

## **XXIII Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología**

Sesión: Sesión de comunicaciones C

Sala: Plenaria; Día: viernes 29 de octubre; Hora: 16.30-17.15

### **C-26: TRATAMIENTO DE LA INCURVACIÓN PENEANA MEDIANTE LA PLICATURA DE NESBIT MODIFICADA. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Pérez Pérez, Ángel; Montero Torres, Javier; Domínguez Fernández, Henar; Alcubilla García, Leyre; Blanco Martín, Elena; Vaquero Caballero, Pablo; De la Cruz Martín, Beatriz; Diaconu, Mihai; Gutiérrez Mínguez, Emilio

*Hospital Universitario de Burgos*

### **C-27: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO URETRAL EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS: LA TÉCNICA DE LOS 3 VÉRTICES Y LA RELACIÓN CON EL PROLAPSO DE ÓRGANOS PELVIANOS**

Noya Mourullo, A.; Herrero Polo, M.; Heredero Zorzo, O.; Coderque Mejía, M.P.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, A.; García Gómez, F.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizábal, A. L.; Arqued Sanagustín, J.A.; Martín Parada, A.; Palacios Hernández, A.; Padilla Fernández, B; Lorenzo Gómez, F.

*Hospital Universitario de Salamanca, Departamento de Cirugía de la Universidad de la Laguna.*

### **C-28: Prevalencia y riesgo oncológico de los genotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH) en la uretritis vírica en mujeres.**

García Gómez, Francisco; Mena Ruiz, Cristina; Rocha de Lossada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Urrea Serna, Carmen; Arqued Sanagustín, Jose Antonio; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana-; Palacios Hernández, Alberto; Heredero Zorzo, Óscar; Hernández Sánchez, Teresa; Márquez-Sánchez, Magaly-Teresa; Márquez-Sánchez, Gerardo; Flores Fraile, Javier; Valverde Martínez, Sebastián; Padilla Fernández, Bárbara; Lorenzo Gómez, María Fernanda

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

### **C-29: Importancia de la cistoscopia bajo anestesia con hidrodilatación diagnóstica en el diagnóstico del Síndrome de Dolor Vesical.**

Domínguez Fernández, M.H.; Adot Zurbano, J.M.; Virués García, M.; Vaquero Caballero, P.; Pérez Pérez, A.; Blanco Martín, E.; Alcubilla García, L.; Montero Torres, J.; Diaconu, M.G.; Gutierrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

### **C-30: FARMACOECONOMÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) TRATADA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT)**

Urrea Serna, C.; García González, S.; Rocha De Lossada, A.; Noya Mourullo, A.; García Gómez, F.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Coderque Mejía, M.P.; Hernández Sánchez, T.; Márquez Sánchez, M.T.; Márquez Sánchez, G.; Flores Fraile, J.; Valverde Martínez, S.; Mirón Canelo, J.A.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Hospital Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsóles de Ávila. Univesidad de La Laguna.*

### **C-31: FACTORES QUE AFECTAN A LA SALUD SEXUAL EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) TRATADA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) Y APORTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA.**

Urrea Serna, C.; Rodríguez San Antonio, A.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, A.; Noya Mourullo, A.; García Gómez, F.; Arqued Sanagustín, J.A; Gómez Aristizábal, A.L; Coderque

---

**C-32: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO CLÍNICO DE LAS PACIENTE MUJERES INVESTIGADAS POR SÍNTOMAS MICCIONALES IRRITATIVOS.**

García Gómez, Francisco; Polo Pérez, Isabel; Rocha de Lossada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Urrea Serna, Carmen; Arqued Sanagustín, Jose Antonio; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana-; Coderque Mejía, Mónica Paola; Heredero Zorzo, Óscar; Hernández Sánchez, Teresa; Padilla Fernández, Bárbara; Márquez Sánchez, Magaly; Valverde Martínez, Sebastián; Tamames Benito, María Antonio; Lorenzo Gómez, María Fernanda

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca.*

**TRATAMIENTO DE LA INCURVACIÓN PENEANA MEDIANTE LA PLICATURA DE NESBIT MODIFICADA. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Pérez Pérez, Ángel; Montero Torres, Javier; Domínguez Fernández, Henar; Alcubilla García, Leyre; Blanco Martín, Elena; Vaquero Caballero, Pablo; De la Cruz Martín, Beatriz; Diaconu, Mihai; Gutiérrez Mínguez, Emilio  
*Hospital Universitario de Burgos*

- **Palabras clave:**

Enfermedad de Peyronie. Plicatura. Disfunción eréctil.

