

Incontinencia urinaria: pistas para un mejor enfoque

J.E. Batista Miranda^a, M. Granda Contijoch y M. Rodríguez Monforte

Unidad de Urodinamia. Centro Médico Teknon. ^aComité Internacional de Consenso de Incontinencia. Barcelona.

La incontinencia urinaria es un problema que afecta a todas las edades de la vida, con un gran impacto en la calidad de vida y en el gasto sanitario. A nivel internacional se han propuesto directrices que surgen del consenso en el ámbito anglosajón (Sociedad Internacional de Continencia y Consulta internacional en incontinencia).

Presentamos un resumen de conceptos lógicos que pueden integrarse en el razonamiento del médico general para ayudarle en los criterios de derivación y diagnóstico. El ciclo miccional y la continencia son un sencillo sistema de presiones (con parecido conceptual a la hemodinámica cardíaca): cualquier alteración producirá incontinencia o trastornos miccionales. Se resumen las claves de la anamnesis y exploración física, así como las diversas presentaciones clínicas (incluida la enuresis). También revisamos la utilidad e indicaciones de los estudios urodinámicos, que deberían dejar de ser un mito, y convertirse en una ayuda accesible y comprensible. El trabajo interdisciplinar y la comunicación entre generalistas y especialistas puede conseguir una mejor atención a todos los pacientes incontinentes.

Palabras clave: incontinencia urinaria, enuresis infantil, estudios urodinámicos.

Urinary incontinence is a problem affecting all ages of life, with a great impact on quality of life and health care cost. Internationally, guidelines have been proposed that suggest the consensus of the Anglo-Saxon setting (International Society of Continence and International Consultation in incontinence).

We present a summary of the logical concepts that may be integrated in the reasoning of the general physician to help in referral and diagnostic criteria. The micturition cycle and continence are a simple system of pressures (with conceptual similarity to the cardiac hemodynamics): any alteration will produce incontinence or micturitional disorders. The keys of the anamnesis and physical examination as well as the different clinical presentations (including enuresis) are summarized. We also review the utility and indications of the urodynamic studies, that should no longer be a myth and should become an accessible and understandable aid. The interdisciplinary work and communication between general physicians and specialists may achieve greater attention in all incontinent patients.

Key words: urinary incontinence, child enuresis, urodynamic studies.

INTRODUCCIÓN

La aparición de una conocida actriz y cantante anunciando compresas para las “pequeñas pérdidas de orina” ha llevado a la televisión un hecho conocido desde hace tiempo por los que nos dedicamos a esta alteración: la incontinencia es un problema acuciante para muchas personas que deben recurrir a medidas paliativas¹. Adicionalmente

es un problema sanitario de dimensiones descomunales. El descomunal gasto en absorbentes del Sistema Nacional de Salud² refleja en realidad la insuficiencia de medios humanos, materiales y de investigación que se dedican a esta alteración. La incontinencia consume a los pacientes y consume recursos, pero es un tema olvidado en las grandes campañas publicitarias-sanitarias. Aparte de la difusión comercial (gracias, Concha), la incontinencia no es un tema “de moda”: nada de biología molecular, ni células madre, sino ancianos en residencias o mujeres que ocultan su síntoma.

Uno de los grupos de investigación punteros en Inglaterra, demostró que con un diagnóstico y manejo correcto

Correspondencia: J.E. Batista Miranda.
Unidad de Urodinamia. Centro Médico Teknon.
C/ Vilana, 12. 08012 Barcelona..

Recibido el 10-7-03; aceptado el 12-3-04.

se consigue reducir de forma significativa el gasto en absorbentes³. Se trataba de la experiencia del Instituto Urológico de Bristol, que empezó como una pequeña unidad de investigación. Su enfoque riguroso y sencillo se demostró tan eficaz, que su modelo se impuso en el resto de Inglaterra y se ha difundido a muchos otros países. Este enfoque se basa en la buena comunicación entre los especialistas, los médicos generales y los pacientes.

Un pilar básico ha sido la Sociedad Internacional de Continencia, que agrupa desde hace más de 30 años a todos los profesionales implicados (urólogos, ginecólogos, geriatras, neurólogos, fisioterapeutas, enfermeras, ingenieros...). En 1998 se reunió el primer comité de consenso de incontinencia bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para unificar criterios entre los especialistas y explicar a los no especialistas el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia. Las reuniones de consenso se celebran periódicamente para actualizar los datos publicados en la literatura.

Unos conocimientos sencillos pueden integrarse bien en el razonamiento del médico general para ayudarle en los criterios de derivación y diagnóstico. Intentaremos resumir estos conceptos básicos que tienen una lógica aplastante.

