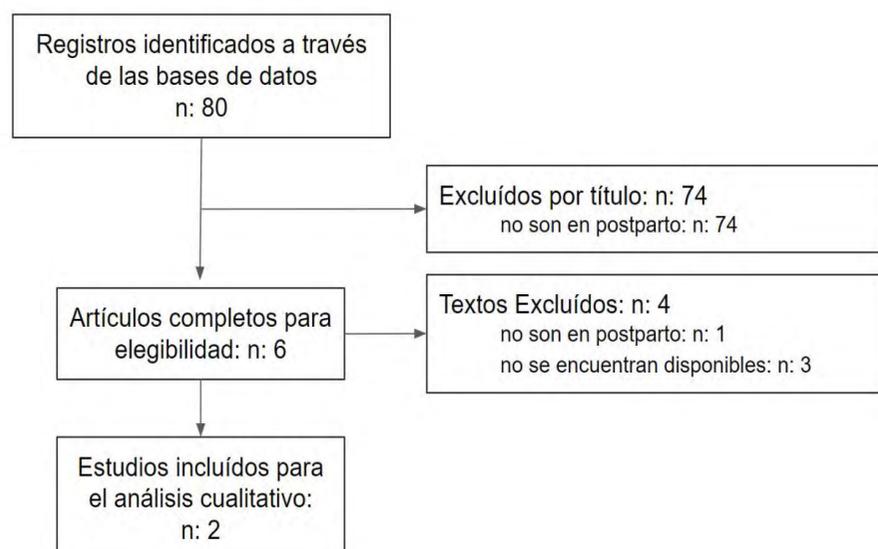
² Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL- MG, Brasil

Introducción y Objetivos

Los ejercicios hipopresivos muchas veces se utilizan como parte del tratamiento en mujeres postparto para rehabilitar su piso pélvico y diástasis abdominal, nuestro objetivo es saber qué evidencia existe al respecto.

Material y Método

Fue realizada una búsqueda de literatura relevante en las bases de datos Pubmed y Cochrane Library. Fueron seleccionados estudios que incluían las palabras clave: Hypopressive. Encontrando un total de 80 estudios, de los cuales se excluyeron los que no fueron en mujeres postparto y los que no se encuentran disponibles a la fecha, logrando 2 estudios.



Resultados

El primer estudio tiene un nivel de evidencia bajo, corresponde a una serie de casos de 12 primíparas, que mostró reducción de distancia interrectos a los 2 meses de entrenamiento. El segundo, es un estudio de cohorte de 105 primíparas, que mostró el aumento del grosor de los músculos elevadores del ano en la evaluación ecográfica 3D, incluso mayor que al entrenamiento de los músculos del piso pélvico.

Conclusión

No tenemos suficiente evidencia disponible en cuanto a hipopresivos en el postparto y su efecto en el piso pélvico y diástasis abdominal, pero puede ser una herramienta promisoría. Es necesario más ensayos clínicos de calidad.

Financiamiento y agradecimientos



Palabras-clave:

Hipopresivo, postparto, piso pélvico.

INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO RECURRENTE POSTERIOR A CIRUGÍA PRIMARIA DE SLING MADIOURETRAL

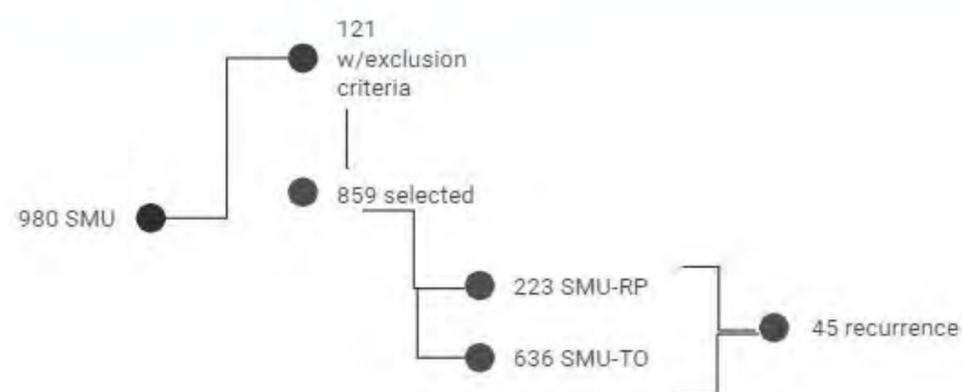
Se trata de un estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva.

Se incluyeron pacientes que se sometieron a una cirugía primaria de sling mediouretral, entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2018 en el Hospital Italiano.

Se excluyeron las pacientes operadas con técnicas no estandarizadas, aquellas con antecedentes de cirugía antiincontinencia previa, así como aquellas pacientes que presentaban IOE oculta por prolapso de órganos pelvianos.

El seguimiento postoperatorio incluyó anamnesis y examen físico, siendo excluidas aquellas pacientes que no contaban con seguimiento mayor a 90 días. Se consideró IOE recurrente en aquellas pacientes que refirieron IOE luego de los 90 días posteriores a la cirugía índice.

	Pacientes con SMU n: 859
Edad (años) *	60.4 (51-69)
IMC (kg/m2)*	27.6 (24-30)
Menopausia	624 (72.6%)
Paridad(n)	2.2 (1-3)
Peso de recién nacido (gr)*	3650 (3300-4000)
Actividad sexual	484 (56.3%)
Tabaquismo	59 (6.87%)
Hipertensión	323 (37.6%)
Diabetes Mellitus	71 (8.3%)
Cirugía de prolapso previa (POP)	53 (6.17%)
ALPP (cm H2O)*	73 (60-90)
ICIQ-SF*	15 (13-17)
POP asociado	388 (45.2%)
SMU TOT	636 (74 %)
SMU RP	223 (26 %)
Seguimiento (meses)	21.7 (RIC 3-34)



El seguimiento postoperatorio incluyó anamnesis y examen físico.

Se consideró IOE recurrente en aquellas pacientes que refirieron IOE luego de los 90 días posteriores a la cirugía índice.

La tasa de recidiva de IOE en nuestro estudio fue del 5.2% (45/859).

No se detectaron factores de riesgo estadísticamente significativos, asociados a la recidiva de la IOE. Sin embargo, la presencia de prolapso de órganos pélvicos concomitante se mostró como factor protector de recurrencia.

Creemos que la importancia de nuestro estudio radica en la posibilidad de ofrecer estadísticas propias a las pacientes candidatas a una cirugía anti incontinencia para un correcto asesoramiento prequirúrgico.

Es importante recalcar también la necesidad de realizar el seguimiento a largo plazo para ver si las tasas de curación y recidiva se mantienen a lo largo del tiempo.



EXTRUSIÓN DE MALLA TOT SECUNDARIA A INFECCIÓN CRÓNICA POR ACTINOMICES Y CONDILOMATOSIS CONCOMITANTE : REPORTE DE UN CASO

Constanza Aguilar B.¹, Luis Molina S.², Carolina Opazo T.²

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso, Chile

² Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Gustavo Fricke, Chile

Introducción

La incontinencia de orina se presenta en hasta el 50% de las mujeres. La malla suburetral ha sido el tratamiento quirúrgico preferido, presentando hasta un 12% de extrusión de malla como complicación. Se postula que esta complicación es secundaria a mecanismos inmunológicos e infecciones subclínicas que generan el rechazo de la malla.

Caso clínico

Paciente mujer de 61 años, con antecedente de cirugía TOT año 2010 y diabetes. Consulta entre año 2015 y 2018 por flujo vaginal hemático de mal olor asociado a lesión granulomatosa suburetral de 1 cm, con informe de biopsia para condiloma acuminado, presentando mala adherencia a tratamiento.

Reconsulta dos años después, persistiendo con lesión condilomatosa y extrusión de malla con flujo de mal olor y dolor en la zona.

Se decide cirugía de resección, realizándose en diciembre del 2021 extracción de malla completa y resección de condiloma de 2 cm que rodea defecto de exposición de malla. Biopsia confirma condiloma acuminado y presencia de actinomyces en tejido vaginal.

Se indica antibioterapia por 3 meses.

Paciente asintomática a 7 meses de seguimiento.

Discusión:

Los factores de riesgo para extrusión no están bien definidos pero se postulan factores intrínsecos del paciente, mecanismos inmunológicos e infecciones subclínicas que llevan al rechazo de la malla. Dentro de las etiologías expuestas está la infección secundaria a VPH con un solo caso descrito en la literatura, destacando la ubicación inusual de la condilomatosis respecto al cuerpo extraño y por actinomicosis en dos casos; uno con resultado grave por osteomielitis de sínfisis pubiana. Ambas son presentaciones poco comunes tanto por separado como en asociación, siendo la conjunción de estas la posible etiología de la extrusión de malla.

Conclusión:

La extrusión es una complicación poco frecuente, y la presentación conjunta de VPH y actinomyces es extraordinariamente rara. Pese a lo anterior se debe considerar como diagnóstico diferencial la infección por actinomyces.



Figura 1- Malla TOT extruida, incluida en condilomatosis de pared vaginal anterior

Bibliografía

- 1- Mellano, EM, Nakamura, S. y Rodríguez, LV (2016). *El papel de la infección crónica de la malla en las complicaciones de la malla vaginal de aparición tardía o las infecciones recurrentes del tracto urinario*. Arch. Esp.Urol.
- 2- Balzarro, M., Rubilotta, E., & Artibani, W. (2013). *Human Papillomavirus Infection and Vaginal Tape Exposure after Midurethral Sling: A Case Report*. Urol. Int.
- 3 - Özel, B., Kuo, J., & Minaglia, S. (2009). *Actinomyces infection associated with the transobturator sling*. Int Urogynecol J



CONOCIMIENTO DE LOS FISIOTERAPEUTAS BRASILEÑOS SOBRE EL ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO PARA EMBARAZADAS: RESULTADOS PRELIMINARES



Ana Jéssica dos Santos Sousa¹, Jordana Barbosa da Silva¹, Jessica Gabriela de Godol Fernandes¹, Daiana Priscila Rodrigues-de-Souza², Jessica Cordeiro Rodrigues¹, Patricia Driusso¹

¹Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - Brasil e ²Universidade Nacional de Córdoba - Espanha

Introducción e Objetivo

El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) es un abordaje importante en la prevención y el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico (DSP), siendo el embarazo y el parto factores de riesgo para el desarrollo de estas afecciones. El objetivo de este estudio fue analizar los conocimientos de los fisioterapeutas que trabajan en el área de salud de la mujer sobre los beneficios del ESPM para las embarazadas.

Material y Método

Estudio transversal realizado de forma remota, de enero a octubre de 2021, a través de la plataforma Google Forms. Los investigadores crearon un cuestionario semiestructurado y autoadministrado para evaluar las características sociodemográficas y académicas, y los conocimientos sobre los beneficios del EMSP. Los datos categóricos se describieron mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados

Participaron 99 fisioterapeutas del área de salud de la mujer (43,9% entre 20 y 39 años). Respondieron que el EMSP previene las DSP (95,9%) y reduce el tiempo entre etapas durante el trabajo de parto (63,3%), previene la laceración (86,7%) y reduce el uso de instrumentación (86,7%) (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de acuerdo de los fisioterapeutas brasileños sobre los beneficios del EMSP durante el embarazo.

