

**UROGINECOLOGIA: EL MEU VIATGE
DE 40 ANYS DE VIDA PROFESSIONAL**

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**UROGINECOLOGIA: EL MEU VIATGE
DE 40 ANYS DE VIDA PROFESSIONAL**

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmica electa

DRA. MONTSERRAT ESPUÑA I PONS

Discurs de resposta d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina

PROF. XAVIER IGLESIAS I GUIU

Barcelona

11 d'abril del 2021

Queda rigorosament prohibit, sense l'autorització escrita del titular del Copyright, sota les sancions establertes en les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la repografia i el tractament informàtic i la distribució d'exemplars d'aquesta, mitjançant lloguer o préstecs públics.

© *Montserrat Espuña i Pons*

© *Xavier Iglesias i Guiu*

© *Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*

Edició: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

c/. Carme 47, 08001 Barcelona - T. 93 317 16 86

e-mail: secretaria @ramc.cat

D.L.: B 6917-2021

Imprès: Trialba

c/ Diputació 216 · 08011 Barcelona · 93 451 65 70

*Al Jordi i a la Marta,
les fonts de la meua energia i de la meua il·lusió per viure*

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmica electa

MONTSERRAT ESPUÑA I PONS

Excel·lentíssim Senyor President

Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics

Benvolguts familiars, amics, companys i companyes

Senyores i Senyors

És per mi un gran honor haver estat proposada com a membre numerària de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, raó per la qual les meves primeres paraules són d'agraïment a tots els membres que formen aquesta institució acadèmica, al seu President i Secretari, als meus padrins, la professora Carmen Gomar i el professor Josep Maria Lailla i al professor Xavier Iglesias Guiu, qui respondrà al meu discurs.

Serà per a mi un honor i gran responsabilitat que la medalla que l'Excel·lentíssim President, professor Josep Antoní Bombí, m'imposarà en acabar aquest acte, pertany al professor Xavier Iglesias Guiu, ginecòleg i obstetra d'indubtable caràcter acadèmic, amb una carrera marcada pel seu compromís amb la docència, que l'ha portat a ocupar alts càrrecs a la Universitat de Barcelona. Un metge, nét i fill de metges, que segur varen influir en la seva decisió de ser metge. Però ell, motivat per assolir l'excel·lència en la seva formació com especialista, va decidir fer l'especialitat als Estats Units. Va tornar convertit en un ginecòleg amb uns coneixements

i amb unes habilitats quirúrgiques excepcionals, que l'han distingit tota la seva vida professional i l'han inspirat en el seu compromís cap a la innovació. Un dels efectes d'aquest compromís per la innovació va ser el seu interès per la Uroginecologia que ha marcat la meua vida professional, que ha suposat un treball conjunt durant molts anys sota el seu lideratge i que ha motivat que tots dos en el nostre discurs d'ingrés en aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya fem referència a aquesta part de la Ginecologia.

Vull fer partícip en aquest acte a un gran nombre de persones que han contribuït i han marcat en gran manera la meua evolució personal i professional des dels inicis de la meua formació fins al moment actual. He d'agrair haver crescut en una família que em va deixar ser qui volia ser, o millor dit, allò que somiava ser. No era fàcil per a una nena nascuda als anys cinquanta del segle passat, poder anar a la universitat, sobretot quan això suposava ser la primera dona universitària de la família. Gràcies a la meua família, vaig poder incorporar des de la infància uns principis i uns valors que m'han guiat tota la vida. Gràcies als meus pares, ells avui serien feliços de compartir la solemnitat d'aquest acte i gràcies al meu germà, per estar sempre al meu costat. La meua sort principal és haver pogut formar la meua pròpia família, el meu marit Jordi i la meua filla Marta són el meu suport constant i la font de la meua energia.