ELEMENTOS DE CONTINENCIA Y CICLO MICCIONAL

La vejiga es como el corazón

La vejiga es un órgano hueco de músculo liso (el detrusor, [fig. 1])⁴ situada en la pelvis, que recoge la orina que fluye continuamente desde los riñones. Tiene un conducto de salida que es la uretra y se encuentra apoyada sobre una plancha formada por varios músculos que se denominan músculos del suelo de la pelvis.

Para entender los mecanismos de incontinencia y sus necesidades de diagnóstico, es básico entender el ciclo miccional, que se compone de dos fases: llenado y vaciado.

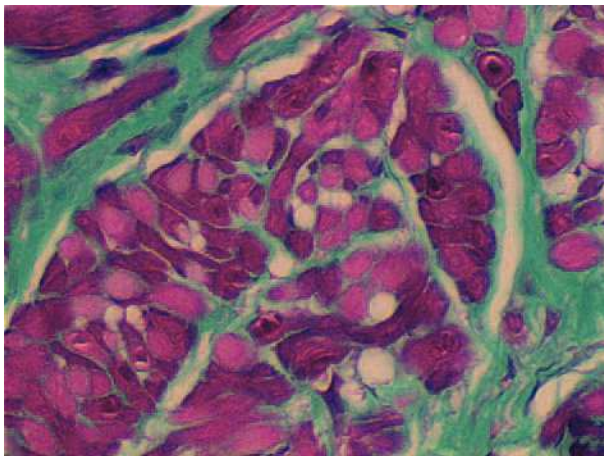


Figura 1. Preparación histológica de detrusor normal con tinción de tricrómico de Masson a 40 aumentos de un paciente sin alteraciones funcionales. Tomada de Collado Serra A, et al⁴.

Durante el llenado la orina va entrando lentamente desde los riñones y la vejiga se va distendiendo progresivamente, sin que aumente su presión. La vejiga posee un fantástico mecanismo tanto activo (inhibición de la contracción) como pasivo (fibras de elastina) que permite esta distensión. Varios de los músculos del suelo de la pelvis se fusionan en lo que se denomina el esfínter externo o voluntario. Como el esfínter anal, son músculos estriados que están permanentemente contraídos (salvo en la fase de micción) y cuya actividad aumenta a medida que aumenta el volumen contenido en la vejiga. Al cabo de 3 a 5 horas, la distensión de la pared vesical da una señal sensitiva que el sistema nervioso central interpreta como de “plenitud”. Durante todo el llenado la presión de la vejiga no aumenta, y el esfínter externo está cerrado: por tanto, no hay escape de orina.

Tras la señal de “plenitud”, la persona buscará un lugar socialmente apropiado para vaciar la vejiga. Durante la fase de vaciado, se relaja voluntariamente la musculatura perineal (y, por tanto, se abre el esfínter externo) y, simultáneamente, se contrae el músculo de la vejiga (detrusor). La micción debe ser completa, esto es, sin residuo en la mayoría de las ocasiones. En los hombres las presiones del detrusor durante la micción suelen estar por debajo de 60 cmH₂O (sí, es una medida de presión rara, pero por razones históricas y prácticas se mantiene así) (fig. 2). En las mujeres, con una uretra mucho más corta, la micción se puede producir sólo con relajación de la musculatura perineal y quizá un poco de prensa abdominal al inicio⁵.

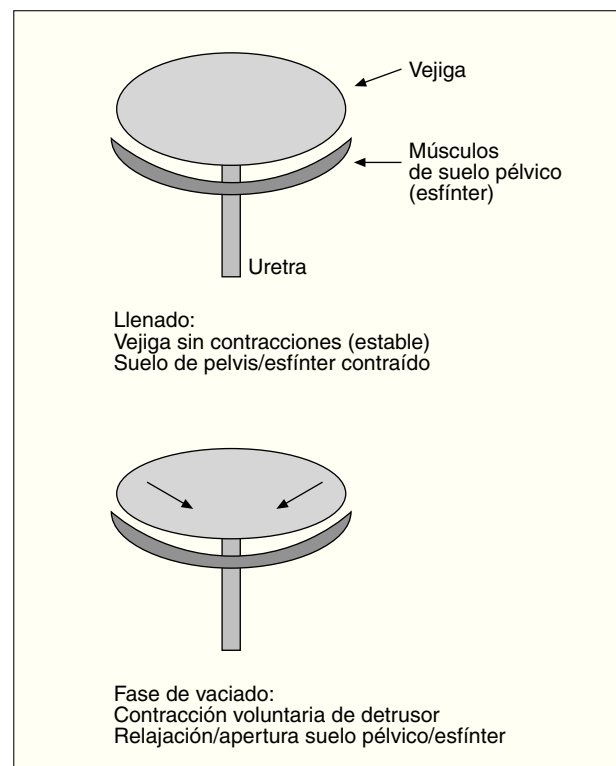


Figura 2. Esquema básico del ciclo miccional. Fase de llenado y fase de vaciado.