Preguntas formuladas a los fisioterapeutas	Estoy en desacuerdo	No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy de acuerdo
	n (%)	n (%)	n (%)
Previene DSP	1 (1,0)	3 (3,1)	94 (95,9)
Reduce el tiempo entre la 1ª y 2ª fase del trabajo de parto	16 (16,3)	20 (20,4)	62 (63,3)
Previene la laceración perineal durante el parto vaginal	6 (6,1)	7 (7,1)	85 (86,7)
Reduce la instrumentación durante el parto vaginal	8 (8,2)	5 (5,1)	85 (86,7)

Estudios señalan los beneficios del EMSP en la prevención de la incontinencia urinaria y la reducción del tiempo de trabajo parto, pero no hay pruebas sobre los efectos del EMSP realizado durante el embarazo para prevenir laceraciones y reducir la instrumentación durante el parto vaginal.

Conclusión

Los fisioterapeutas brasileños confiaron en sus conocimientos sobre los beneficios de la ESMP para las embarazadas.

Referencias

- Dumoulin, C., Cacciari, L. P., & Hay-Smith, E. J. C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Issue 10). John Wiley and Sons Ltd.
- Wu, Y. M., McInnes, N., & Leong, Y. (2018). Pelvic floor muscle training versus watchful waiting and pelvic floor disorders in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 24(2), 142–149.
- Chang, S. R., Chen, K. H., Lin, M. I., Lin, H. H., Huang, L. H., & Lin, W. A. (2014). A repeated measures study of changes in health-related quality of life during pregnancy and the relationship with obstetric factors. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2245–2256.



Peritonización con sutura barbada en sacrocolpopexia laparoscópica, influencia en complicaciones intraoperatorias y postoperatorias tempranas



Andrea Maluenda^{1,2}, Daniela Perez¹, Carolina Muñoz¹, Camila Alvarez¹, Rodrigo Pineda^{1,3}, Víctor Miranda^{1,3}

¹ Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago Chile; ² División Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago, Chile; ³Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

PROLAPSO DE ORGANOS PELVICOS

Condición prevalente 30 a 50% mujeres
Riesgo cirugía en la vida 10 a 20 %

Sacrocolpopexia (SCP)

→ cirugía reconstructiva con menor tasa recurrencia

Estudio cohorte retrospectivo
SCP 2016 a 2022 Hospital clínico
de la Pontificia Universidad
Católica de Chile

Protocolo detallado: S. Barbada
Seguimiento 1 mes post op

OBJETIVO

Describir complicaciones intra y post operatoria tempranas en paciente con peritonización de malla utilizando sutura barbada en SCP laparoscópica

51 de 193 pacientes
operadas SCP Lpc40

40 pacientes
- sutura bárbara

Edad (mediana)

60 años (RIQ 54-66)

Sin complicaciones Intra Op

1er mes seguimiento:

- 1 mujer obstrucción intestinal
Asociado a Divertículo Meckel

CONCLUSION

No se observa complicaciones intra ni post operatoria tempranas mayores asociadas a uso S. Barbada en sacrocolpopexia laparoscópica



Calidad de vida posterior a colocación de sling TOT para Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en el servicio de Ginecología del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” del 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2018.

Dra. María Suárez García ¹, Dra. Massiel Arias Salinas ².

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) deteriora significativamente la calidad de vida de las pacientes y reduce su autoestima.

El **objetivo** de este estudio es evaluar la calidad de vida de las pacientes posterior a colocación de sling TOT para IUE en 2016-2018, que acudieron a cita de seguimiento a la consulta de Ginecología del HME ADB en enero 2022.

Es un estudio descriptivo, observacional, con muestreo aleatorio sistemático. Se aplicó el cuestionario ICIQ-SF, previa firma de consentimiento informado.

Resultados:

Se evaluaron 89 pacientes, con las siguientes características:

Mayores de 50 años	60.7%
Sedentarias	67.4%
Tres o más partos vaginales	65.2%
Complicación asociada a colocación de Sling TOT	94.4%

La aplicación del cuestionario de calidad de vida ICIQ-SF muestra que le 74.1% de las pacientes nunca sufren ningún tipo de pérdida de orina y el 22.5% refiere que los episodios de pérdida urinaria son asociados a urgencia.

El resultado global del ICIQ-SF clasifica al 86.5% de las pacientes en el grupo sin afectación / afectación leve.

Frecuencia de pérdida de orina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	66	74.1	74.1
Una vez a la semana	16	18.0	92.1
2-3 veces a la semana	7	7.9	100.0
Total	89	100	100

Conclusión:

Las pacientes con 4 años o más de colocación de sling TOT para incontinencia urinaria de esfuerzo tienen mejoría de su calidad de vida en un 94.3%, con una tasa de fracaso del 5.6%.

Categorización Total	Frecuencia	Porcentaje
Sin afectación / Afectación leve	77	86.5
Moderado 6-12	7	7.8
Severo 13-18	5	5.6
Total	89	100

Se recomienda continuar la rehabilitación de piso pélvico que permita mantener estas tasas de éxito y contribuya a la recuperación post-quirúrgica de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y otras disfunciones de piso pélvico asociadas.

1. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cirugía Reconstructiva del Piso Pélvico. Hospital Militar Escuela ADB. Nicaragua.
2. Médico y Cirujano. Hospital Militar Escuela ADB. Nicaragua.



DOLOR INGUINAL SECUNDARIO A COLOCACIÓN DE CINTA MEDIO URETRAL TRANSOBTURADORA.

Autores: Enrique David Estrella Salas¹, Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

¹ Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO, México. ² Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO, México.

INTRODUCCIÓN

Las cintas medio uretrales libres de tensión son actualmente el tratamiento quirúrgico más frecuente para la incontinencia urinaria de esfuerzo. (1) Las complicaciones más comúnmente reportadas durante el abordaje transobturador son: exposición o extrusión 0.8-5%, dolor postquirúrgico 3.5-7.2%, infección 5.97%, hematomas o sangrado severo 2-3%, lesión uretral 0.6-3.5% y disfunción miccional 2.9-17.8%. (2)

OBJETIVO

Presentación de caso clínico acerca de una paciente con dolor inguinal y disfunción de vaciamiento vesical secundario a colocación de cinta mediouretral transobturadora manejada mediante resección del material protésico (cinta para incontinencia) inguinal y suburetral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente 51 años de edad, menopausia a los 47 años, hipotiroidea en control, antecedente de histerectomía vaginal reconstructiva y colocación de cinta mediouretral libre de tensión transobturadora hace 1 año, acude por sensación de vaciamiento incompleto y dolor vaginal e inguinal con intensidad 10/10, presenta además dolor al llenado vesical, niega sensación de cuerpo extraño en vagina, frecuencia urinaria diurna 16, nocturia 4.

A la exploración física sin prolapso de órganos pélvicos, sin limitación de arcos de movimiento, ni alteraciones en sensibilidad o fuerza muscular, al tacto vaginal con cinta a nivel de uretra media sin exposición, dolor a la movilización de pared vaginal derecha, se localiza prominencia de material protésico (cinta para incontinencia) en pliegue inguinal 2 cm por debajo nivel de clítoris con dolor a la palpación que se extiende hacia región supracondílea. Uretro-cistosocopia encontrando en pared lateral derecha pseudodivertículo de cuello ancho, no tumores ni cuerpos extraños. Urodinamia con disfunción de vaciamiento secundaria a detrusor hipoactivo PdetQmax 9 cmH2O, Orina residual 28%. (imagen 1-2)

Imagen 1. Uroflujometría.
Volumen vaciado 178 ml,
Qmax 14 cmH2O,
Orina Residual: 70 ml (28%),
Patron de flujo intermitente.

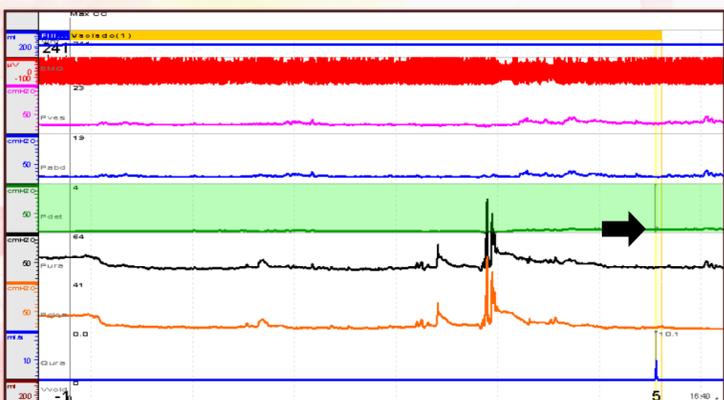
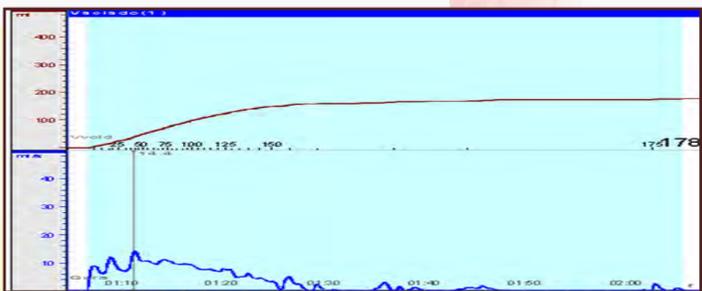


Imagen 2. Estudio de flujo presión.
Al comando de micción:
disminución de presión uretral, elevación de presión del detrusor, logra micción con escaso volumen Qmax 10 ml/s, PdetQmax: 9 cm H2O, índice de contractilidad: 59 (bajo) índice de obstrucción: -11.4 (desobstruido). Disfunción de vaciamiento vesical por detrusor hipocontractil.

CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
SERVICIO UROLOGÍA GINECOLÓGICA



RESULTADOS

Se realiza uretrolisis y resección de cinta medio uretral mediante incisión medial en pared vaginal anterior extrayendo la mayor cantidad posible de la cinta, se retiran 2 fragmentos de 2 y 3 cm de longitud (imagen 1,3), también se retira material protésico de pliegue inguinal 3 cm (imagen 2,3) sin complicaciones. Posterior a cirugía, la paciente presenta adecuada evolución postquirúrgica remitiendo completamente el dolor inguinal y mejorando síntomas de vaciamiento con orina residual del 5%.



Imagen 1

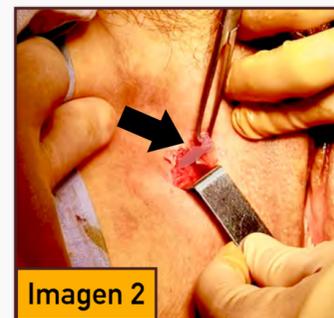


Imagen 2



Imagen 3

Imagen 1. Uretrolisis con resección de cinta mediouretral (se extraen 2 fragmentos de cinta). Imagen 2. Tracción del material protésico a nivel del pliegue inguinal. Imagen 3. Fragmentos de cinta resecaados.

DISCUSIÓN

Las cintas mediouretrales libres de tensión, particularmente las de abordaje transobturador, se han asociado con dolor inguinal, el tratamiento se debe establecer valorado o el tiempo transcurrido entre la colocación y el inicio de los síntomas. (2,3) El manejo inicial es expectante pudiéndose agregar analgésicos, transcurridos 6 semanas o más con persistencia de los síntomas se puede valorar el manejo quirúrgico con resección del material protésico, siendo este el que ofrece mejores resultados. (4)

El dolor inguinal y la disfunción de vaciamiento vesical son complicaciones poco frecuentes posteriores al manejo quirúrgico de IUE, en el caso anterior la paciente presentaba hipoactividad del detrusor que junto con el aumento de presión uretral por la cirugía antiincontinencia agravaban la disfunción.

CONCLUSIÓN

El dolor inguinal post operatorio es un reto terapéutico, al evidenciar material protésico sobre el punto doloroso inguinal, la resección de este, ofrece mejoría de los síntomas además de la posibilidad de evitar progresión de lesión neurológica. Entre las alternativas para mejorar la disfunción de vaciado iatrogénica se encuentra la sección de la cinta suburetral, recomendándose en caso de dolor en el trayecto de la cinta, el retiro de la mayor cantidad de material protésico posible.

