

Por fin algo se mueve en la incontinencia urinaria

J.E. Batista Miranda

Responsable. Unidad de Urodinamia. Centro Médico Teknon. Barcelona.
Comité Internacional de Consenso de Incontinencia.

El interés que la incontinencia ha despertado en esta revista supone, para los especialistas en este tema, una buena noticia. En éste y otros números se tratarán aspectos que, hasta hace pocos años, eran desconocidos no sólo por el médico general, sino incluso por gran parte de urólogos y ginecólogos. Por diversas razones, el estudio de la incontinencia de orina era visto como algo oscuro, difícil, complicado y relegado a unos pocos especialistas. La subespecialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento, la Urodinamia, resultaba algo residual y poco atractivo. Era frecuente oír en congresos –de las dos especialidades– algunas frases lamentables del tipo : “Yo no creo mucho en la Urodinamia” o “yo de Urodinamia no entiendo”. Una situación muy diferente se vivía en el mundo anglosajón: tras la segunda guerra mundial, se desarrollaron las técnicas de diagnóstico de las disfunciones miccionales en los hospitales de veteranos de EE.UU., con un efecto inmediato y persistente: la disminución radical de la mortalidad por alteraciones renales en los lesionados medulares¹. En 1971, un grupo entusiasta de urólogos ingleses y escandinavos fundan la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), con un espíritu multidisciplinar y que sigue siendo el patrón de referencia en este campo. Algunos urólogos y ginecólogos españoles fundaron en 1982 una sociedad similar para el ámbito de habla española, la SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neuro-Urología y Uroginecología).

A partir de la Neuro-Urología, los métodos de estudio y de razonamiento se extendieron a la incontinencia de esfuerzo femenina y a lo que hace años se llamaba “hiperplasia benigna de próstata”. El análisis funcional ha hecho que esta patología se denomine ahora “obstrucción prostática benigna”. Hemos podido comprender algunas causas de éxito o fracaso de las intervenciones, tanto urológicas como ginecológicas^{2,3}, aunque todavía nos queda mucho camino. El desarrollo de la Urodinamia infantil ha sido impresionante y ha mejorado el pronóstico de los pacientes

con espina bífida⁴, reflujo vésico-ureteral⁵ y enuresis nocturna (no, oiga, el factor fundamental no es el psicógeno)⁶. ¿Y los fármacos? Hasta mediados de los noventa la situación era paupérrima: el único fármaco disponible era el cloruro de oxibutinina (llamado amistosamente entre nosotros “San Ditropán”). Un dato representativo: a principios de los noventa un fármaco anticolinérgico para la incontinencia de orina estaba listo para comercializarse y se quedó en la cuneta cuando, según algunas fuentes, el interés se desvió hacia la impotencia. Pasado el “boom” de los fármacos para la disfunción eréctil, se han empezado a comercializar nuevos fármacos que han demostrado menos efectos adversos (ya que no pudieron demostrar mayor efectividad). Los fármacos para la incontinencia serán de uso crónico en la mayoría de los casos (hace años se retiró un fármaco en los países escandinavos de forma precipitada), por lo que debemos ser muy cautos en aceptar nuevos tratamientos⁷.

Resulta tópicamente apuntar a la falta de dotación tanto en personal como en material de muchos hospitales, pero es la realidad. Algunos centros universitarios carecían hasta hace poco de equipos de Urodinamia, que es como decir que un servicio de Cardiología no tiene un electrocardiógrafo. El avance se ha cimentado en el interés personal, pero no en planes concretos. La obsesión es reducir el gasto en pañales, una de las partidas más cuantiosas del Sistema Nacional de Salud⁸. Se presiona a los médicos, a los responsables de residencias y a los pacientes para que consuman menos absorbentes, pero no se dotan programas de diagnóstico y tratamiento de la incontinencia que, sí, han demostrado ser efectivos en la reducción de dicho gasto⁹. Irónicamente, el sistema público sólo financia los absorbentes de mayor tamaño, sin que exista una guía consensuada para su prescripción. Por si fuera poco, un reciente estudio en un centro de pacientes subagudos ha detectado que la mayor parte del coste (un 86%) en el cuidado de la incontinencia en las residencias está relacionado con la ocupación del personal en los problemas derivados de la incontinencia (una media de 109 minutos al día) y no tanto con el uso de absorbentes (el 14% restante)¹⁰. Un enfoque racional y ordenado, como el que existe en otros países, nos permitiría usar dispositivos de menor ta-