Me gusta “provocar” y decir que la vejiga es como el corazón: un órgano hueco con un sistema de presiones y válvulas. Diástole, llenado; sístole, vaciado. Evidentemente, hay diferencias: el gradiente de presiones es menor y la duración de cada una de las fases en cada ciclo es muy diferente (3-4 horas de llenado por apenas 1-2 minutos de vaciado). Pero sí hay una cosa en común: la disfunción del gradiente de presiones es la que produce disfunción clínica, en este caso incontinencia.

EXPLORACIÓN BÁSICA

Para una buena valoración de la incontinencia es básico recoger unos mínimos síntomas miccionales de fase de llenado (frecuencia miccional diurna en horas y nocturna en número de veces, imperiosidad o urgencia), de vaciado (chorro fino o dificultad). Las preguntas específicas sobre incontinencia nos pueden revelar el mecanismo desencadenante (de esfuerzo: con tos o ejercicio físico; o por imperiosidad: “No llego al baño”), así como la necesidad y número de dispositivos absorbentes por día. Hay un porcentaje variable de pacientes en quienes no va a ser posible definir el tipo de incontinencia: se les escapa sin deseo previo y sin que puedan asociarlo a nada.

Un sedimento y cultivo de orina son simplemente obligatorios. No será la primera vez que una paciente es referida para pruebas a un centro terciario cuando en realidad tenía una simple infección. La hematuria aislada sin infección, también nos llevará a otras alteraciones de la vejiga que pueden presentarse con incontinencia, pero que nos obligan a ampliar las sospechas. La incontinencia pura por definición, no va asociada a hematuria⁵.

Los urólogos tendemos a considerar la ecografía reno-vesical como una simple continuación de la exploración física, pero seguramente no es una opción realista en algunos entornos de medicina primaria. Es una opción a considerar en una segunda fase, en el momento de remitir al paciente al urólogo (probablemente será lo primero que éste pida). Destaco vesical, pues una ecografía urológica sin valoración de la vejiga y del residuo posmiccional resulta incompleta.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La incontinencia puede presentarse en todos los grupos de edad, aunque con algunas peculiaridades según el sexo. De forma práctica, podemos definir 4 grandes grupos de pacientes con incontinencia: a) niños; b) mujeres sin alteración neurológica aparente; c) varones sin alteración neurológica aparente y d) pacientes con alteraciones neurológicas.

En cada uno ellos se da, con frecuencia variable, los desequilibrios de presiones que llevan a la incontinencia.

Niños

La normalización del ciclo miccional se va adquiriendo progresivamente con el crecimiento. A diferencia de los adultos, los niños hasta los 3-4 años orinan de forma refleja, esto es, la vejiga se contrae a intervalos irregulares y de forma involuntaria, por lo que no se permite un llenado completo de la misma. El control progresivo del suelo

pélvico permite la inhibición progresiva de la vejiga y el espaciamiento de las micciones. Este mecanismo se inicia durante el día. Con el sueño disminuye el tono perineal y los escapes pueden prolongarse hasta los 4-5 años⁷.

La enuresis merecería otro capítulo aparte, pero vale la pena clarificar algunos conceptos, que globalmente corresponden a los mecanismos peculiares en la infancia⁸:

1) Enuresis monosintomática: el escape es sólo por la noche. Suele deberse a déficit transitorio de secreción nocturna de hormona antidiurética (ADH), y su tratamiento es la administración oral de vasopresina. Pueden presentarse resistencias al fármaco y en esos casos el tratamiento puede completarse con sistemas de alarma.

2) Síndrome enurético: el escape es nocturno y también diurno (los llamados “escapes intermiccionales”) con imperiosidad y urgencia, así como con aumento de la frecuencia miccional (inferior a dos horas). Suele corresponder a un retraso en la inhibición de las contracciones reflejas de la vejiga. Si medimos las presiones de dicha vejiga durante un llenado artificial (un estudio urodinámico) observaremos aumento de presión (el nombre técnico que le damos es el de “inestabilidad del detrusor”). Recordemos que lo normal es que no haya contracciones. El tratamiento será la medicación anticolinérgica⁹, que a veces necesitará ser prolongado (incluso varios años). Disminuir el estreñimiento también ha demostrado ser eficaz.