Aspectos Éticos: aprobado por el comité de ética local, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Financiamiento: a cuenta del autor principal, sin financiamiento externo. **Conflicto de interés:** no existen.

Referencias Bibliográficas:

1. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, Abranches-Monteiro L, Arnold E, Goldman H, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019;38:433-77.
2. Jefferson Kalil, Carlos Arturo Levi D'Ancona. Detrusor underactivity versus bladder outlet obstruction clinical and urodynamic factors. *Int Braz J Urol*. Vol. 46(3): 419-424, May - June, 2020.
3. Menke H, Hazewinkel, Piet Hinou, Jan-Paul Roovers. Persistent groin pain following a trans-obturator sling procedure for stress urinary incontinence: a diagnostic and therapeutic challenge. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009 Mar;20(3):363-5.
4. Mariana Santos-Pereira, Ana Charrua. Understanding underactive bladder: a review of the contemporary literature. *Porto Biomed. J*. 2020;1-6.



IMPACTO DE CAMPAÑA DE INCONTINENCIA DE ORINA Y PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS IMPLEMENTADA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Autores: Durand, Bárbara; Cahaud, Soraya; Costanzo, Romina; Gelaf, María L.; Sanger, Ileana
Hospital José María Penna (CABA)

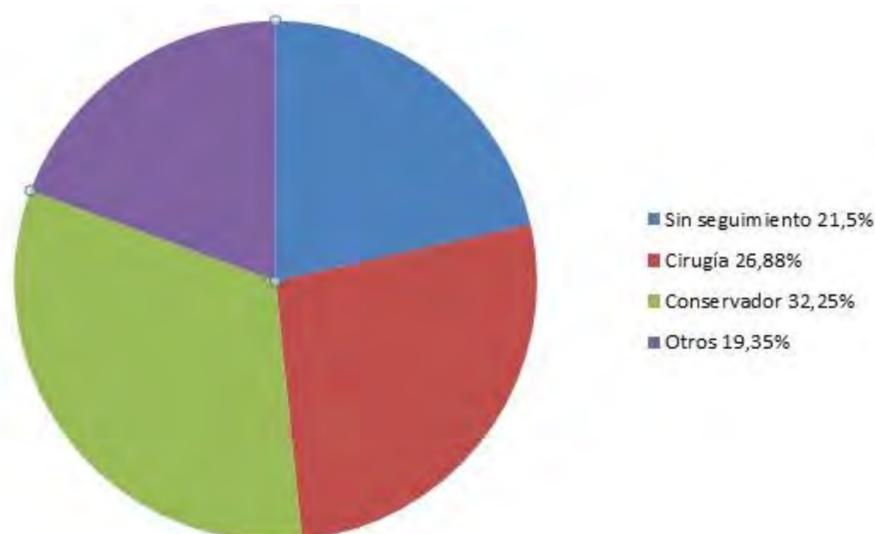
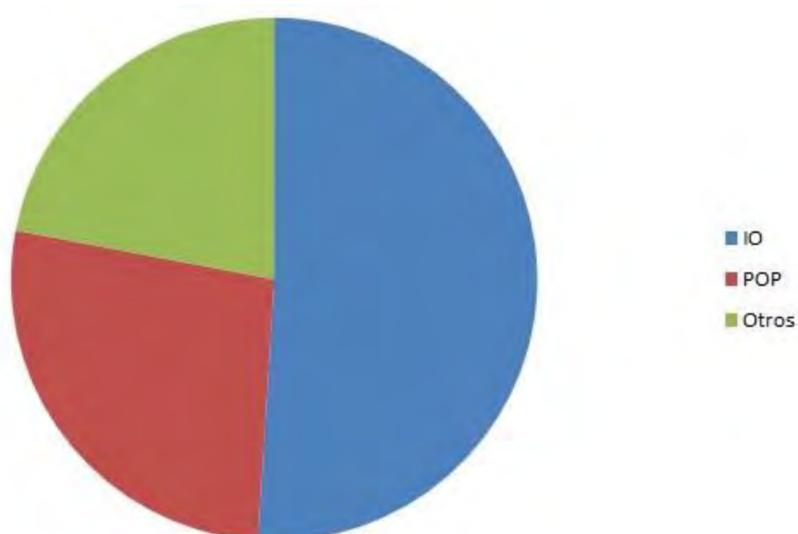
Introducción y Objetivos: La incontinencia de orina (IO) y el prolapso de órganos pélvicos (POP) son patologías de alta prevalencia en la población femenina, principalmente luego de los 50 años. Diferentes barreras socioeconómicas dificultan el acceso de las pacientes a la consulta. Durante una semana se llevó a cabo en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires una campaña sobre dichas patologías. El objetivo es presentar nuestro análisis de la población que accedió a la consulta en forma espontánea en dicho período, así como de los motivos de consulta y los tratamientos brindados.

Material y Método: Historia clínica electrónica de pacientes atendidas en Área de Uroginecología, Hospital J.M. Penna (CABA), durante 5 días del mes de marzo de 2022.

Resultados: El total de pacientes fue 93, a las cuales se dividió en mayores de 50 años (n 68, 73%) y menores de 50 años (n 25, 27%). La mediana de edad fue 57 años. Del n total, 65 concurrían por primera vez a consulta uroginecológica.

El principal motivo de consulta fue la IO (51%), a predominio de IO de esfuerzo, frente a sensación de bulto en vagina (27%) y otros (22%, incluye exposición de malla, infecciones urinarias y síndrome genitourinario). (Figura 1)

En 20 pacientes se perdió seguimiento, 25 obtuvieron tratamiento quirúrgico del POP e IO, versus 30 pacientes tratamiento conservador; y 18 de ellas recibieron tratamiento médico para otras patologías (infecciones urinarias y atrofia vulvovaginal). (Figura 2)



Conclusión: En salud pública existen barreras de acceso que es importante franquear para lograr ampliar la atención y tratamiento de la patología uroginecológica, dada su amplia prevalencia. En nuestra experiencia se ha podido brindar tratamiento a cerca del 80%, resultando este primer análisis motivador para implementar en el futuro diferentes campañas que faciliten el acceso en el ámbito público.



Trabajar en conjunto: Experiencia en rectopexia ventral protésica y sacrocolpopexia laparoscópica en un único centro docente en Chile



Andrea Maluenda^{1,2}, Carolina Muñoz¹, Camila Alvarez¹, María Elena Molina^{1,4}, Rodrigo Pineda^{1,3}, Víctor Miranda^{1,3}

¹ Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago Chile; ² División Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago, Chile; ³ Departamento de Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Departamento de cirugía digestiva y coloproctológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

SD. DEFECACION OBSTRUIDA

Urgencia, tenesmo, evacuación incompleta con disconfor perineal
90% asociado a alteración anatómica

Rectopexia ventral laparoscópica (RV)

- Tasa recurrencia baja
- Mejor resultado funcional a largo plazo

Estudio cohorte retrospectivo
RV + SCP Hospital clínico PUC
2016 a 2022

15 paciente
Seguimiento mínimo 6 meses

OBJETIVO

Reportar experiencia del manejo conjunto coloprocto-ginecológicos en paciente sometidas a RV y sacrocolpopexia (SCP) laparoscópico

Edad (mediana) 56 años (RIQ 51-62)

Paridad 3 hijos (DE1)

Seguimiento 10 meses (promedio)

13 de 15 paciente mejoría síntomas defecatorios

2 mujeres kinesiología post op
- Alcanzan mejoría completa

CONCLUSION

Trabajo conjunto permite tratamiento integral multipatológico

Buenos resultados defecatorios y de POP a mediano plazo

Contacto: maluenda.o@gmail.com



CORRIENTES DE BAJA FRECUENCIA VERSUS CORRIENTES DE MEDIA FRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA: ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO ALEATORIO

AVRAMIDIS, R. E.; BARBOSA, A. M. P.; NAGAMI, D. H.; NAVA, G. T. A.; PRUDENCIO, C. B.; PEDRONI, C. R.

Introducción y Objetivo:

La incontinencia urinaria de urgencia se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina asociada a poliuria y nicturia. Aunque es común, poco se sabe sobre la aplicación de diferentes tipos de corrientes eléctricas para la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea como tratamiento para la incontinencia urinaria. El objetivo del estudio fue comparar los efectos de la neuromodulación vesical con la aplicación de corrientes de baja y media frecuencia en mujeres incontinentes.

Material y Métodos:

Ensayo clínico controlado aleatorio. 105 voluntarias con edad media de $57,4 \pm 1,77$ años fueron sometidas a protocolo de anamnesis, valoración del suelo pélvico y aplicación de cuestionarios específicos de incontinencia urinaria y calidad de vida. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a uno de cinco grupos (G-TENS, G-TENS 150Hz, G-Aussie, G-Alto Voltaje y G-Interferencial), donde recibieron la aplicación de una de estas corrientes eléctricas. El tratamiento se realizó a través del nervio tibial por 20 sesiones, durante 30 minutos, utilizando un electrodo colocado posterior al maléolo medial y otro 10 cm encima de este. El protocolo de evaluación se repitió en las sesiones décima y vigésima. Se adoptó el intervalo de confianza del 95% y se realizaron las pruebas de Shapiro-Wilk, ANOVA, Mauchly o Greenhouse-Geisser y Post-Hoc de Bonferroni.

Resultados:

Las cinco corrientes utilizadas lograron reducir la severidad de la incontinencia urinaria y aumentar la calidad de vida y no hubo diferencia significativa entre los grupos ($p > 0,05$).

Conclusión:

Corrientes de baja frecuencia obtuvieron resultados similares a las corrientes de media frecuencia para reducir la severidad de la incontinencia urinaria de urgencia y aumentar la calidad de vida. Las participantes firmaron un consentimiento informado y el proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación (40418215.8.3001.5406). No hubo financiación ni conflicto de intereses entre los autores.

Tabla 1. Caracterización de muestras

	G-TENS		G-Alta Voltagem		G-TENS (150Hz)		G-Interferencial		G-Aussie		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Etnia	6	28,6	0	0,0	5	23,8	8	38,1	8	38,1	0,009	f
Enseñanza	10	47,6	11	52,4	8	38,1	10	47,6	10	47,6	0,922	x2
Alcohólicas	5	23,8	2	9,5	3	14,3	4	19,0	3	14,3	0,856	f
Fumadores	4	19,0	0	0,0	0	0,0	1	4,8	2	9,5	0,001	f
Perioneoplastia	4	19,0	3	14,3	3	14,3	3	14,3	3	14,3	0,99	x2
Episiotomía	13	61,9	12	57,1	11	52,4	12	57,1	14	66,7	0,906	x2
Menopausia	15	71,4	16	76,2	15	71,4	12	57,1	17	81,0	0,514	x2
IUU	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	21	100,0	1,000	f
IUE	21	100,0	21	100,0	18	85,7	21	100,0	21	100,0	0,035	f
Nocturia	6	28,6	7	33,3	12	57,1	12	57,1	11	52,4	0,173	x2

IUU: Incontinencia Urinara de Urgencia; IUE: Incontinência Urinária de Esfuerzo.

Palabras clave: Vejiga Urinaria Hiperactiva, Rehabilitación. Ensayo Clínico.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA ALIVIAR EL DOLOR RELACIONADO CON LA DISMENORREA PRIMARIA

Jessica Cordeiro Rodrigues¹, Guilherme Tavares de Arruda², Pâmela Calixto de Moraes¹, Caren Beatriz Firão², Mariana Arias Avila², Patricia Driusso¹.