Correspondencia: J.E. Batista Miranda.
Unidad de Urodinamia.
Centro Médico Teknon.
C/ Vilana, 12.
08022 Barcelona.
Correo electrónico: urodinamia@cmtekon.com



Figura 1. Dispositivo para incontinencia inventado por un paciente varón. Se ataba a la cintura este recipiente construido con la base de un "tetra-brick" de vino, en el que introducía el pene y que contenía una esponja para empapar la orina. Había llevado este sistema durante varios años antes de consultar con un centro. Foto cortesía de Fundació Puigvert, Barcelona.

maño, probablemente más baratos, pero para eso debería aumentarse el catálogo de productos disponibles y favorecer –de verdad– la competencia de precios. Y no deberíamos olvidar que los pañales son la última medida cuando las otras han fallado.

¿Quién y dónde se encarga de la incontinencia? Este tema ha generado una polémica absurda entre algunas especialidades. Se debería trabajar en un marco multidisciplinar, teniendo un centro especializado de referencia. Por centro especializado entendemos una Unidad de Urodinamia en la que se pueda realizar un diagnóstico preciso y que esté en contacto con todos sus referidores, sean los que sean. Una unidad de ese tipo no tiene que estar necesariamente en un hospital de tercer nivel, pero sí debería tener una persona dedicada y con interés como responsable. El equipo de enfermería y el trabajo multidisciplinar es fundamental⁹. En la mayoría de casos, las unidades de Urodinamia están gestionadas por urólogos, que pueden atender a todos los pacientes incontinentes (incluyendo niños y neurógenos). En otros centros existen unidades dentro de los servicios de Ginecología que son atendidas por ginecólogos. Una idea básica, defendida por el comité

de consenso patrocinado por la ICS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), es que todo paciente incontinente debe tener un diagnóstico confirmativo en algún momento de su evolución¹¹. Los pacientes neurógenos merecerían un control más estricto, y en todos los casos, los médicos generales pueden desempeñar un papel de enlace muy valioso. También hay Centros de Atención Primaria, como en el que trabaja la Dra. Vila, que han sido pioneros en el estudio y tratamiento.

En fin, algo se mueve, y es para bien. La incontinencia no atendida genera una sensación de desamparo y frustración muy grande. Algunos pacientes se ven obligados a soluciones humillantes y extremas (fig. 1). Bienvenido todo lo que se pueda hacer por mejorar su situación de forma fundamentada y con la colaboración de todos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Kerrebroek PE, Koldewijn EL, Scherpenhuizen S, Debruyne FMJ. The morbidity due to lower tract function in spinal cord injury patients. *Paraplegia*. 1993;31:320-9.
2. Rollema HJ, Van Magstrig R. Improved indication and follow-up in transurethral resection of the prostate using the computer program CLIM. A prospective study. *J Urol*. 1992;148:11-115.
3. Del Campo M, Batista Miranda JE, Errando C, Araño P. Outcome of colposuspension on patients with stress urinary incontinence and abnormal cystometry. *Arch Esp Urol*. 1999;52:810-4.
4. Bauer SB, Hallett M, Khoshbin S, et al. The predictive value of urodynamic evaluation in the newborn with myelodysplasia. *JAMA*. 1984;152:650.
5. Batista JE, Garat JM, Caffaratti J, Araño P, Gelabert A. Eficacia del cloruro de oxibutinina en niños afectados de reflujo vésico-ureteral e inestabilidad del detrusor. *An Esp Ped*. 1997;47:258-62.
6. Butler RJ, Holland P. The three systems: a conceptual way of understanding nocturnal enuresis. *Scand J Urol Nephrol*. 2000;34:270-7.
7. De Groat WC, Yoshimura N. Pharmacology of the lower urinary tract. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2001;41:691.
8. Guerra Aguirre FJ, Crespo Sánchez-Ezneriaga B. Consumo de efectos y accesorios en el SNS. *Inf Terap SNS*. 1995;19:114-23.
9. 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.
10. Morris AR, Ho MT, Lapsley H, Walsh J, Gonski P, Moore K. Costs of managing urinary and fecal incontinence in a sub-acute care facility: a "bottom up" approach. *Neurourol Urodyn*. 2005;24:56-62.
11. 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. Plymouth UK: Plybridge Distributors; 2002. p. 1084-109.