3) Trastornos del sueño/despertar. Mucho menos frecuentes y que deben ser valorados por un neurólogo infantil.

¿Y el psicólogo? Siento defraudar a algunos, pero hay pocos datos en la literatura actual que apoyen un enfoque exclusivamente psicoterapéutico como única opción en el tratamiento de la enuresis monosintomática. En el síndrome enurético debido a altas presiones durante el llenado no se ha demostrado causa psicológica alguna. Como en otras alteraciones crónicas, la ayuda de un psicólogo infantil puede servir de refuerzo.

El papel del médico generalista en la enuresis infantil es de gran utilidad como apoyo al pediatra en tratamientos que pueden ser largos. La mayoría de enuresis se curan espontáneamente, pero un diagnóstico y tratamiento adecuados acortan claramente su duración. También es muy importante tranquilizar a los padres y evitar la estigmatización del niño que puede llegar a ser de auténtica crueldad. También es básico promover un buen hábito (no prolongar los períodos entre micciones) y desaconsejar medidas obsoletas (el famoso *pipi-stop* o cortar el chorro no son para nada útiles).

La decisión de derivar a un centro de diagnóstico especializado (urodinamia infantil) debe sopesar la escasez de dichos centros y la relativa invasión que supone para un niño frente a la necesidad de un tratamiento crónico⁷. Una opción realista: referir a los niños si ha fracasado un tratamiento inicial o si la enuresis produce problemas de relación (por ejemplo, no poder ir a dormir fuera de casa).

(Anécdota: en una ocasión, tomamos la decisión de un enfoque más agresivo de niño enurético al enterarnos de que, en su mochila para el colegio, llevaba cada día un calzoncillo y pantalón de repuesto para cambiarse después del escape que tenía durante la jornada escolar).

Mujeres sin alteración neurológica aparente

La incontinencia en mujeres suele presentarse en forma de escape con esfuerzos (tos, levantar pesos, hacer gimnasia), inmediatamente después del parto. Es la llamada "incontinencia de estrés" o de esfuerzo. Afortunadamente, la preparación preparto y posparto, con ejercicios de musculatura perineal, ha hecho que esta alteración pueda evitarse o amortiguarse. La incontinencia de esfuerzo también puede aparecer años después del parto o tras una intervención pélvica o de cistocele. El enfoque recomendado por la conferencia internacional de consenso de incontinencia es recomendar medidas dietéticas (pérdida de peso), mejorar el hábito miccional (no aguantar las ganas de orinar) y la práctica de ejercicios de musculatura perineal (ejercicios de Kegel)⁵. Si este enfoque no da resultados en uno o dos meses, es aconsejable enviar a la mujer para ser evaluada por un especialista.

El mecanismo fisiopatológico que subyace es una debilidad de la musculatura de la pelvis: si realizamos un estudio urodinámico y llenamos la vejiga poco a poco mientras medimos la presión (cistometría), observaremos que la presión dentro de la vejiga no aumenta. Sólo con aumento de la presión abdominal provocado por tos, observaremos escape (fig. 3). Sin embargo, no observaremos actividad del detrusor durante el llenado.

El otro tipo de incontinencia es la incontinencia por imperiosidad: el escape se produce con deseo súbito (a veces sin él), con urgencia y suele ir asociado a un aumento de la frecuencia miccional. La sociedad internacional de continencia ha aceptado el término de "vejiga hiperactiva" que define este síndrome clínico que, habitualmente, va acompañado de contracciones del detrusor durante el llenado de la vejiga (cistometría)¹⁰. El diagnóstico urodinámico es

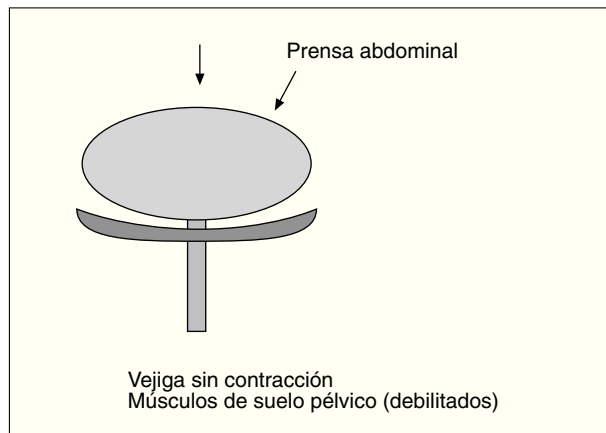


Figura 3. Fisiopatología de la incontinencia de esfuerzo. El aumento de presión con la tos durante la fase de llenado no puede ser compensado por los músculos del suelo de la pelvis debilitados y se produce escape.

el mismo que en el caso de la mayoría de los niños con síndrome enurético: inestabilidad del detrusor. Podemos detectar durante el estudio la fuga de orina coincidiendo con las contracciones de la vejiga (fig. 4). Como en los niños, el tratamiento adecuado es un fármaco anticolinérgico, dado que las contracciones involuntarias están mediadas por receptores muscarínicos¹¹.