¹Laboratório de Pesquisa em Saúde da Mulher, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos.

²Laboratório de Pesquisa em Recursos Fisioterapêuticos, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La dismenorrea primaria (DP) es un trastorno ginecológico que se caracteriza por dolor tipo cólico en la parte inferior del abdomen durante los periodos menstruales en ausencia de enfermedad pélvica. Se han propuesto intervenciones no farmacológicas, no invasivas y mínimamente invasivas como intervenciones de fisioterapia para obtener alivio de la DP. Este estudio tuvo como objetivo verificar el uso de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor de la DP en mujeres brasileñas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal utilizando la plataforma de formularios de Google® de enero a julio de 2020. Las mujeres fueron invitadas a participar de la investigación por adhesión voluntaria, la cual se realizó previa opinión fundamentada del comité de ética en investigación, en cumplimiento de la resolución n°. 466/2012 del consejo nacional de salud en Brasil. Este estudio se incluyó mujeres brasileñas de 18 a 45 años, que menstruaban en el momento de su participación y tenían acceso a internet. Se excluyeron las mujeres embarazadas y las mujeres con 12 meses posparto.

RESULTADOS

Un total de 9.144 (25.1±6.3 años) mujeres con DP participaron en el estudio (Tabla 1). La terapia de calor (61.5%), el té (42.2%) y el masaje (30.9%) fueron los métodos no farmacológicos más utilizados. Otros recursos incluyen meditación (5.7%), acupuntura (5.0%), reiki (2.3%), homeopatía (2.1%), fitoterapia (1.6%) y otros.

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres

Características	n (%)
Grupo de edad (n=9130)	
18-24 años	5452 (59.6)
25-39 años	3292 (36.0)
40-54 años	386 (4.2)
Educación (n=9136)	
< 8 años	30 (0.3)
9-11 años	1084 (11.8)
> 11 años	8022 (87.7)
Región Geográfica Brasileña (n=7308)	
Sureste	3513 (38.4)
Sur	1524 (16.6)
Noreste	1376 (15.0)
Medio Oeste	540 (5.9)
Norte	355 (3.8)
Edad de la menarquía (n=9030)	
< 10 años	1109 (12.1)
11-12 años	5084 (55.5)
13-14 años	2512 (27.4)
> 15 años	325 (3.5)
Duración del periodo menstrual (n=9035)	
Periodo irregular	1583 (17.3)
< 28 días	1493 (16.3)
28-29 días	4093 (44.7)
30-31 días	1339 (14.6)
> 32 días	527 (5.7)
Uso de medicamentos para el dolor menstrual (n=9118)	
Sí	6730 (73.6)
No	2388 (26.1)
Alivio del dolor después del uso de medicación (n=6903)	
Alivio completo del dolor	1232 (13.4)
Gran mejora del dolor	3465 (37.8)
Mejora ligera del dolor	2111 (23.0)
No cambia	95 (1.0)
Uso de métodos no farmacológicos para el dolor menstrual (n=9144)	
Sí	5695 (65.2)
No	3449 (37.7)

CONCLUSÃO

Las intervenciones de fisioterapia han sido utilizadas como intervenciones no farmacológicas para aliviar el dolor relacionado con la DP, aunque no existen estudios con alta calidad metodológica que demuestren la efectividad de la mayoría de los métodos.

REFERENCIAS

Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Canada 2017;39:585-95. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.023>.

Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: A critical review. Hum Reprod Update 2015;21:762-78. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv039>



Diagnóstico de incontinencia en mujeres de 20 a 60 años en población abierta

Dra. Alma Leonor Casas Santistebe¹, MCE. Julia Elena Del Angel García²
¹Clínica Moriah Tampico, ²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

La incontinencia urinaria y fecal constituyen un problema de salud principalmente en mujeres. El objetivo fue identificarlas en mujeres de 20 a 60 años en la zona conurbada de Tampico.

Métodos

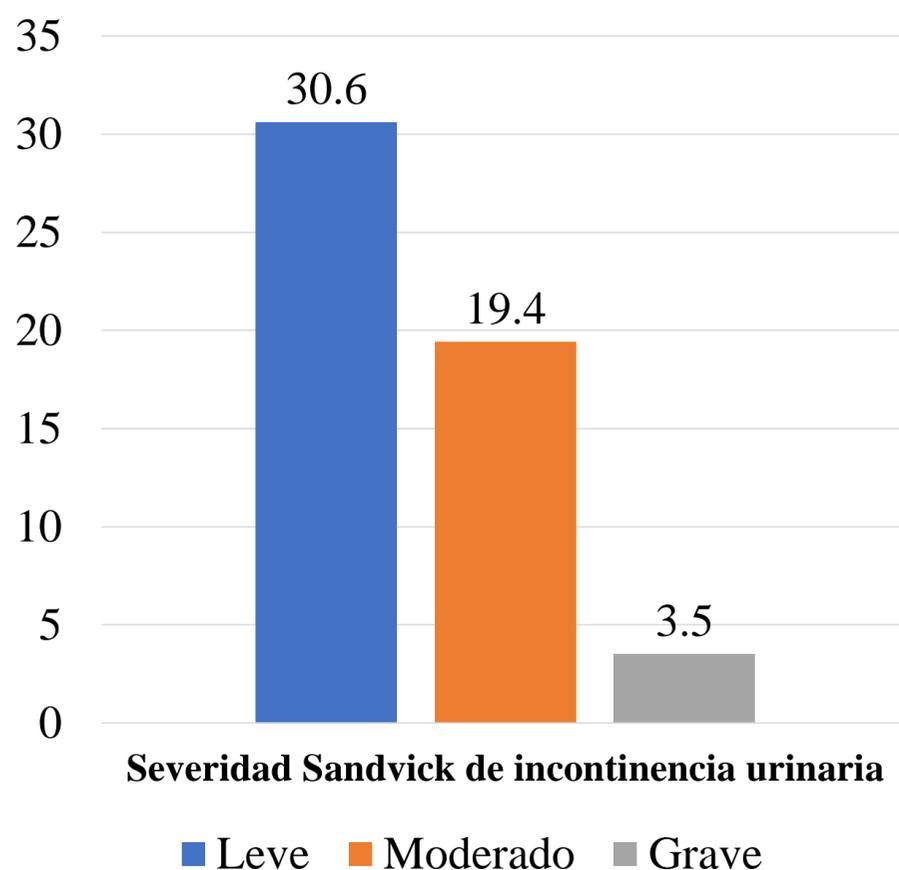
Estudio descriptivo con 144 mujeres de la zona conurbada. Se aplicaron los cuestionarios de Vejiga Hiperactiva, de Severidad de incontinencia urinaria de Sandvick y de Severidad de incontinencia fecal por Google Forms. Apego a la Declaración de Helsinki. Los datos fueron procesados y analizados por SPSS, se aplicó estadística descriptiva.

Resultados

Tabla 1. Resultados descriptivos de las variables de estudio

Variable	Media	DE	Mín	Máy
Edad	39.6	11.2	20	60
No. embarazos	1.4	1.3	0	5
No. partos	.5	1.0	0	5
Vejiga hiperactiva	15.1	6.0	8	44
Incontinencia fecal	1.7	2.1	0	12

Nota: Mayormente casos leves a moderados de vejiga hiperactiva y casos leves de incontinencia fecal



Conclusiones

La vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria fueron las más prevalentes en mujeres de 20 a 60 años, datos que resultan como una ventana de oportunidad para el diagnóstico y el desarrollo de estrategias preventivas, ya que la ausencia de ello generaría un creciente progreso de las disfunciones de piso pélvico a una edad más temprana.

Manejo quirúrgico de la incontinencia de orina con Slings de uretra media, variables para elegir cual es el más adecuado en un Hospital Universitario

Drs. Victor Miranda, Rodrigo Pineda, Andrea Maluenda, Arturo Dell`Oro

Unidad de Uroginecología, Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción y objetivos

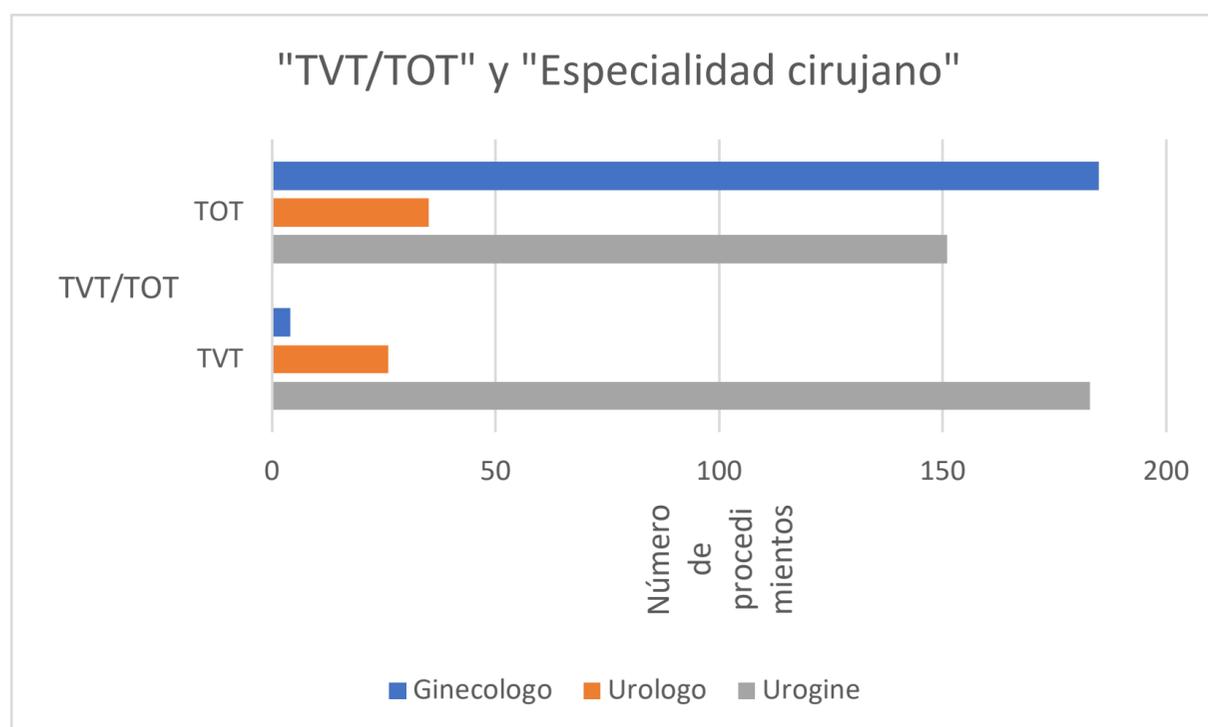
Los sling de uretra media, son en la actualidad la alternativa de elección para el tratamiento quirúrgico de las pacientes con incontinencia de orina de esfuerzo. Según la evidencia actualmente disponible, deberíamos privilegiar la vía retropúbica por sobre la trans-obturadora, dado una baja tasa de complicaciones y mejores resultados, sin embargo, en muchos lugares se sigue privilegiando la vía trans-obturadora. El objetivo del presente estudio fue evaluar las variables que han influido a lo largo del tiempo en nuestro servicio de, para tomar la decisión de cual sling de uretra media elegir para tratar una paciente con incontinencia de orina de esfuerzo. Nuestra hipótesis es que variables como especialización de cirujano y tipo de incontinencia afectaron la toma de decisiones.