- **Introducción y objetivos:**

El tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Peyronie (EP) se plantea en la fase estable de la misma. Supone un reto para el urólogo debido a las expectativas y posibles complicaciones que se pueden presentar.

Evaluamos una serie de casos a los que se realiza plicatura modificada, atendiendo al grado de satisfacción de los pacientes y complicaciones.

- **Material y método:**

Estudio retrospectivo del 2017 al 2019 (N = 29). Se valoran las patologías previas, el grado de curvatura y los resultados tras la cirugía. Evaluamos el grado de satisfacción de los pacientes y las complicaciones.

La técnica consiste en denudación del pene, localización y medición del grado de curvatura al provocar una erección artificial (maniobra de Gittes). Damos cuatro puntos invertidos de sutura irreabsorbible para reducir la deformidad previa apertura de la fascia de Buck.

El seguimiento lo realizamos en consulta al mes y a los 12 meses de la intervención.

- **Resultados:**

N = 29 pacientes. La media de edad fue de 59.3 años (50-71). 100% eran incurvaciones adquiridas. 24 (79.3%) presentaban 1 placa, 4 (13.7%) dos y 1 (3.4%) tres. 24 (82.7%) sin DE en el momento de la consulta.

Patologías previas: 13 (44.8%) HTA, 12 (41.3%) dislipemia y 5 (17.2%) diabetes. 5 (17.2%) presentaban las 3 a la vez.

La exploración física y el test de Kelami se realizaron en todos los casos. A 14 (48.2%) se les pidió ecografía peneana: 5 (17.2%) fueron en blanco. 22 (75.8%) eran incurvaciones dorsales, 5 (17.2%) dorsales izquierdas y 2 (6.8%) centrales. 13 (44.8%) tenían grado de incurvación >60°.

23 (79.3%) presentaron corrección total. Solo en 6 pacientes (20.6%) se evidenció corrección parcial de la deformidad (incurvación previa >60°). 9 (31%) tuvieron DE aunque 4 (13.7%) ya la presentaban previa a la intervención.

El grado de satisfacción medio fue de 7.5 (1-10).

Complicaciones: 5 (17.2%) DE, 2 (6.8%) infección de herida y 5 (17.2%) bulto en zona de sutura. 8 pacientes (27.5%) se quejaron de acortamiento y 2 presentaron hipoestesia del glande (6.8%).

- **Conclusiones:**

La plicatura modificada de albugínea puede ser un tratamiento efectivo de la EP con mejores resultados en incurvaciones menores a 60°.

Las principales complicaciones pueden ser la persistencia de deformidad y la DE así como el acortamiento peneano.

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO URETRAL EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS: LA TÉCNICA DE LOS 3 VÉRTICES Y LA RELACIÓN CON EL PROLAPSO DE ÓRGANOS PELVIANOS**

Noya Mourullo, A.; Herrero Polo, M.; Heredero Zorzo, O.; Coderque Mejía, M.P.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, A.; García Gómez, F.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizábal, A. L.; Arqued Sanagustin, J.A.; Martín Parada, A.; Palacios Hernández, A.; Padilla Fernández, B; Lorenzo Gómez, F.

*Hospital Universitario de Salamanca, Departamento de Cirugía de la Universidad de la Laguna.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO**

El prolapso uretral afecta a mujeres de cualquier edad. En mujeres postmenopáusicas, suele manifestarse con disuria, frecuencia y urgencia urinarias, retención aguda de orina o dispareunia. En estadios avanzados trombosis y necrosis uretral.