Dels meus temps de la primària, a l'escola pública a Olot, recordo l'impacte que va tenir en la meua vida la senyoreta Moles, una mestra molt exigent però justa, que als meus nou anys em va fer despertar la passió per aprendre i sobretot per entendre. Va ser responsable de convèncer al meus pares que jo havia de fer batxillerat. Del batxillerat al Col·legi del Sagrat Cor de Maria d'Olot, recordo de forma molt viva al professor de matemàtiques de tercer, sobretot per la seva frase *"señoritas tienen que aprender a discurrir..."*. Recordo molt bé l'adolescent que era i com em sentia quan vaig decidir dedicar una part important de la meua vida a ajudar a alleugerir el patiment de les persones i quan vaig dir als meus pares que volia ser metgessa.

A la Universitat vaig descobrir la inquietud per l'aprenentatge permanent com la millor font d'energia per la vida professional i la persistència com a instrument per aconseguir els meus objectius. Durant aquells anys a la facultat tenia un somni: treballar a l'Hospital Clínic, amb molt esforç i ajut, ho vaig aconseguir. Allí he tingut els meus mestres, he pogut desenvolupar una vida professional intensa i creativa i també he trobat una part important dels meus millors amics i també allà he pogut connectar amb aquella adolescent i els seus anhels.

És just en aquest punt on desitjo manifestar un agraïment molt especial al professor Xavier Iglesias Guiu, sense el seu suport, la seva confiança i les seves ensenyances, avui no podria ser aquí. A principis dels anys vuitanta del segle passat, el professor Iglesias, com a cap del Servei de Ginecologia de l'Hospital Clínic, va decidir posar en marxa una unitat d'urodinàmica al nostre Servei. Un dia de l'any 1982, em va cridar al seu despatx i em va parlar per primera vegada de la Uroginecologia com una part de la nostra especialitat, em va explicar que era una àrea a desenvolupar, que anava orientada a diagnosticar i tractar a dones que tenien problemes d'incontinència i de prolapse genital. Tenia tota la meva vida al davant, qualsevol cosa que fos una àrea a desenvolupar dins de la Ginecologia em resultava molt atractiva, encara que no sabés massa bé de què anava la feina. Ell va organitzar la meva primera estada al Regne Unit, al Royal Liverpool Hospital, amb el professor John Sutherst, un home molt savi, entranable, molt tímid i que moltes vegades jo no aconseguia entendre tan pel seu to de veu tan baix com pel seu accent anglès de Sheffield. Amb ell vaig portar a terme un profund i rigorós procés de formació en l'aplicació dels estudis urodinàmics en el diagnòstic de les dones amb símptomes del tracte urinari inferior (TUI). La Urodinàmica em va apassionar, quan sortia del Royal Liverpool Hospital em tancava a l'habitació de la residència Universitària i només sortia per sopar, no podia parar d'estudiar. Allà llegia tot el que podia: el primer llibre sobre Urodinàmica que s'havia publicat i tots els articles fotocopiats que em donava el professor Sutherst. Uns anys més tard, la urodinàmica va ser el tema de la meva tesi doctoral

“L’aplicació sistemàtica de l’estudi urodinàmic en el diagnòstic de les dones amb incontinència urinària”, dirigida pel professor Iglesias amb la tutoria del professor Sutherst. També vull incloure en aquesta relació d’agraïments d’aquest període inicial de la meua vida professional, al professor Stuart Stanton, un dels pioners i principals promotors de la Uroginecologia al món, amb qui vaig realitzar estades en el St. George Hospital de Londres, perfeccionant els meus coneixements.

La unitat d’Uroginecologia de l’Hospital Clínic va iniciar el seu camí l’any 1982, inicialment l’activitat va estar centrada a l’àrea diagnòstica, amb la posada en marxa de la primera Unitat de Urodinàmia, que juntament amb la de La Fe de València, van ser les primeres dins d’un servei de Ginecologia a Espanya. Els primers estudis els vaig començar a fer tot just tornar de Liverpool, no comptava amb cap infraestructura específica més que un polígraf que podia mesurar pressions, tampoc tenia cap ajuda d’infermeria assignada, només la d’alguna estudiant d’infermeria que feia pràctiques a la sala de Ginecologia, que la seva supervisora, la germana Peña, m’enviava alguna estona per recolzar-me.