Material y métodos:

Se realizó un estudio transversal que incluyó todos los sling de uretra media operados desde el junio 2007 hasta junio 2022, en nuestra institución. Tuvimos un total de 584 slings de uretra media, que se dividieron en 213 retropúbicos y 371 trans-obturador. El análisis univariado demostró un incremento de la técnica retropúbica a lo largo del tiempo, esto fue asociado con la mayor formación de los especialistas, lo que fue estadísticamente significativo (Gráfico 1), en tanto no hubo una diferencia en cuanto a severidad de la incontinencia ni el tipo de incontinencia (mixta de predominio de esfuerzo o esfuerzo pura).

Conclusión:

En nuestra experiencia hemos ido cambiando la técnica trans-obturadora por la retropúbica, la cual es en la actualidad la elección en la mayoría de los casos, y el factor que pudimos aislar fue la especialización en uroginecología por parte de nuestro staff.



“Efectividad de la Terapia Física en Mujeres con Disfunción Sexual: Scoping Review”

Daniela Aros Campos^{1,2}; Florencia Calderón Núñez^{2,4}; María Díaz Lemus^{2,3}; Verónica Aliaga ^{2,5}

INTRODUCCIÓN: Las disfunciones sexuales femeninas son altamente prevalentes a lo largo de la vida, sin embargo, no son de fácil abordaje para los profesionales de salud. Los aspectos físicos de las disfunciones sexuales y su tratamiento, frecuentemente son subvalorados, porque la evidencia sobre la terapia física en estas disfunciones es limitada. Lo que genera que sean parcialmente tratadas y su sintomatología se pueda mantener y/o aumentar en el tiempo, impactando en la función sexual y en la calidad de vida.

OBJETIVO: Revisar la literatura disponible sobre la terapia física en disfunciones sexuales femeninas y establecer su efectividad.

Aros et al. *Kinesiología* (2022); 41(3): 230-238



“Efectividad de la Terapia Física en Mujeres con Disfunción Sexual: Scoping Review”

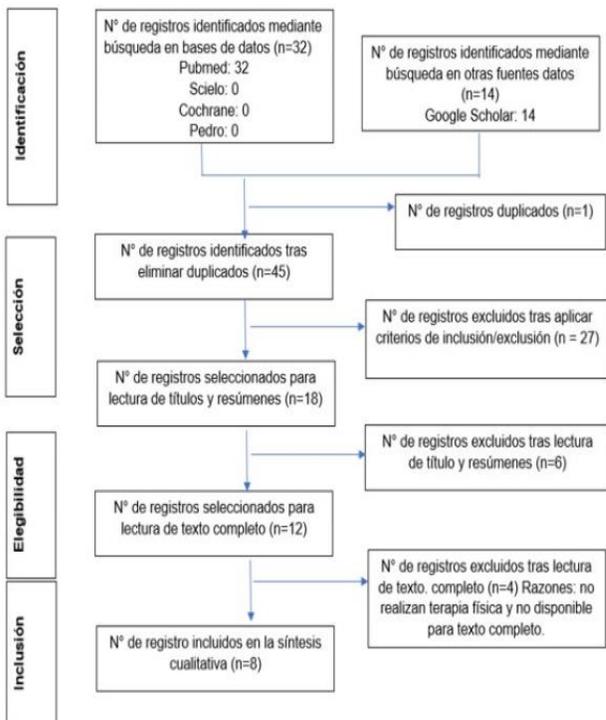
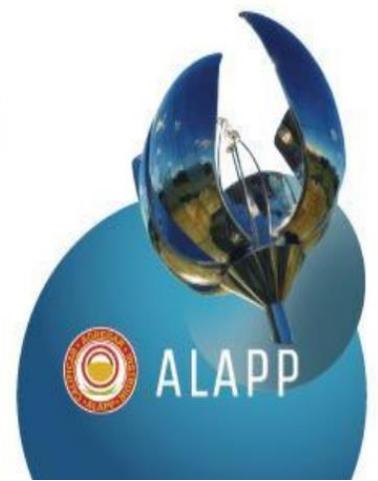
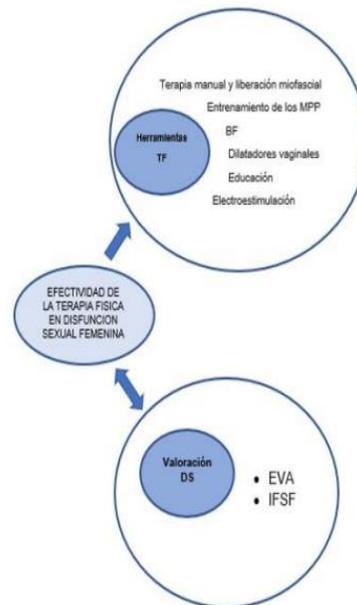


Figura 2. Efectividad de la terapia física en las DSF.



INJURIA OBSTETRICA DEL ESFINTER ANAL, EXPERIENCIA 8 AÑOS HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR

López I (1), Molina L. (2) Muñoz J(3)

1. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

2. Ginecólogo Obstetra, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

3. Ginecólogo Obstetra, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio.

Introducción: La injuria obstétrica del esfínter anal (OASIS por sus siglas en inglés) corresponde a los desgarros perineales grado 3 y 4. Su incidencia es variable y se ha descrito entre 4 y 6,6% de los partos vaginales. El diagnóstico es clínico. Factores de riesgo incluyen la nuliparidad, parto instrumental y la episiotomía. Dentro de las estrategias para disminuir su incidencia está el control cefálico, masaje perineal durante la segunda etapa de trabajo de parto, uso de compresas tibias y uso restrictivo de la episiotomía. El diagnóstico y reparación debe ser realizado por personal entrenado puesto que determina el pronóstico a corto y largo plazo; debiéndose asegurar una técnica quirúrgica y un manejo post operatorio óptimo. La morbilidad asociada está representada principalmente por la incontinencia anal y síntomas ano-rectales; lo que determina problemas psicológicos, sociales e higiénicos. Con su correcta reparación, 60-80% de las mujeres son asintomáticas. No hay evidencia de qué vía de parto es recomendable en un futuro embarazo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva. Se revisó planilla de registro de partos de los últimos 8 años del HGF de Viña del Mar, desde Enero de 2014 a Diciembre de 2021. El objetivo fue analizar los partos vaginales durante este período, describir la incidencia del uso de fórceps y/o episiotomía y la frecuencia con la que ocurre una injuria del esfínter anal durante el parto. En Chile no existen estudios de prevalencia, por lo que esto corresponde a una primera aproximación al tema.

Resultados: Durante el período estudiado hubo un total de 11369 partos vaginales. En 51 pacientes se describió un desgarro perineal grado 3 o 4, lo que representa un 0,44% de los partos vaginales. Dentro de estos se registraron 4 desgarras grado 4 (8%) mientras que el resto fue grado 3 (92%). En este subgrupo la episiotomía se realizó en un total de 18 pacientes (35%). El fórceps se llevó a cabo en 8 pacientes (15%). En 35 pacientes el trabajo de parto fue inducido (69%). 44 pacientes no registraban partos anteriores (nulipara) (86%) (tabla 1). Se vio un porcentaje de diagnóstico de OASIS por año, sin mayor variación y no superando el 1% de los partos totales por año (tabla 3).

Conclusión: OASIS es una patología frecuente en sala de parto, de difícil diagnóstico, por lo cual requiere personal entrenado para el reconocimiento y solución precoz. Puede tener importantes consecuencias clínicas a corto, mediano y largo plazo. Existen medidas de prevención y enfrentamiento. La tasa de OASIS observada en este estudio está muy por debajo de las reportadas por la literatura (7%), probablemente por una falla en el reconocimiento de estas. Conociendo la importancia del correcto diagnóstico y clasificación de las lesiones para la calidad de vida futura de estas mujeres, es importante que el personal que atiende partos esté capacitado, conozca sus propias limitaciones y este constantemente revalidando sus conocimientos.

Tabla 1. Variables demográficas pacientes con OASIS	
Variable	Frecuencia absoluta (relativa)
OASIS grado 3	47 (92%)
OASIS grado 4	4 (8%)
Forceps	8 (15%)
Episiotomía	18 (35%)
Inducción	35 (69%)
Nulipara	44 (86%)
Multipara	7 (14%)
Variable	Promedio (rango)
Edad (años)	24.1 (15-39)
Peso de recién nacido (gramos)	3.500 (2.760-4.530)
Talla de recién nacido (cm)	49.9 (46-54)
Edad gestacional (semanas)	39 (35-41)
OASIS Obstetric anal sprinter injury.	

Tabla 3. Distribución por año de OASIS (porcentaje)								
Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
OASIS	0,22 %	0,82 %	0,38 %	0,37 %	0,32 %	0,42 %	0,41 %	0,58 %

Abordaje de fisioterapia en hipertonia del esfínter anal a propósito de un caso.

Carolina Martínez Videla.

Unidad de Suelo Pélvico. Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica MUCAM

Introducción y objetivos:

El tratamiento convencional enfocado a la disinergia esfinteriana causada por dicha hipertonia, combina varias técnicas y herramientas dependientes de la evaluación y el diagnóstico kinésico.

El síndrome miofascial (Travell y Simons), acompaña frecuentemente dicha disfunción generando más hipertonia y dolor (local- referido), alterando la calidad de vida.

Por otro lado, el Cross-tape (Kang y Tanaka) colabora desactivando los puntos gatillos (PGM), restableciendo la bioelectricidad de los tejidos afectados y el flujo sanguíneo debajo de dicha aplicación por la descompresión tisular generada.

Por tanto, se decide acompañar las técnicas de liberación miofascial con aplicaciones de Cross-tape en la musculatura externa del CALPP.

Materiales y métodos:

Paciente masculino de 40 años presenta dolor durante y post-defecación, invalidante con período de reposo de 2-3 hs para su recuperación. Rectorragias ocasionales de 2 años de evolución.

AP.: Constipación de larga data, evacuaciones duras con frecuencia 2-3 veces por semana.

2012 Prolapso mucoso post-defecatorio.

2018 Tratamiento con fibra, banding hemorroidal.

07/2018 Hemorroidectomía GIII

Estudios:

FCC y Videocolonoscopia (06/2021): Hemorroides internas GI-II fluxivas.

Manometría (08/2021): Presión de reposo (80mmHg), confirma hipertonia esfinteriana y descarta contracción paradójica.

Eco-endoanal (08/2021): S/A

Se realiza anamnesis exhaustiva, evaluación física y se brinda consentimiento informado.

Se utiliza: - Criterios ROMA IV (estreñimiento funcional)

- Escalas evaluativas (EVA, Wexner, Bristol, diarios miccional) al inicio, mitad y al final del tratamiento.

- Cross-tape y goniómetro

Tratamiento:

-Medico con nitroglicerina sin respuesta satisfactoria.

-Psicológico en tratamiento 2 años y medio.

-Fisioterapia (2 etapas):

Etapa 1:

Técnicas :

- Comportamentales (ergonomía evacuatoria, ejercicio físico, ingesta hídrica, alimentación).

- Miofasciales en CALPP

Consultorio: compresión isquémica +elongación, se complementa con aplicaciones de Cross-tape en musculatura superficial del PP (centro perineal, transverso superficial, isquiocavernoso) y musculatura aductora para acompañar el tratamiento en domicilio.

-Electroterapia: Neuromodulación del nervio tibial posterior y parasacral. Electroestimulación intracavitaria (relajación).

-Biofeedback electromiográfico.

Domicilio: Rutina de ejercicios que inician y finalizan con técnicas de relajación y elongación.

Etapa 2:

-Biofeedback manométrico

-Técnica del balón rectal

-Ejercicio físico.

Resultados:

Se evalúa al inicio-mitad, modificación de la finalización tratamiento.

EVA: - AVD Pasa de 5 a 1, finaliza con 1.

- Post-defecación pasa de 10 a 6, finaliza con 5.