¿Tratamiento farmacológico de entrada?

Durante décadas, los urólogos sólo teníamos un fármaco anticolinérgico para la incontinencia muy efectivo, pero con múltiples efectos adversos: el cloruro de oxibutinina. Finalmente, han surgido otras opciones que se han divulgado también entre atención primaria. Para la vejiga hiperactiva existen anticolinérgicos como la tolterodina de liberación retardada o la inminente soliferacina, nuevo anticolinérgico en fase de registro en España. Para la incontinencia de esfuerzo leve, un agonista de la serotonina, la duloxetina, aumenta el tono del esfínter externo y ha demostrado su eficacia en ensayos clínicos en mujeres con incontinencia de esfuerzo leve. Hace falta experiencia de uso y definir sus perfiles de efectos adversos para recomendar su uso en asistencia primaria de entrada y sin exploraciones complementarias. La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico puede ser razonable si la clínica es clara (y no siempre es así) y si luego va a ir seguida de una valoración por un especialista. Debemos ser cautos en las expectativas que generamos en las pacientes. Los ensayos clínicos más optimistas en todos los fármacos se han realizado en mujeres relativamente jóvenes y con escasa comorbilidad. En el mejor de los casos hablan de un 70% de mejoría. La realidad clínica en pacientes de más edad es mucho menos halagüeña. El médico de familia o generalista debe sopesar la edad, el control de efectos adversos y disponibilidad de un especialista de referencia para iniciar un tratamiento sintomático. Si se han podido descartar causas orgánicas de los síntomas (con sedimento y ecografía) y se puede asegurar un seguimiento estrecho, el comité internacional cree que es una opción aceptable⁵.

¿Urólogo o ginecólogo?

Éste es uno de los habituales dilemas a la hora de derivar una mujer con incontinencia de orina. Por razones culturales, en nuestro medio, las mujeres acuden principal-

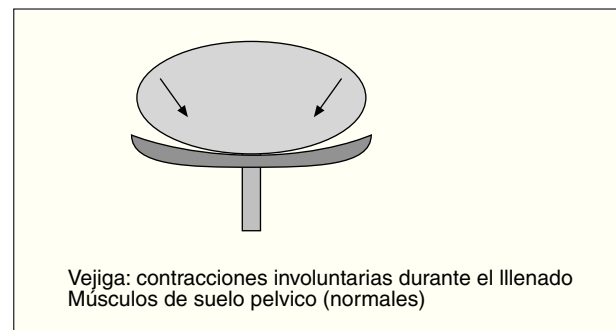


Figura 4. Fisiopatología de la inestabilidad del detrusor.

mente al ginecólogo. La realidad es muy diversa y aunque las cosas van mejorando, todavía existen centros de referencia en que ni urólogos ni ginecólogos tienen el menor interés por este tema. La recomendación de este urólogo poco dogmático es que hay que buscar un centro y una persona con experiencia e interés, independientemente de su especialidad. En casos de incontinencia recidivada tras intervenciones, los servicios de Urología de referencia suelen tener más recursos.

Varones sin alteración neurológica aparente

En varones jóvenes la incontinencia aislada es muy rara y suele presentarse en forma de escape por imperiosidad. A partir de los 50-60 años la incontinencia y los síntomas de llenado suelen asociarse a la obstrucción prostática benigna (antes llamada "hiperplasia benigna de próstata"). La mayor longitud de la uretra del varón proporciona bastantes posibilidades de obstrucción (estenosis de uretra, y obstrucción prostática benigna) y en muchos casos la incontinencia es debida a una vejiga hiperactiva que trata de

compensar dicha obstrucción. Es posible que existan a la vez incontinencia y un residuo importante (la llamada incontinencia por rebosamiento). Una ecografía urológica y la derivación al especialista son las mejores opciones. Los ejercicios de musculatura perineal raramente son efectivos. Iniciar un tratamiento farmacológico empírico sin haber evaluado la posible obstrucción puede hacer aumentar el residuo y complicar las cosas.