**OBJETIVO**

Proporcionar resultados de la corrección del prolapso uretral según la técnica de los 3 vértices en 17 mujeres postmenopáusicas tratadas por prolapso uretral complicado y describir su relación con el prolapso de órganos pélvicos.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de 17 mujeres con prolapso uretral complicado por trombosis y sangrado uretral entre 2000 y 2020. Edad, estado de salud según escala de riesgo anestésico (ASA) de la Sociedad Americana de Anestesiólogos, índice de masa corporal (IMC), antecedentes médicos y quirúrgicos, historia obstétrico-ginecológica; Enfermedades concomitantes y tratamientos concomitantes, hábitos tóxicos, motivo de consulta, tiempo transcurrido entre diagnóstico y cirugía; tamaño del tejido resecado; hallazgos patológicos. Se analizaron resultados funcionales. Se describe técnica quirúrgica. Se proporciona iconografía de alta calidad. Estadísticas descriptivas.

**RESULTADOS**

De 19 casos de prolapso intervenidos, 17 correspondieron a mujeres postmenopáusicas. Edad media 70,4 años, DE 5,3 (57-81); puntuación media 2, DE 0,23; (1-3); IMC promedio 25,3; SD 5,46; (19-46); 1 mujer fumadora, 16 sin hábitos tóxicos. 9 (52,9%) antecedentes de embarazo: 21 partos eutócicos en 7 mujeres. 2 (11,7%) pacientes tenían antecedentes quirúrgicos de prolapso uretral previo (recurrencia del prolapso uretral). 7 pacientes (41,17%) tenían antecedentes de cirugía pélvica: corrección cistocele (n = 1), histerectomía (n = 3), cesárea (n = 2) y trasplante renal (n = 1). Motivo de consulta: sensación de bulto o masa a nivel genital (n = 8, 47,05%, hematuria y / o uretritis (n = 10, 58,82%) y síntomas del tracto urinario inferior (n = 2, 11, 76%) . El tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento quirúrgico tuvo una mediana de 180 días (0-930 días). Tejido resecado: media 30,5 mm de mucosa uretral, DE 5,23 (5 mm-110 mm). Anatomía patológica: fibrosis colagenizada (n = 5); trombosis vascular (n = 10); metaplasia escamosa (n = 5); displasia urotelial (n = 1). Resultados funcionales: Durante el seguimiento postoperatorio, el 11,76% presentó incontinencia urinaria de esfuerzo que requirió corrección con cabestrillo suburetral (n = 2; 11,76%); incontinencia urinaria de urgencia con resolución espontánea sin tratamiento (n = 2; 11,76%); sin secuelas miccionales (n = 13; 76,46%) 2 pacientes tuvieron que ser reoperados por recurrencia del prolapso, en 3 casos (17,6%) el prolapso uretral precedió al de órganos pélvicos.

Técnica quirúrgica: posición litotomía. Colocación catéter uretral 16CH, identificación del límite interno de resección mucosa. Colocación de 3 puntos de fijación : 11, 2 y 6 horas en horario cistoscópico. Resección mucosa redundante. Sutura continua en los 3 sectores definidos con vicryl 4/0. Se deja catéter uretral durante 10 días, con tapón. Cura de heridas con polvos de rosalina durante 10 días.

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Se desconoce la verdadera prevalencia del prolapso uretral. No se relaciona con antecedentes obstétrico-ginecológicos ni con prolapso de órganos pélvicos. La secuela más temida de su tratamiento quirúrgico es la incontinencia urinaria. Sin embargo, utilizando la técnica descrita, se logran altas tasas de continencia y curación.

**CONCLUSIONES**

En mujeres postmenopáusicas con prolapso uretral complicado, la extirpación quirúrgica según técnica de 3 vértices proporciona buenos resultados funcionales. El prolapso uretral no está relacionado con la historia obstétrico-ginecológica ni es concomitante con el prolapso de otros órganos pélvicos, aunque en algunos casos lo precede en el tiempo.

**Prevalencia y riesgo oncológico de los genotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH) en la uretritis vírica en mujeres.**

García Gómez, Francisco; Mena Ruiz, Cristina; Rocha de Lossada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Urrea Serna, Carmen; Arqued Sanagustín, Jose Antonio; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana-; Palacios Hernández, Alberto; Heredero Zorzo, Óscar; Hernández Sánchez, Teresa; Márquez-Sánchez, Magaly-Teresa; Márquez-Sánchez, Gerardo; Flores Fraile, Javier; Valverde Martínez, Sebastián; Padilla Fernández, Bárbara; Lorenzo Gómez, María Fernanda  
*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCIÓN:** Se asocian determinados genotipos del Virus del Papiloma Humano (VPH) en cérvix uterino al riesgo de malignidad. Sin embargo, se desconoce la distribución de genotipos en el síndrome uretral femenino ocasionado por uretritis vírica.