Tiempo evacuatorio: inicia 20min. finaliza con menos de 5min

Tiempo recuperación de 2-3hs finaliza con 20min

Wexner: inicia 13 / 10

Bristol 3-5.

Goniometría Abducción de cadera: hemilado derecho 30° - 35°- 42° y hemilado izquierdo 35° -39- 43°.

Conclusión:

Se considera que la aplicación de Cross-tape en este caso favoreció y potenció el tratamiento en domicilio, al desactivar los PGM disminuyó el dolor optimizando el tiempo en consultorio. Es necesario realizar estudios con número de pacientes y herramientas científicas adecuadas.

Declaro no presentar conflicto de interés.

Palabras claves: Hipertonia anal, síndrome miofascial, Cross-tape.



ESTIMULACIÓN DEL NERVILO TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTÁNEO (TTNS) EN DETRUSOR HIPERACTIVO.

Apala D, Cardozo J, Espinoza M, Meduri S, Fraxanet G.
Hospital Nacional Profesor A. Posadas

OBJETIVO

Evaluar la tasa de mejoría sintomática y calidad de vida, en pacientes con diagnóstico de detrusor hiperactivo que fueron sometidos a estimulación transcutánea del nervio tibial posterior.

MATERIALES Y METODOS

Estudio tipo serie de casos prospectivo, Se incluyeron 24 pacientes mujeres, la edad media fue de 56 años, todas con diagnóstico de detrusor hiperactivo y síntomas persistentes posteriores a recibir tratamiento de primera línea. El protocolo utilizado fue 1 sesión semanal de 30 minutos a 20 Hz por 12 semanas. Fueron evaluadas pre y post tratamiento con cartilla miccional y cuestionario de calidad de vida validada (I-QOL).

RESULTADOS	PACIENTES ESTIMULACION TRANSCUTANEO DEL NERVILO TIBIAL (n: 24)
Genero, n (%)	
Femenino	100 (n: 24)
Masculino	n: 0
Edad, (media)	56 años
Duración de síntomas en meses (%)	
6 meses	50 (n: 12)
9 meses	33 (n: 8)
12 meses	17 (n: 4)
Tratamiento previo a TTNS, n (%)	
Anticolinérgicos	87,5 (n: 21)
Oxibutinina	4,1 (n: 1)
Mirabegron	4,1 (n: 1)
Mirabegron + Anticolinérgicos	4,1 (n: 1)
Botox	0 n: 0

RESULTADOS

El estudio de 24 pacientes mujeres. Según el análisis auto informado (IQOL) la frecuencia diurna disminuyó notablemente.

La incontinencia urinaria y la urgencia disminuyeron en un 50% y 25% respectivamente, mejoró en gran medida la calidad de vida. La adherencia al tratamiento fue favorable.

Resultados	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
Diario miccional 3 días no consecutivos (media)		
Frecuencia diurna	8,8	7,2
Frecuencia nocturna, nicturia	1,9	1,4
Volumen miccional	165,5	211,2
Nº episodios de urgencia	7,4	5,6
Nº episodios de incontinencia	1,75	0,9
I-QOL Percepción de calidad de vida (%)		
	60,6	75,3
Adherencia al tratamiento completo (%)	100 (n: 24)	91,6 (n: 22)

CONCLUSION

Este estudio de serie de casos, permitió demostrar la eficacia de TTNS, en cuanto a la disminución de frecuencia diurna y reducción de los episodios de incontinencia de urgencia y mejora de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

I-QOL observatoriodelaincontinencia.es/pop_cuestionario_iqol.
D'Ancona CD, Haylen BT, Oelke M, Herschorn S, Abranches-Monteiro L, Arnold EP, An International Continence Society (ICS) Report on the Terminology for Adult Male Lower Urinary Tract and Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2019; DOI: 10.1002.
Aylen BT, de Ridder D, Freeman RM, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29:4-20.
Burkhard FC, Lucas MG, Berghmans LC, et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults [Internet]. European Association of Urology Guidelines. 2016 [cited 2017 Mar 3]. Available online at <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>.



VEJIGA NEUROGÉNICA CON DERIVACIÓN URINARIA MITROFANOFF Y EMBARAZO.

Autores: Enrique David Estrella Salas¹, Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

¹ Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO, México. ² Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO, México.



CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA



INTRODUCCIÓN

La derivación urinaria continente se define como un reservorio urinario de baja presión con un mecanismo eferente sondable diferente de la uretra, representa un avance decisivo en el tratamiento de disfunciones vesicouretrales severas en la infancia (1), en el caso de la técnica de Mitrofanoff, el apéndice cecal es el mecanismo eferente utilizado para el sondaje, abocado a la piel en la región suprapúbica o por estoma umbilical que permite la continencia y el autosondaje (2). (figura 1)

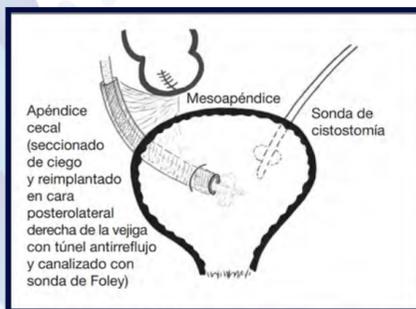


Figura 1. Esquema de la derivación urinaria con técnica de Mitrofanoff.

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura acerca del manejo y seguimiento de una paciente embarazada portadora de derivación urinaria con técnica de Mitrofanoff.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 24 años, primigesta, con antecedente de meningitis bacteriana a los 3 meses de edad presentando vejiga neurogénica como secuela, manejándose con cateterismo limpio intermitente durante 8 años y posterior realización de derivación urinaria con técnica de Mitrofanoff. Actualmente con embarazo único espontáneo, durante el control prenatal desde el primer trimestre urocultivos aislándose *Escherichiae Coli* Betalactamasa de amplio espectro, manejadas con antibioticoterapia acorde a sensibilidad. A la semana 36 de gestación, presenta amenaza de parto pretérmino e infección urinaria alta, feto en presentación pélvica, evolucionando a trabajo de parto activo realizándose cesárea por distocia de presentación.

Figura 2. Laparotomía media supraumbilical.



Aspectos Éticos: aprobado por el comité de ética local, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Financiamiento: a cuenta del autor principal, sin financiamiento externo.

Conflicto de interés: no existen.

Referencias Bibliográficas:

- Viana Casado MP, Vellido Coteló R, Sacristán Juárez A. Manejo de la gestación en pacientes con extrofia vesical corregida según técnica de Mitrofanoff. Prog Obstet Ginecol. 2018;61(1):56-58.
- Ana Belén Cuesta Cuesta, et al. Lesión urológica compleja y gestación. Técnica de Mitrofanoff. Prog Obstet Ginecol. 2009;52(8):468-72.
- Al Rashdi H, Soustelle L, Ed Dine Fadli S, Droupy S. Can childbearing spinal cord injury women with continent cutaneous urinary diversion have child? Urol Ann 2022; 14:96-8.

RESULTADOS

Se realiza abordaje quirúrgico para resolución del embarazo mediante laparotomía media supraumbilical, (figura 2) histerotomía corporal y extracción cefálica (figura 3-4) con los siguientes hallazgos: recién nacido femenino, peso de 2446 gramos, APGAR 8/9, Capurro 36 semanas, no precisa reanimación neonatal avanzada. Útero con adherencias firmes y laxas de cuerpo y cara lateral derecha a pared abdominopélvica, anexos normales, estoma urinario sin lesión durante la cesárea. (figura 5-6) No se presentaron complicaciones post operatorias.

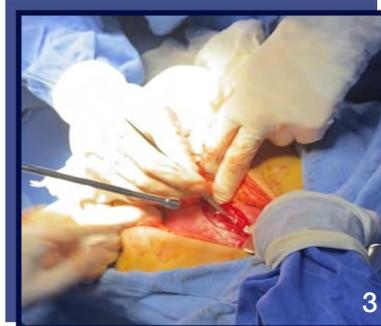


Figura 3-4. Histerotomía corporal y extracción cefálica.



Figura 5. Cierre de histerorrafia.

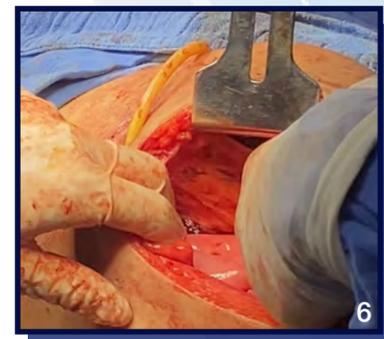


Figura 6. Estoma urinario libre de lesión.

DISCUSIÓN

El pronóstico reproductivo, complicaciones durante la gestación y la vía de terminación del embarazo sigue siendo motivo de preocupación en las pacientes sometidas a derivación urinaria continente (1). El embarazo y parto en mujeres con derivación urinaria Mitrofanoff es un desafío médico, la literatura disponible actualmente es insuficiente para guiar la práctica clínica, mientras que el parto vaginal se propone como opción de primera línea, en ausencia de cualquier malformación genital importante, contraindicación obstétrica, anestésica o neurológica.

En caso de realización de cesárea se debe considerar que la enterocistoplastia y vascularización de la derivación se encuentra con mayor frecuencia en hemiabdomen derecho. Adicionalmente se debe mantener control prenatal estrecho ya que las infecciones urinarias febriles se observan hasta en el 30 % de los embarazos (3).

En este caso la paciente cursó con infección de tracto urinario manejada con antibioticoterapia y fue sometida a una cesárea por indicación obstétrica, realizando un abordaje abdominal supraumbilical y así evitando la lesión de la derivación urinaria, en el postoperatorio cursa con adecuada evolución manteniendo la derivación funcional.

CONCLUSIÓN

El embarazo en pacientes con derivación urinaria con técnica de Mitrofanoff se considera de alto riesgo y requiere atención médica multidisciplinaria: obstetras, uroginecólogos y urólogos, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar los resultados perinatales.



Infeción pelviana a punto de partida de exposición vaginal de malla transvaginal, a 7 años de la cirugía de prolapso.

A.Vendramini¹, A. Lewin¹, F. Creamonte¹, E. Scuderi¹, M. Toziano¹.

¹Hospital Naval Pedro Mallo de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La exposición vaginal de malla transvaginal para corrección de prolapso es una complicación con tasa reportada de hasta 25%. Cuando es mayor a 1 cm o sintomática, se propone su recorte en consultorio o quirófano. Existen pocos reportes de infecciones pelvianas a punto de partida de exposiciones vaginales. Presentamos en este caso una complicación tardía, a 7 años de la cirugía primaria.

MÉTODO

Reporte de caso.

RESULTADOS

- Mujer de 55 años, múltipara, sin comorbilidades
- Antecedente: cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en 2015, con malla de polipropileno tipo 1, de incisión apical con fijación al ligamento sacroespinoso (Splentis®)
- Consulta por: dolor pélvico espontáneo, fiebre intermitente y ginecorragia amarronada maloliente de 7 días de evolución.

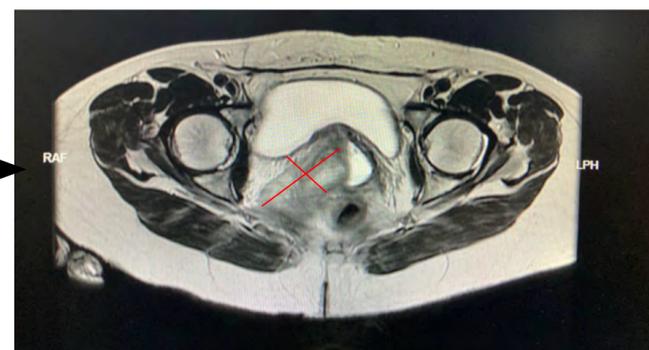
Exámen Físico

Exposición de 4 cm de malla transvaginal a nivel del cuello uterino e induración paravaginal derecha, tercio superior.