Crece la conciencia sanitaria entre los varones y atribuyen a la próstata todo lo que tiene que ver con sus síntomas miccionales. Un punto clave en la educación sanitaria que pueden proporcionar los médicos generales es introducir al paciente en la idea de que quizá los síntomas sean debidos a la vejiga, y que, en ese caso, una intervención desobstructiva de próstata puede empeorar las cosas. La flujometría es inexcusable antes de toda intervención (fig. 5). Es una prueba sencilla y de poca complejidad. Como en las mujeres, la respuesta de los pacientes ancianos con vejiga hiperactiva a la medicación anticolinérgica deja mucho que desear.

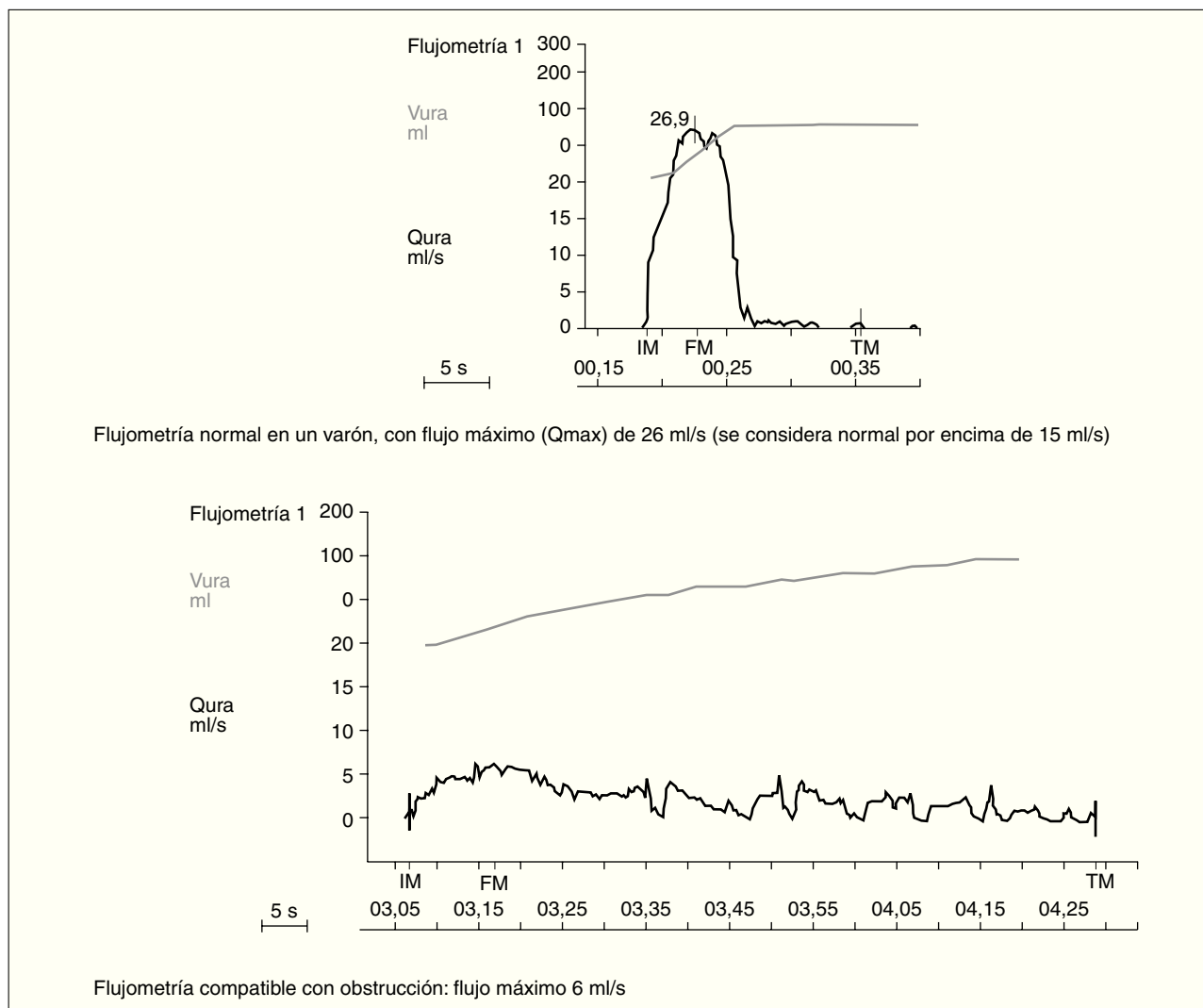


Figura 5. Flujometría normal y obstruida.