La primera infermera amb dedicació parcial a la unitat va ser la Sra. Glòria Martínez Godoy, per a mi va ser una sort poder comptar amb la seva ajuda i el seu entusiasme en aquesta etapa inicial de la meua vida professional en el Clínic, però per desgràcia va morir massa jove i no va poder veure el creixement de la unitat, a ella li he d’agrair de forma molt especial la seva empatia i la dedicació a les pacients. Els anys noranta van veure el creixement progressiu de la demanda d’estudis urodinàmics a la nostra unitat i amb això va ser possible consolidar un equip, amb una infermera a temps complet, la Sra. Amelia Pérez i posteriorment amb una metgessa, la Dra. Montse Puig i una altra infermera, la Sra Maria Josep Palau, amb elles, ara les meves amigues, he treballat de forma continuada fins a les jubilacions, el meu agraïment és infinit. Elles han estat els pilars fonamentals pel desenvolupament de la nostra unitat, fins a arribar a convertir-la, amb l’ajuda de totes les persones que hi han treballat durant els darrers gairebé 40 anys, en una unitat de

referència en Uroginecologia. La nostra unitat ha tingut les portes obertes per a compartir el nostre coneixement amb un gran nombre de professionals que han necessitat assessorament clínic o que han volgut iniciar els seus primers passos dintre d'aquesta part de l'especialitat. Per a canalitzar aquesta demanda, amb la professora Carmen Gomar, quan estava de directora de docència al Clínic, vàrem dissenyar uns models pioners de programes formatius en Uroginecologia, tant per a ginecòlegs, com infermeres i llevadores.

La Uroginecologia té un caràcter multidisciplinar, treballar en un hospital com el Clínic és un privilegi, ja que forma part de la seva essència la col·laboració entre especialitats. Aquí vull agrair als meus companys d'Urologia, Coloproctologia i Neurofisiologia la seva actitud sempre oberta a treballar en equip. Gràcies als doctors Agustín Franco, Lluís Peri d'Urologia i especialment al cap de Servei, al meu amic professor Antonio Alcaraz; ells han estat sempre al meu costat al món professional i també en el personal. Amb el Dr. Josep Valls de Neurofisiologia vàrem compartir el primer projecte FIS, just quan jo començava amb els estudis urodinàmics a l'hospital. Amb ell i amb la Dra Gloria Lacima de Coloproctologia, hem compartit projectes i publicacions fins a les seves jubilacions. Amb la Gloria, companya i amiga tots aquests anys, seguim compartint inquietuds i projectes de vida.

Vull agrair a totes les persones, que durant aquests 40 anys de la meua vida professional m'han acompanyat, gràcies a tots, metges, professionals d'infermeria i de l'àrea administrativa.

Gràcies als doctors Carles Ribas i Esteban Davi; gràcies a les senyores: Puri Lavilla, Lorena López, Mica Peragon, Ester Benito, Nuria Guimerà, Isabel Díaz, Antonia León, Lidia Jover, Maria Josep Martínez, Rosa Zamora, Ainoa Martínez, Gloria Romero, Mercè Rovira, Montse Romero, Encarna Sánchez, i molts d'altres. Gràcies pel vostre esforç constant, per fer la feina de la millor manera possible, sempre en benefici de la pacient i per la il·lusió i entusiasme amb les que heu incorporat tots els nous reptes que ens hem proposat, tan necessaris per seguir avançant. Em sap molt greu que les restriccions

de la pandèmia no em permetin poder fer-vos una abraçada a tots avui, però de tot cor us dic gràcies.