RMN

Adyacente a cara anterolateral derecha de vagina, imagen redondeada heterogénea de 70 x 35 x 31 mm.



Prosthesis/Graft Complication Classification 6CeT4S4

ICS IUGA

Resección parcial bajo anestesia + antibioticoterapia endovenosa por 7 días y vía oral 10 días.



Brazo derecho de malla transvaginal



Postoperatorio inmediato



Postoperatorio de una semana.

- Hallazgo: encapsulación de brazo derecho de la malla.
- Resección de tejido fibrótico para acceder al mismo, hasta su fijación al ligamento sacroespinoso.
 - Resección de porción de material sintético a nivel del cuello uterino
- Se constata correcta integración del brazo izquierdo al tejido, por lo que se decide conservarlo.
 - Recibe antibioticoterapia endovenosa por 7 días y vía oral por 10 días.
- Evolución favorable al tercer mes postoperatorio sin signos de infección clínica e imagenológica (RMN).

CONCLUSIÓN

Este caso nos recuerda que en pacientes con exposición grande de malla, sean sintomáticas o asintomáticas, es recomendable realizar su recorte o exéresis parcial.



Factores de riesgo de disfunción de piso pélvico en consulta ginecológica

Dra. Alma Leonor Casas Santistebé¹, MCE. Julia Elena Del Angel García²
¹Clínica Moriah Tampico, ²Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción

Las disfunciones de piso pélvico son un conjunto de patologías multifactoriales y prevalentes en mujeres. Por tal motivo, el objetivo fue identificar la asociación del índice de masa corporal, estreñimiento y las disfunciones de piso pélvico.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal con una muestra de 76 mujeres que asisten a consulta ginecológica, seleccionadas por conveniencia para realizar una valoración integral y anamnesis para la identificación de factores de riesgo y determinación del diagnóstico de disfunción de piso pélvico. Apego a la Declaración de Helsinki. Los datos fueron procesados en el programa SPSS (Statistical Package for Social Science). Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados

Tabla 1. Resultados descriptivos de las variables de estudio

Variable	Media	DE
Edad	39.3	16.1
Embarazos	2.5	2.1
Partos	1.5	1.0
Cesáreas	.5	.8
Abortos	.4	.8
IMC		%
Bajo peso		1.3
Peso normal		39.5
Sobrepeso		38.2
Obesidad GI		15.5
Obesidad GII		3.9
Obesidad GIII		1.3

- Asociación significativa entre el antecedente de estreñimiento y la disfunción de piso pélvico ($X^2=19.64$, $p<.005$).

- En los pacientes con disfunción de piso pélvico existe mayor proporción de antecedente de estreñimiento (67.1%) en comparación con los que no tenían dicho antecedente (32.9%).

- Se presentó mayormente en la incontinencia dual (17.6%), síndrome genitourinario (13.7%), incontinencia urinaria de esfuerzo (11.8%), vejiga hiperactiva (11.8%), incontinencia urinaria mixta (5.9%), incontinencia fecal (5.9%) y prolapso (5.9%).

- Respecto al IMC, no se identificó una asociación significativa con el diagnóstico de disfunción de piso pélvico ($X^2=7.40$, $p>.05$).

Conclusiones

El antecedente de estreñimiento puede representar un factor de riesgo para el desarrollo de disfunciones de piso pélvico, lo que destaca la necesidad de educación y prevención de esta problemática



Experiencia ginecología en el tratamiento del síndrome de vejiga hiperactiva refractaria a terapias convencionales con toxina botulínica A



Andrea Maluenda^{1,4}, Dominga Pohlhammer², Katia Farcas¹, Tania Avayu³, Christine Ledezma⁴, Javier Pizarro-Berdichevsky^{2,4}

¹ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile; ² Centro de Innovación en Piso Pélvico, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile; ³ Facultad de medicina, Universidad de Chile, Santiago Chile; ⁴Departamento de Ginecología, Hospital Dra. Eloísa Díaz, La florida, Santiago, Chile.

SD. VEJIGA HIPERACTIVA

Afecta 9 a 43% mujeres

Terapia escalonada

- conductual, farmacológica, no farmacológica y quirúrgica

Refractaria 30 a 50%

- requiere Qx Botox a detrusor

Estudio cohorte retrospectivo
Hospital Dr. Sotero del Rio
2018 a 2022

Mujeres tratadas con inyección botox a musculo detrusor por Sd. Vejiga hiperactiva

OBJETIVO

Reportar experiencia y resultados del tratamiento de mujeres con vejiga hiperactiva refractaria a 1era y 2da línea con toxina botulínica A

Total 33 Pacientes

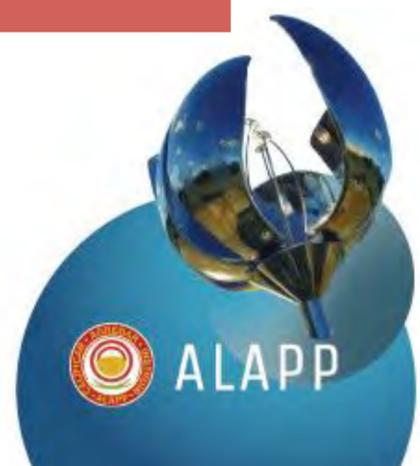
Post tratamiento

Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) 20 de 33 → mucho mejor

	Pre Botox	Post Botox
Frecuencia miccional	11 / 5 (diurno / nocturno)	6 / 1 (diurno / nocturno)
Paños	5 en 24hr	3 en 24hr
Sandvick Score	8	3

CONCLUSION

Es posible el manejo con Toxina Botulina A en mujeres con síndrome de vejiga refractaria, con buenos resultados e impacto significativo en mejorar calidad de vida.





Cálculos vesicales secundarios a presencia de cuerpos extraños en vejiga: reporte de casos.

Autores: Durand, Bárbara; Cahaud, Soraya; Costanzo, Romina; Gelaf, María L.; Sanger, Ileana
Hospital José María Penna (CABA)

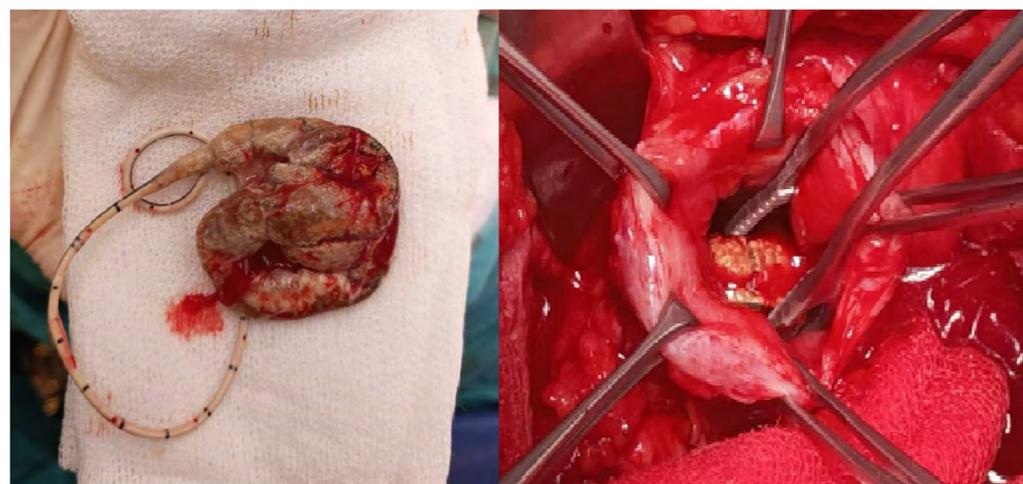
Introducción: La cistolitiasis, o cálculos vesicales, se refiere a la presencia de cálculos o materiales calcificados en la vejiga, los cuales generalmente se asocian con estasis urinaria o un cuerpo extraño. Se presentan los casos de dos pacientes femeninas con diagnóstico de cistolitiasis en un hospital de Buenos Aires, los hallazgos intraoperatorios y su resolución.

Presentación de casos:

Paciente de 67 años, con antecedente de colocación de sling transobturador en 2019, que posteriormente evolucionó con síntomas irritativos urinarios e infección urinaria recurrente. La ecografía transperineal evidencia sling intravesical rodeado por material hiperecogénico. Se realiza cistotomía laparotómica. Se extrae cuerpo extraño intravesical observándose presencia de material de malla de polipropileno rodeado por concreción calcárea duro pétrea de 5 centímetros de longitud.



Paciente de 34 años, cursando post operatorio de 6 meses de cesárea e histerectomía puerperal, consulta por pérdida de orina por vagina asociada a dolor miccional intenso. Al examen se visualiza orificio fistuloso en cúpula vaginal por el cual protruye concreción calcárea. Tomografía de pelvis evidencia vejiga con catéter ureteral doble J en su interior. Se realiza laparotomía con cistotomía y fistulectomía, extrayéndose catéter doble J intravesical con lito de 5 cm rodeando el mismo.



Conclusión: Los cálculos vesicales pueden provocar síntomas urinarios significativos y gran malestar en el paciente. Dado el avance en el uso de material protésico en procedimientos uroginecológicos, es importante tener presente la posibilidad de estas complicaciones, especialmente en pacientes con síntomas irritativos o infección urinaria recurrente posteriores a procedimientos uroginecológicos.

Manejo quirúrgico de prolapso en pacientes de edad avanzada (≥ 70 años) en Hospital regional de Antofagasta, Chile, periodo 2018-2022.

Fernando Diaz R. (1) - Humberto Castro T (2) - Soriana Carballo V. (1)
(1) Ginecólogo-obstetra unidad piso pélvico, Hospital Regional de Antofagasta
(2) Becado Ginecología & Obstetricia, Universidad de Antofagasta

Introducción El Hospital Regional de Antofagasta (HRA) atiende anualmente en promedio 1300 mujeres en el servicio de ginecología, un 17% de la población consulta por disfunción de piso pélvico.

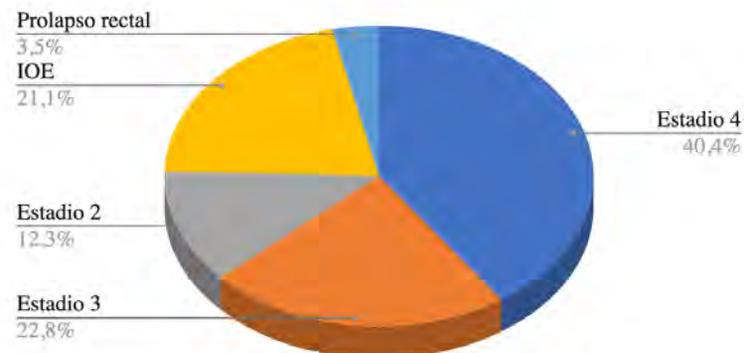
El tratamiento quirúrgico del prolapso de órganos pélvicos se considera cuando el manejo conservador ha fallado. Las pacientes de mayor edad son un grupo de riesgo por sus comorbilidades.

Objetivo Mostrar el manejo quirúrgico del prolapso genital en mujeres mayores de 70 años en los últimos 5 años, en nuestro hospital.

Material y Método Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes mayores de 70 años operadas con diferentes técnicas quirúrgicas entre los años 2018 y 2022 mediante revisión de fichas clínicas en sistema SICLOPE, analizando resultados, seguimiento y complicaciones.