Capítulo aparte merece la incontinencia tras intervenciones de próstata, de manejo obligado por el especialista¹². Sí conviene remarcar que de una conducta pasiva de hace unos años, se ha pasado a un enfoque más precoz en que se inician los estudios a partir de los 6 meses de cara a un posible tratamiento quirúrgico con buenas posibilidades de éxito: el esfínter artificial¹³.

Pacientes con alteración neurológica

La urodinamia moderna es hija de la segunda guerra mundial y de la guerra de Corea. Muchos de los conceptos que manejamos ahora proceden del campo de la llamada "neurolología", que se desarrolló en los hospitales de Veteranos de los EEUU. La mortalidad por lesión renal en los años cincuenta llegaba al 50%. Gran parte de esas lesiones renales estaban producidas por altas presiones en la vejiga... sí, exactamente el mismo mecanismo que la vejiga hiperactiva en niños enuréticos o en mujeres con incontinencia por imperiosidad. En los lesionados medulares, las presiones son más altas y no se produce un vaciado completo: la vejiga está permanentemente medio llena y a alta presión, que se transmite al riñón causando lesión renal. El mismo mecanismo se describió en niños con espina bífida, llevando el tratamiento a los neonatos^{14,15}. El mismo patrón se ha descrito en prácticamente todas las enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, accidente vascular cerebral, neuropatía diabética avanzada, etc. El concepto de mantener bajas las presiones de la vejiga durante la fase de llenado revolucionó el tratamiento de estos pacientes, evitando miles de complicaciones y mejorando su calidad de vida de forma espectacular. Por desgracia, los urólogos pioneros en estas ideas nunca recibirán el reconocimiento que merecen.

No importa la causa de la alteración neurológica: un diagnóstico urodinámico precoz y un tratamiento agresivo

según la urodinamia (habitualmente con anticolinérgicos y sondaje intermitente) ha demostrado repetidamente ser muy beneficioso, tanto en términos de evitar la lesión renal, como en términos de continencia. No debe tenerse miedo ni ponerse trabas al sondaje intermitente, que tiene muchísimas menos complicaciones que el sondaje permanente.

Pocas bromas con un paciente neurógeno: debe ser evaluado por una unidad de Urodinamia competente y hasta que se demuestre una estabilización, debe realizarse un estudio urodinámico anual. Hemos visto pacientes recuperados de lesiones medulares leves con incontinencia por imperiosidad y... sí... dilatación renal. En varios años nadie les había dicho que necesitaban un estudio urodinámico. Tanto la incontinencia como la dilatación desaparecieron con tratamiento anticolinérgico y autocateterismo intermitente. Es incomprensible que en el año 2005 algunos pacientes encuentren reticencias para adquirir sondas desechables o no encuentren apoyo para el autocateterismo en sus centros de atención primaria.

EL ESTUDIO URODINÁMICO DEBE DEJAR DE SER UN MITO

Por diversas razones que ni vienen al caso ni podemos solucionar desde aquí, el estudio urodinámico es un mito en muchos entornos. Se ve como algo complicado, lejano, difícil. Si el enfoque que se da a esta prueba es integrador y destinado a favorecer la colaboración entre profesionales por el bien del paciente (y no un enfoque oscurantista), el estudio urodinámico es una gran herramienta diagnóstica.

Hemos hablado repetidamente de la prueba a lo largo del artículo y, para acabar, la describiremos brevemente. El estudio urodinámico convencional pretende reproducir la fase de llenado y de vaciado de la vejiga. Intenta reproducir los síntomas y buscar el mecanismo fisiopatológico de los mismos. Es una prueba ambulatoria (salvo en contadas excepciones) y no implica irradiación. Algunas pacientes todavía recuerdan la "cistografía con cadena", que es una prueba obsoleta y sin indicación alguna.

La prueba empieza con una micción en un recipiente especial, el flujometro, que mide el caudal del chorro miccional. A continuación se pasa una fina sonda vesical de dos vías a través de la cual se mide el residuo posmiccional. También se coloca una sonda rectal para medir la presión abdominal. Por la sonda vesical se va llenando lentamente la vejiga de suero fisiológico mientras se monitorizan los cambios de presión en la vejiga. Esta valoración de la fase de llenado se denomina cistometría. Finalmente, cuando el paciente manifiesta deseos de orinar se detiene la infusión y se intenta que orine con las sondas para monitorizar sus presiones durante la micción. Es el llamado "estudio presión flujo". Acabada la micción, se retiran las sondas y, tras una dosis profiláctica de antibiótico, la prueba ha concluido (fig. 6). Con las gráficas, el responsable de urodinamia debería elaborar un informe estandarizado y comprensible^{14,15} (tabla 1).