Però tots sabem que perquè els projectes es converteixin en realitats, funcionin bé i segueixin avançant, és clau que les institucions a les quals pertanyen els equips que els porten a terme estiguin ben liderades. He tingut molta sort de formar part d'una institució com l'Hospital Clínic que sempre ha tingut magnífics líders que impulsen i recolzen la innovació com el camí cap a l'excel·lència. El Servei de Ginecologia i Obstetrícia, ara l'Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON) ha tingut líders excel·lents que han sabut trobar l'equilibri entre l'estímul que porta cap al creixement professional continu i l'exigència en la feina del dia a dia. Vull donar les gràcies a tots els caps de l'Institut: els professors Jesús Gonzalez Merlo, Joan Antoni Vanrell, Joan Balasch i Eduard Gratacós, el meu reconeixement al seu estil de lideratge i la meva gratitud.

Un agraïment molt especial al professor Carmona, que ha estat el cap de Servei de Ginecologia els darrers 14 anys de la meva vida professional, l'etapa de la meva maduresa, el seu lideratge ha estat clau per poder continuar essent una unitat de referència a escala nacional i amb projecció internacional i també ha estat clau per preparar la transferència a la nova etapa, dotant-la d'especialistes del més alt nivell, cada un d'ells amb una àrea d'especial interès que fan que la unitat sigui líder en cada una d'elles. El Dr. Eduardo Bataller amb gran habilitat i experiència en la cirurgia uroginecològica vaginal; la Dra Cristina Ros que fa deu anys, amb un ecògraf que em varen cedir per a recerca, va iniciar en la nostra unitat l'ecografia uroginecològica, i que en aquests moments lidera aquesta àrea en l'àmbit nacional i amb una creixent posició internacional en el camp de la Uroginecologia; la Dra Sònia Anglès que ha estat clau per a portar a bon port del 2015 al 2020 el complex projecte europeu (H2020 consorci WOMEN-UP) sobre l'aplicació de l'e-health en el tractament conservador de l'incontinència urinària (IU) i també, gràcies al seu màster en Sexologia, està donant continuïtat a la nostra recerca en el camp de la sexualitat en la dona amb patologia uroginecològica. I la Dra Silvia Escura, la més jove de

l'equip, apassionada amb el diagnòstic combinat amb ecografia i la urodinàmica que sense dubte és el futur en el diagnòstic de les dones en disfuncions miccionals. La nostra unitat d'Uroginecologia del 2021 compta amb un magnífic equip de professionals, que amb entusiasme i professionalitat, l'estan redissenyant per adaptar-la als nous temps, tinc la seguretat que en el futur continuarà sent una unitat de referència en Uroginecologia. Al redactar aquest recorregut des de 1982, he tornat a percebre la constant presència del professor Iglesias que amb el seu suport, empena i il·lusió va possibilitar arribar fins aquí.

A la Universitat de Barcelona (UB), he tingut l'honor de formar part, com a professora Associada Mèdica, de la Unitat Docent de Llevadores des de la seva creació el 1994. Dono les gràcies a la professora Glòria Seguranyes, la seva impulsora i directora durant molts anys, per comptar amb mi en aquest apassionant projecte que ha format llevadores de tota Espanya durant vint anys. En els darrers anys com professora Associada del Departament d'Obstetrícia i Ginecologia de la UB vull deixar constància de la meva admiració cap al professor Castello Branco per la seva extraordinària labor de lideratge en la docència de l'assignatura de Ginecologia i Obstetrícia.

També he col·laborat amb el Departament de Sanitat en diferents moments, al llarg dels meus 40 anys de vida professional, sempre que m'ho han demanat i sempre amb voluntat de servir. La meva primera experiència va ser a principis dels anys vuitanta participant en l'elaboració d'un manual per a la dona embarassada, el projecte el liderava la Dra Dolors Orta, amb ella a part de fer la feina, vaig iniciar una amistat que encara perdura. Amb la Sra. Dolors Costa i la Dra. Pilar Brugulat vàrem treballar per tindre les primeres dades de prevalença de l'IU a Catalunya, i en molts altres projectes. Vaig coincidir amb la Dra Irene Barrabeig en l'estudi sobre incidència IU en primigestes de Catalunya, que colideràvem la Dra. Emilia Sanchez i jo. A part d'haver tingut la sort de compartir projectes amb aquestes extraordinàries professionals, ara les tinc com amigues. Vull agrair a l'Emilia la seva inestimable ajuda en

els projectes actuals de la nostra unitat, és el nostre referent en metodologia de la recerca clínica.