**OBJETIVO:** Determinar la distribución de genotipos del VPH en mujeres con síndrome uretral de origen vírico.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra de 66 mujeres con síndrome uretral con identificación de VPH en uretra. Variables: Edad, tiempo de seguimiento, índice de masa corporal; síntoma/signo predominante, protocolo terapéutico, enfermedades concomitantes y genotipo identificado. Estadística descriptiva.

**RESULTADOS:** Edad media 39,09 años SD 12,90 (24-63). Tiempo del cuadro medio 2634 días SD 1621.53 (485-5421). IMC medio 22.76, SD 1.59 (19.25-24.38). Signos/síntomas predominantes: lesión verrucosa/papilar (n=42; 63.64%); ITU (n=36; 54.55%); dolor uretral (n=24;36.36%); síntomas diversos tipo parestesias (n=24;36.36%); dispareunia (n=6;9.09%). Protocolos terapéuticos: tratamientos combinados (ácido hialurónico, condroitín sulfato, mirabregón, aciclovir, toxina botulínica: n=30;45.45%); vacuna polivalente (n=30;45.45%); antibiótico en pauta continua (n=18; 27.27%); seguimiento y tratamiento a demanda (n=12;18.18%); exéresis-electrocoagulación (n=6;9.09%). Enfermedades concomitantes más frecuentes: depresión (n=12;18.18%), incontinencia urinaria (n=12;18.18%), hipertensión arterial (n=6;9.09%), hipotiroidismo (n=6;9.09%), tabaquismo (n=6;9.09%). Tabla: Los genotipos de VPH identificados se muestran en la tabla, así como el riesgo de malignidad atribuido para cáncer de cérvix uterino.

Genotipos	n	%	Riesgo de malignidad en cérvix uterino
G35	18	27,27	Alto riesgo
G42	18	27,27	Bajo riesgo
G66	18	27,27	Probable alto riesgo/Alto riesgo
G51	12	18,18	Alto riesgo
G53	12	18,18	Probable alto riesgo/alto riesgo
G89	12	18,18	Alto riesgo
G6	6	9,09	Bajo riesgo
G31	6	9,09	Alto riesgo
G52	6	9,09	Alto riesgo
G61	6	9,09	Probable riesgo bajo
G70	6	9,09	Probable riesgo bajo
G82	6	9,09	Probable riesgo bajo

**CONCLUSIONES:** La uretritis vírica por VPH es una entidad infradiagnosticada, crónica, de difícil tratamiento y significado clínico desconocido. La alta frecuencia de presencia de genotipos de alto riesgo de malignidad para el cérvix sugiere la necesidad de aumentar la investigación del significado patológico del VPH en la uretra femenina.

**Palabras clave:** VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, URETRITIS VÍRICA FEMENINA, RIESGO DE MALIGNIDAD.

**Importancia de la cistoscopia bajo anestesia con hidrodistensión diagnóstica en el diagnóstico del Síndrome de Dolor Vesical.**

Domínguez Fernández, M.H.; Adot Zurbano, J.M.; Virués García, M.; Vaquero Caballero, P.; Pérez Pérez, A.; Blanco Martín, E.; Alcubilla García, L.; Montero Torres, J.; Diaconu, M.G.; Gutierrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

Introducción: El Síndrome de dolor vesical (SDV) es una patología no bien conocida, con un manejo complejo y un importante

impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las características de los pacientes tratados y/o estudiados por SDV en

los últimos 5 años.