Existen otras pruebas urodinámicas con indicaciones más restringidas ("perfil uretra") y otras más avanzadas pa-



Figura 6. Realización de un estudio urodinámico en un varón. El equipo de la izquierda es un polígrafo que registra las presiones de vejiga y recto, y que además infunde suero por la sonda vesical de forma controlada. La enfermera o técnico controla el estudio a la vez que permite intimidad al paciente.

TABLA 1. Estudios urodinámicos

- A. Sin sondaje: flujometría (fase de vaciado)
- B. Con sondaje
 - Cistometría (fase de llenado)
 - Estudio presión/flujo/fase de vaciado

Tabla 2. Resumen

- 1) Interrogar sobre el síntoma incontinencia e intentar cuantificarlo: número de escapes y dispositivos
- 2) Descartar causas orgánicas con sedimento (infección) y ecografía (residuo, tumor, dilatación renal)
- 3) En caso de mujeres con incontinencia por imperiosidad, valorar iniciar tratamiento anticolinérgico, si es posible tener después un control y una consulta al especialista es ágil
- 4) Buscar un especialista dedicado y procurar una buena comunicación. El estudio urodinámico debe dejar de ser un tabú y ser más accesible, pues se han demostrado sus beneficios en el manejo de los pacientes
- 5) Varones y pacientes neurógenos con incontinencia: derivación al especialista sin demora

ra centros de referencia (electromiografía del plano perineal, videourodinamia, urodinamia *holter*).

La incontinencia es una alteración frecuente con un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Aunque existen algunas opciones farmacológicas que pueden ayudar, su uso debe enmarcarse en un enfoque diagnóstico y terapéutico más amplio. La exploración de la vejiga con diversas modalidades (sedimento, ecografía y estudio urodinámico) es básica. Estas exploraciones deben ser coordinadas por un especialista dedicado y con interés, en comunicación fluida con el médico general, aunque en algunos ambulatorios, los generalistas interesados en incontinencia tienen un papel más activo. La disponibilidad de especialistas y equipos en nuestro entorno es escasa, pero, como en otros ámbitos, debemos intentar mejorar de forma racional la asistencia de los pacientes (tabla 2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;32:410-4.
2. Guerra Aguirre FJ, Crespo Sánchez-Ezneriaga B. Consumo de efectos y accesorios en el SNS. *Inf Terap SNS*. 1995;19:114-23.
3. Keane DP, Winder A, Lewis P, et al. A combined Urodynamic-continence unit. A review of the first 19 years. *Br J Urol*. 1993;71:161-5.
4. Collado Serra A, Batista Miranda JE, Gelabert Mas A, et al. Estudio del detrusor mediante morfología óptica digitalizada. *Urod A*. 2004;17:12-54.
5. Abrams P, Anderson K E, Artibani W. Recommendations of the scientific committee of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. 2nd. International consultation on incontinence. Plybirdge Distributions Plymouth UK. 2002;1084-109.
6. Homma Y, Batista JE, Bauer SB, et al. Urodynamics. En: 2nd. International consultation on incontinence. UK: Plybirdge Distributions Plymouth;2002. p 317-72.
7. Greenfeld SP, Wan J. Physiology of micturition and dysfunctional voiding. En: Gozales E, y Bauer SB editors. *Pediatric Urologic Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p. 421-31.
8. Butler RJ, Holland P. The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol*. 2000;34:270-7.
9. Batista JE. Respuesta clínico-urodinámica en niños con inestabilidad del detrusor sometidos a tratamiento con cloruro de oxibutina. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona; 1997.
10. Koelbl H, Mostwin J, Boiteux M, et al. Pathophysiology. En: 2nd. International consultation on incontinence. Plymouth UK: Plybirdge Distributions; 2002. p 204-42.
11. De Groat WC, Yoshimura N. Pharmacology of the lower urinary tract. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2001;41:691.
12. Leach GE, Trockman B, Wong A, et al. Post-prostatectomy incontinence: urodynamic findings and treatment outcomes. *J Urol*. 1996;155:1256.
13. Batista JE, Araño P, Errando C. Esfínter urinario artificial. Nueve años de experiencia. *Arch Esp Urol*. 2000;53:409-16.
14. McGuire EJ, Woodside JR, Borden TA, et al. Prognostic value of urodynamic testing in myelodysplastic patients. *J Urol*. 1981;126:205.
15. Bauer SB, Hallett M, Khoshbin S, et al. The predictive value of urodynamic evaluation in the newborn with myelodysplasia. *JAMA*. 1984;152:650.
16. Araño P, Batista JE, Millán F, Palou J, Vayreda JM. *Práctica urodinámica: casos clínicos*. Barcelona: Ed. Pulso; 1999.