Del professor Iglesias també vaig aprendre la importància d'implicar-me en les societats científiques, com a membre actiu. Gràcies al seu consell i a les meves ganes d'avançar, d'ençà que vaig començar a donar els meus primers passos en la Uroginecologia, he tingut la fortuna de col·laborar amb les societats internacionals més rellevants en aquest camp i en les quals he desplegat una intensa activitat. A mitjans dels setanta, s'acabaven de crear les dues societats internacionals que han liderat el desenvolupament de la Uroginecologia en el món: l'International Urogynaecological Association (IUGA) i l'International Continence Society (ICS). Als anys noranta es va crear la European Urogynaecological Association (EUGA). Tota la meva vida professional ha anat vinculada a aquestes tres societats internacionals, que han estat claus en la meva formació i en el meu creixement professional i amb les quals he estat i estic compromesa, treballant en diferents projectes, presidint comitès i també organitzant dos congressos mundials a Barcelona. Durant tots aquests anys he procurat deixar constància a nivell internacional de la progressiva implantació a Espanya de la Uroginecologia.

Però el meu compromís més gran en les societats científiques, pel que fa a dedicació de temps i energia, ha estat, sense dubte, a la Societat Catalana de Ginecologia i Obstetria (SCOG) i a la seva homònima espanyola, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetria (SEGO). El fet que a àmbit nacional estès tot per fer en el camp de la Uroginecologia, i el convenciment profund que els ginecòlegs teníem un paper clau en el diagnòstic i en el tractament de les disfuncions uroginecològiques, em va portar, al costat d'altres companys interessats per aquesta àrea, a la creació d'estructures que ens permetessin impulsar la Uroginecologia dins la nostra especialitat. Seguint els procediments establerts per ambdues societats científiques, inicialment vàrem crear dos grups de treball. El primer dins de la SCOG, el maig del 1998, un grup de ginecòlegs motivats vàrem enviar una carta signada a la Junta Directiva de la societat que en aquell moment presidia el professor Josep Maria

Carrera, i de la que jo era la vocal més jove. El pas següent, el maig de 2002, va ser que enviés una carta per sol·licitar la creació d'una nova secció dins la SCOG quan la presidia el professor Joan Antoni Vanrell, catedràtic i cap de Servei de Ginecologia a l'Hospital Clínic. Les cartes també varen estar signades per ordre alfabètic pels doctors: Lluís Amat, Eduardo Bataller, Pere Brescó, Jordi Cassadó, Maite Castillo, Esteban Davi, Elisabeth del Amo, Albert Font, Neus Gratacós, Josep Grau i Xavier Iglesias.

Amb tots ells, grans professionals, he compartit durant més de vint anys la passió per la Uroginecologia, entre tots hem aconseguit que aquesta part de la Ginecologia estigui present a tots els hospitals catalans i que les dones amb aquests problemes de salut puguin ser ateses per professionals amb dedicació preferent a aquesta patologia. La meua gratitud als dos presidents que varen saber recollir aquest impuls per ajudar a la promoció del coneixement en Uroginecologia, facilitar-nos la primera plataforma per a la difusió i la formació en la patologia del sòl pelvià a Catalunya. Ara, vint 20 anys després, la Secció de Sol Pelvià de la SCOG continua treballant en aquesta tasca amb una nova generació de professionals, liderats per les doctores Eva Martínez Franco i Judith Llevaria.