Resultados: De los 57 pacientes incluidos, 55 eran mujeres con una edad media de  $60.94 \pm 16.53$  años. Entre las comorbilidades

destacan 26 pacientes (45%) con Síndrome de dolor pudendo (SDP) 10 pacientes (17%) con síndrome ansioso depresivo, 1

(1.75%) con fibromialgia y 5 (8.77%) diagnosticados de colon irritable. El síntoma que motivó la consulta inicial fue en 49

pacientes (85.96%) el dolor. A lo largo del seguimiento 31 (54.38%) mantuvieron el síntoma dolor como su problema principal

frente a los 23 pacientes (40.35%) que equipararon el dolor a la clínica miccional. De las 44 cistoscopias ambulatorias que se

hicieron se describen úlceras de Hunner en 13 (29.54%) y 18 (40.90%) fueron etiquetadas como normales. Al compararlas con

las realizadas bajo anestesia (un total de 44) objetivamos que sólo 4 (9.09%) se consideraron normales frente a las 31 (70.45%) en las que se encontraron úlceras de Hunner y otras 9 (20.45%) en la que describen otras alteraciones como glomerulaciones. Esto implica que hasta en 18 pacientes (31.57%) la cistoscopia bajo anestesia cambió el diagnóstico inicial.

Para el tratamiento se utilizó hidrodistensión en 10 pacientes (17.54%), electrocoagulación en 25 casos (43.85%) y una combinación en 3 (5.26%) con resultados variables.

Conclusiones: Aunque la cistoscopia ambulatoria tiene un papel importante en el abordaje diagnóstico inicial del SDV hay

muchas ocasiones en las que no permite un correcto diagnóstico de los pacientes, siendo en estos casos la cistoscopia bajo

anestesia con hidrodistensión la que nos aporta más información.

Palabras claves: síndrome de dolor vesical, diagnóstico, dolor pélvico crónico

**FARMACOECONOMÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) TRATADA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT)**

Urrea Serna, C.; García González, S.; Rocha De Lossada, A.; Noya Mourullo, A.; García Gómez, F.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Coderque Mejía, M.P.; Hernández Sánchez, T.; Márquez Sánchez, M.T.; Márquez Sánchez, G.; Flores Fraile, J.; Valverde Martínez, S.; Mirón Canelo, J.A.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Hospital Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsóles de Ávila. Univesidad de La Laguna.*

**INTRODUCCIÓN:** La incontinencia urinaria es un problema sanitario por su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida del paciente. El tratamiento corrector quirúrgico con cinta trans-obturadora (TOT) pretende ahorrar un gasto a las pacientes y al Sistema Sanitario.

**HIPÓTESIS/OBJETIVOS:** Se estudia el gasto para las pacientes y el Sistema Sanitario producido por la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Se analiza el ahorro que produce la corrección quirúrgica mediante cinta trans-obturadora (TOT) a medio y largo plazo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se analiza el gasto en absorbentes pre y pos-TOT en una muestra de 1000 pacientes con IUE. Se cuantifican los costes de absorbentes y de TOT (material, estancia y proceso). Son considerados cambios en el régimen de financiación, éxito (E) o fracaso (F) de la intervención y resultados a largo plazo. Fuentes: Mercado libre; Farmacia; Sacyl.

**RESULTADOS:** Pacientes <65años (GY): N=358; 333E (93%), 25F (7%). Pacientes >65 años (GO): N=642; 570E (88,79%), 72F (11,21%). Coste absorbente para <65años: 0,864 €/día. Coste absorbente para SS >65 años: 1,227 €/día.

Coste TOT (cinta / estancia / proceso): $360+404+2061=2825$ . Balance 1 año post-TOT: <65 años ahorran 105.014,88 €; > 65 años el S.S ahorra 255.277,35 €. Balance a 3 años post-TOT: <65años ahorran 180.701,2 €; 135 pasan a > 65años, 15F, el S.S se ahorra 798.077,61 €. Balance a 6 años post-TOT:< 65años ahorran 264.902,40 €; 45 pasan a > 65años, 13F, el S.S se ahorra 1.485.982 €. Balance a 9 años post-TOT:<65ahorran 295.176,96 €-; 30 pasan a > 65años, 11F, el S.S se ahorra 2.023.408,89 €. Balance a 13 años post-TOT:<65ahorran 315.675,36 €; 23 pasan a >65años, 10 F, el S.S se ahorra 2.625.773,86 €.

**CONCLUSIONES:** La IUE deteriora la calidad de vida de las pacientes independientemente del gasto. La corrección quirúrgica con TOT aporta un beneficio económico neto directo a las mujeres que sufragan el gasto. Para el sistema sanitario público supone un ahorro económico significativo a medio y largo plazo.