Resultados

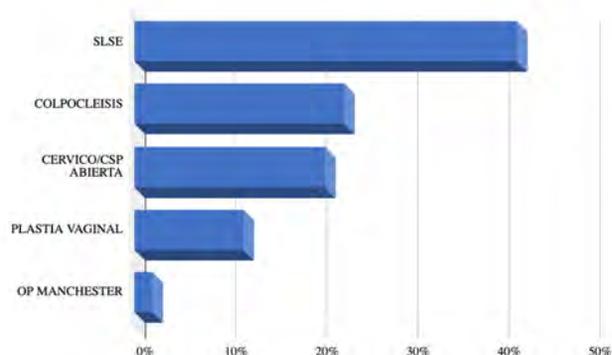
En el periodo de estudio se operaron **43 pacientes con un promedio de edad de 76 años**. En un 63% el grado de prolapso fue 3 o 4, con un 20% de incontinencia urinaria asociada.



Control postoperatorio rango entre 1 y 29 meses con un promedio de 8 meses. En la actualidad un **84% están sin prolapso**.

Hubo 6 recidivas: 2 Plastia vaginal, 3 SLSE y 1 Colpocleisis.

La cirugía más frecuente fue la suspensión al ligamento sacroespinoso (**SLSE**) con un 42%.



Conclusión

En nuestra experiencia **tanto las técnicas quirúrgicas reconstructivas como obliterativas fueron efectivas** en el tratamiento quirúrgico del prolapso en pacientes de 70 años o más concordando con la experiencia internacional.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
HOPITAL DE GINECO – OBSTETRICIA
SERVICIO DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA



DISFUNCIÓN DE VACIAMIENTO SECUNDARIO A LITO VESICAL

Autores: Enrique David Estrella Salas¹, Daniela Alejandra Burciaga Guevara², Rocío Margarita Zaragoza Torres¹, Mónica Lizeth Grijalva Saavedra², Yesenia Campos Flores², Dulce María Rosette Cortés², Carlos Armando Cuevas Félix², Luis Daniel Salgado Lozada²,

¹ Médico Adscrito al Servicio Urología Ginecológica CMNO, México. ² Residente Sub Especialidad en Urología Ginecológica CMNO, México.

Introducción

Disfunción de vaciamiento vesical se define como un flujo anormalmente lento y/o sensación de micción incompleta, diagnosticada por síntomas y hallazgos urodinámicos.(1) La prevalencia en mujeres oscila del 6.8% al 61.7% y varía acorde a los criterios diagnósticos.(2) Las causas de disfunción asociadas a la contractilidad vesical incluyen hipoactividad del detrusor o detrusor acontractil, mientras que las relacionadas a obstrucción de salida uretral pueden ser causadas por obstrucción anatómica o funcional.(3) Algunas obstrucciones anatómicas pueden ser condicionadas por prolapso de órganos pélvicos o estrechez uretral; entre los hallazgos urodinámicos sugestivos de obstrucción del flujo de salida se encuentran aumento de PdetQmax, Qmax bajo y un volumen de orina residual elevado, sin embargo, puede llegar a ser difícil identificar el sitio de obstrucción. (4)

Objetivo

Describir un caso de disfunción de vaciamiento de tipo obstructivo secundaria a presencia de lito vesical con efecto de válvula.

Material y Métodos

Paciente valorada en consulta por infecciones de vías urinarias de repetición y síntomas de vaciamiento, con antecedente de histerectomía abdominal más colposuspensión de Burch. Se inicia abordaje con ultrasonido de vías urinarias, uroflujometría anormal, cistoscopia en donde se identificando lito intravesical de 3.5 cm de diámetro que condiciona disfunción de vaciamiento, al actuar como válvula durante el vaciado.

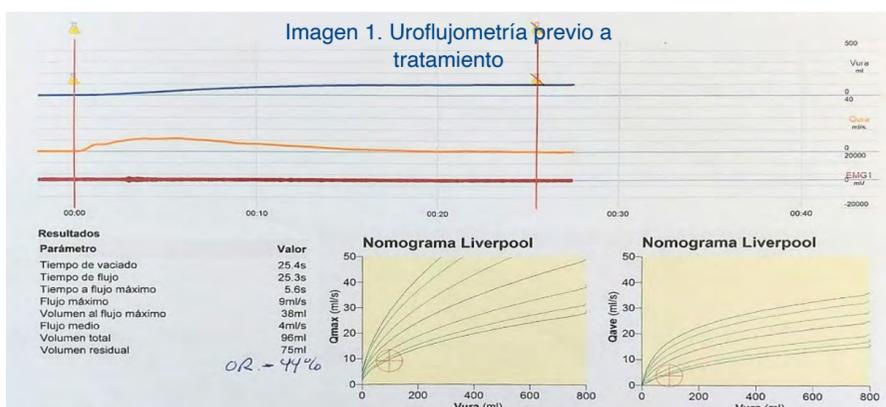


Imagen 2. Luz uretral con presencia de lito cubriendo orificio uretral interno

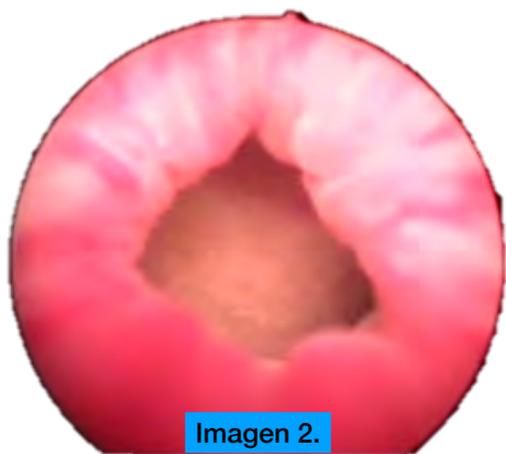


Imagen 2.

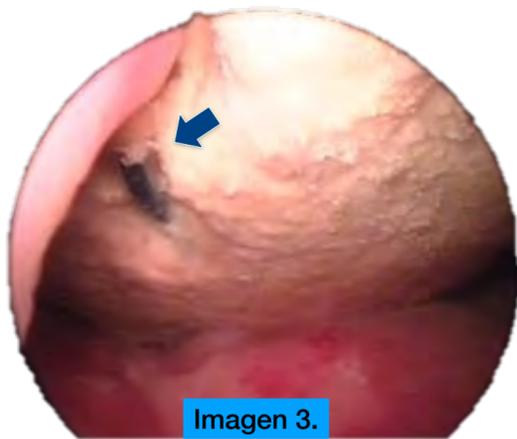


Imagen 3. Sutura en pared vesical anclada a lito

Imagen 3.

Figura 4. Meato uretral derecho con leucoplaquia, se observa cercanía con lito

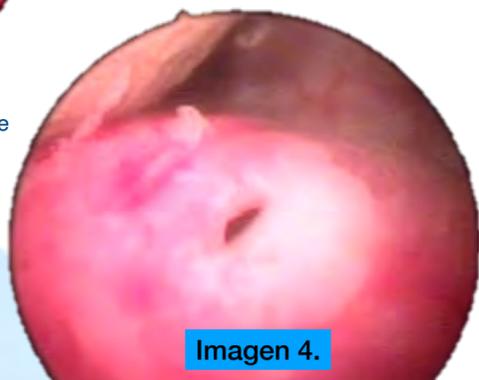


Imagen 4.

Aspectos Éticos: aprobado por el comité de ética local, siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki.

Financiamiento: a cuenta del autor principal, sin financiamiento externo.

Conflicto de interés: no existen.

Caso clínico

Femenino de 68 años, sin enfermedades crónicas degenerativas, antecedente de histerectomía abdominal y colposuspensión de Burch a los 47 años y colocación de malla para corrección de prolapso de pared vaginal anterior a los 65 años. Acude refiriendo infecciones de vías urinarias de repetición y presencia de hematuria macroscópica de forma ocasional. A la exploración genital no se identifican alteraciones neurológicas, mucosa vaginal con atrofia POP-Q

Aa -3 Ba -3 C -7

Hg 4 Cp 3 Ltv 8

Ap -3 Bp -3 Dx

Orina Residual 120 ml

Q-Tip: 10 +30°

Se solicita urocultivo con crecimiento de E. Coli más de 100,000 UFC y ultrasonido pélvico en donde se observa vejiga con imagen hiperecogénica de 3.5 cm de diámetro, compatible con lito. Se complementa abordaje con uroflujometría la cual es anormal, con Qmax 9ml/s, Qmed 4ml/s, volumen vaciado 96 ml, PVR 75 ml (imagen 1), secundario a obstrucción mecánica de la uretra por presencia de lito. En la cistoscopia se aprecia lito intravesical de aproximadamente 3.5 x 3 cm de forma irregular (imagen 2), fijo a la pared vesical derecha ya que pende o está sujeta de una sutura intravesical (imagen 3). El lito impide que la paciente tenga un vaciamiento completo ya que a la micción produce efecto de válvula obstruyendo el orificio uretral interno.

Resultados

Tras el diagnóstico, la paciente fue tratada con litotricia con láser de Holmio, posteriormente se realizó nuevamente uroflujometría, que se aprecia normal: Qmax 36 ml/s, Qmed 17 ml/s, volumen vaciado 246 ml, PVR 5 ml (Imagen 5). Clínicamente la paciente refería sensación de vaciado completo y urocultivos de control negativos.

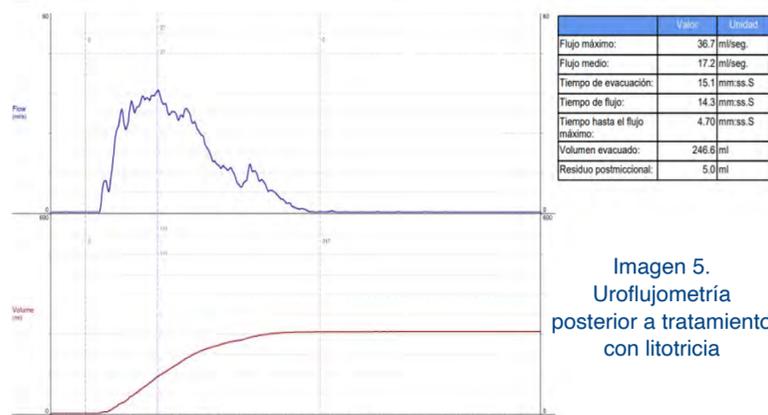


Imagen 5. Uroflujometría posterior a tratamiento con litotricia

Conclusiones

En este caso la disfunción de vaciamiento fue de tipo obstructivo, ante la presencia de un lito que originaba efecto de válvula, condicionando volúmenes de orina residual elevados y síntomas de vaciado, que a su vez favorecía el desarrollo de infección urinarias recurrentes. Tras el diagnóstico, la paciente fue llevada a litotricia teniendo una evolución favorable y resolución de la disfunción.

Referencias bibliográficas:

- Haylen, B, de Ridder, D., Freeman, R. (2009) An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics. doi:10.1002/nau.20798
- Yang, T.-H., Chuang, F., Kuo, H.-C. (2018). Urodynamic characteristics of detrusor underactivity in women with voiding dysfunction. PLOS ONE, 13(6), e0198764. doi:10.1371/journal.pone.0198764
- Santis-Moya, F., Calvo, C. I., Rojas, T., Dell'Oro, A., (2021). Urodynamic and clinical features in women with overactive bladder: When to suspect concomitant voiding dysfunction? Neurourology and Urodynamics, 40(6), 1509–1514. doi:10.1002/nau.24688
- Ong HL, Lee C-L, Kuo H-C. Female bladder neck dysfunction—A video-urodynamic diagnosis among women with voiding dysfunction. Lower Urinary Tract Symptoms. 2020;1–7. https://doi.org/10.1111/luts.12318