**FACTORES QUE AFECTAN A LA SALUD SEXUAL EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) TRATADA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE CINTA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ (TOT) Y APORTACIÓN DE LA FISIOTERAPIA.**

Urrea Serna, C.; Rodríguez San Antonio, A.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, A.; Noya Mourullo, A.; García Gómez, F.; Arqued Sanagustín, J.A; Gómez Aristizábal, A.L; Coderque Mejía, M.P.; Herrera Puerto, J.; Márquez Sánchez, M.T.; Márquez Sánchez, G.; Flores Fraile, J.; Valverde Martínez, S.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Hospital Universitario de Salamanca. Universidad de Salamanca. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL). Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila. Universidad de La Laguna.*

**INTRODUCCIÓN:** Estudios recientes exponen una alta prevalencia de incontinencia urinaria y repercusión sobre la calidad de vida.

**OBJETIVO:** Conocer la aportación de la fisioterapia (FT) a la esfera sexual en mujeres intervenidas de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) mediante cinta suburetral transobturatriz (TOT).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio experimental transversal de 204 mujeres intervenidas de TOT, excluyendo a aquellas con incontinencia fecal.

Grupos de estudio: GRUPO Physiotherapy (**GPh**, n=44): pacientes que después de TOT por IUE reciben FT. GRUPO Non-Physiotherapy (**GNPh**, n=160): después de TOT por IUE no reciben FT.

Variables: edad, IMC, tiempo evolución, ASA, actividad deportiva, sexual, patologías concomitantes, hábitos tóxicos, antecedentes obstétrico-ginecológicos, quirúrgicos, tratamiento recibido, resultado, cuestionarios sobre vida sexual: mejoría, igual, empeoramiento.

Estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher y análisis multivariante,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 63.05 años SD10 (27-83), sin diferencias. IMC medio 26.68 SD 4.5 (17.97-50.78), sin diferencias. Tiempo seguimiento medio 95.88 meses SD 33.17 (1-192), superior en GPh.

Análisis multivariante de regresión múltiple en **muestra general:** Mejoría esfera sexual positiva: edad; IMC; actividad deportiva, infección del tracto urinario; enolismo; nulípara, histerectomía con anexectomía. Mejoría esfera sexual negativa: tiempo seguimiento, fisioterapia coadyuvante; ASA, HTA; DM; DL; hipotiroidismo, vaginitis, tabaquismo; múltipara, parto eutócico; distócico; legrado, aborto, histerectomía sin anexectomía.

Análisis multivariante de regresión múltiple en **GPh:** Mejoría esfera sexual positiva: IMC; actividad deportiva, gastritis, hipotiroidismo, infección urinaria, nulípara, parto eutócico. Mejoría esfera sexual negativa: edad, tiempo seguimiento, ASA, HTA, infección vaginal, enolismo, nulípara, distócico, legrado, aborto, histerectomía con o sin anexectomía.

Análisis multivariante de regresión múltiple en **GNPh:** Mejoría esfera sexual positiva: edad, IMC; actividad deportiva, infección urinaria, enolismo, nulípara, histerectomía con anexectomía. Mejoría esfera sexual negativa: tiempo seguimiento, ASA, HTA, gastritis, diabetes, DL, hipotiroidismo, infección vaginal, tabaquismo, múltipara, eutócico, distócico, legrado, aborto, histerectomía sin anexectomía.

**CONCLUSIÓN:** La fisioterapia se indica más en mujeres con peor respuesta en la esfera sexual al TOT. Aporta más mejora en la esfera sexual de pacientes obesas, que practican actividad deportiva (nulíparas o con antecedentes de partos eutócicos).



**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANEJO CLÍNICO DE LAS PACIENTE MUJERES INVESTIGADAS POR SÍNTOMAS MICCIONALES IRRITATIVOS.**

García Gómez, Francisco; Polo Pérez, Isabel; Rocha de Lossada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Urrea Serna, Carmen; Arqued Sanagustín, Jose Antonio; Gómez Aristizábal, Andrea Liliana-; Coderque Mejía, Mónica Paola; Heredero Zorzo, Óscar; Hernández Sánchez, Teresa; Padilla Fernández, Bárbara; Márquez Sánchez, Magaly; Valverde Martínez, Sebastián; Tamames Benito, María Antonio; Lorenzo Gómez, María Fernanda

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción/Objetivo:** Identificar factores críticos en el manejo clínico de pacientes con síntomas del tracto urinario inferior irritativos (STUII).

**Material y Método:** Estudio multicéntrico prospectivo observacional de muestra de mujeres que consultan por STUII entre 20.9.2016 y 1.1.2020.

**Grupos de estudio según el diagnóstico principal:** Grupo A (GA): carcinoma vesical. Grupo B (GB): Patología diferente a carcinoma vesical. Subgrupos en GA según grado de Broders: GA1:Broders G1; GA2:Broders G2; GA3: Broders G3; GA4: carcinoma in situ. Subgrupos en GB según diagnóstico principal: GB1: trigonitis; GB2: litiasis urinaria; GB3: vejiga neurógena; GB4: cistopatía crónica distinta a cistopatía intersticial; GB5: cistopatía intersticial; GB6: estenosis uretral; GB7: metaplasia; GB8: controles de pacientes intervenidos quirúrgicamente de vejiga. **Variables estudiadas:** Edad; IMC; Procedencia; Antecedentes familiares; tabaquismo; Síntomas/signos; Estudios complementarios; Diagnóstico principal. Tratamientos indicados. Se analizan los resultados con estadística descriptiva, t de Student, Chi2, test exacto de Fisher, ANOVA, correlación de Pearson y Spearman. Se aceptó una significación estadística para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Edad media fue 62,90 años, SD14,43(23-89); fue inferior en GB frente a GA. El IMC medio fue 26,88 kg/m<sup>2</sup>, sSD4,15 (17,18-39,39). No hubo diferencias ( $p=0,87383$ ). **Procedencia:** GA más de Urgencias y otros. GB más de Atención Primaria ( $p=0,0116$ ). Hubo 58 casos (15,67%) con antecedentes familiares. Más frecuentes en GB que en GA ( $p=0,0246$ ). Antecedentes familiares no diferencias en GA ( $p=0,1604$ ). En GB fueron más frecuentes en GB8 ( $p=0,0474$ ). Fumadores el 13.51% y exfumadores el 20%. No hubo diferencia en tabaquismo entre GA y GB ( $p=0,1966$ ). Fue más frecuente la incontinencia urinaria (IU) en GB que en GA ( $p=0,0001$ ). Más frecuente UC en GB frente a GA ( $p=0,0001$ ). Citología de orina, más frecuente en GA que en GB ( $p=0,0001$ ). Se trató con más mitomicina en GA1, más condroitin sulfato en GB5; ácido hialurónico en GB1 y GB3, y dilataciones en GB6. Profilaxis antibiótica en 14.05% de la muestra: más profilaxis antibiótica en GB (18.05%) que en GA (3.85%) ( $p=0,0004$ ). Se realizó análisis multivariante factorial exploratorio de reducción de dimensiones en la muestra general: Se identifican 3 grandes dimensiones: 1-Demográfica y datos clínicos; 2-Pruebas complementarias; 3-Tratamiento y cuidados de enfermería.

**Con análisis multivariante de la Matriz de factor rotada: se identifican las unicidades en cada factor, las variables con más cargas en cada eje factorial: Se observó que se redistribuyeron las variables en cada factor correspondiente: Factor 1: Datos demográficos y clínicos, cuidados de enfermería, tratamiento recibido y pruebas diagnósticas y complementarias; Factor 2: hallazgos en la citología; Factor 3: Cultivo e infección. No aportan valor ni los antecedentes familiares ni la ecografía.**

**CONCLUSIONES:** En el manejo de mujeres con STUII los factores que más influyen son los datos demográficos y clínicos. Son más frecuentes las pacientes sin cáncer vesical. Entre las que tienen cáncer, son más jóvenes las que tienen carcinoma in situ. La nocturia es más prevalente en tumores, frente al dolor o infección del tracto urinario, que son más frecuentes en patología benigna. Los antecedentes familiares de patología vesical son más frecuentes en enfermedad benigna. En la dimensión de pruebas diagnósticas, la prueba de más peso es la citología urinaria.