Uns mesos després de la creació del grup i de la secció a la SCOG, vàrem repetir els procediments dins la SEGO. El grup de treball, el vàrem crear el 1999 quan la societat estava presidida per un català, el professor Lluís Cabero, i la Sección de Suelo Pélvico (SESP) de la SEGO es va aprovar en assemblea durant el congrés anual del 2003, just en el moment en el qual començava la seva presidència el professor Bajo Arenas. Als dos els hi he d'agrair la seva visió i la seva implicació en tot moment per ajudar que el projecte de la SESP anés avançant de manera molt ferma. Tant la Secció de Sòl Pelvià de la SCOG com la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO ens va donar el marc òptim per impulsar l'Uroginecologia al nostre país.

La meua dedicació a la SEGO ha estat molt intensa durant més de vint anys, era apassionant perquè com he dit abans, estava tot per

fer, i per tant, si ho fèiem bé, només podíem anar endavant. En la primera dècada d'aquest segle XXI, la SESP no va parar de créixer, ha estat clau el suport incondicional dels presidents de la SEGO, que ja he anomenat, però queda agrair de forma molt especial al professor Lailla, que tant en la seva etapa com a vicepresident, com durant la seva presidència de la SEGO, sempre va mostrar el seu compromís amb la secció.

Però res del que es va fer a la SESP durant els primers anys no hagués estat possible sense l'equip de persones excepcionals que van formar part de la junta directiva, des de la seva creació el 2003, fins al 2016. Els primers quatre anys va presidir la SESP el professor Iglesias Guiu, i jo era la Secretària, i durant els vuit anys següents, jo vaig presidir la secció. L'equip que formàvem la junta estava composta per un grup entusiasta de ginecòlegs, que procedíem de diferents parts d'Espanya, disposats a dedicar temps als projectes de la secció i tots ells ginecòlegs excel·lents, amb dedicació especial a la Uroginecologia: el Dr. Fillol de València, la Dra Pascual de Canàries, el Dr Carmona de Granada, la Dra. Miranda de Madrid, el Dr Moral de Galicia, el Dr Muñoz i el Dr. Cerezuela els dos de Madrid. Gràcies a tots ells per la seva dedicació, varen ser uns anys d'activitat molt intensa: formular els primers protocols, organitzar l'activitat de formació continuada, tant en el congrés bianual de la SESP com durant el congrés nacional de la SEGO, vàrem crear una revista, la nostra revista SUELO PÉLVICO que tinc l'honor de dirigir i que encara continua activa després de quasi 20. Aquí he de fer menció al paper que ha tingut l'indústria farmacèutica per al desenvolupament de la Uroginecologia al nostre país. El recolzament a les iniciatives de la SESP i de la SEGO han esta claus per la formació continuada dels ginecòlegs en la patologia del Sol Pelvià. Vull destacar activitats de formació continuada com: la difusió dels protocols de la SESP, el projecte formatiu multidisciplinari, innovador i d'excel·lent qualitat com és la ICS-Selection i tants altres. També va ser clau l'ajuda rebuda per desenvolupar un grup de recerca nacional, el Grupo de Investigación en Patología del Suelo Pelvico de la Mujer (GISPEM) que he tingut la satisfacció de liderar durant més de 10 anys. Però

el realment important és que la nostra secció continua impulsant l'Uroginecologia entre els ginecòlegs del nostre país, gràcies al treball dels darrers 4 anys de la nova junta amb una nova generació de ginecòlegs els doctors: Irene Diez , Jordi Cassadó, Alicia Martin, Elisa Lopez, Celia Bausset i Eloy Muñoz. A tots ells, gràcies per la seva dedicació a la SESP, per mantenir els principis fonamentals de la secció, però incorporant la seva visió adaptada a les noves necessitats dels ginecòlegs en el camp de la Uroginecologia.

A tothom gràcies, he après que a la vida, qualsevol honor té veritable significat si es percep com compartit amb totes i cadascuna de les persones amb les quals s'ha treballat i que t'han acompanyat en la trajectòria d'esforç i il·lusió.

LA UROGINECOLOGÍA, LA GRAN DESCONEGUDA. LES FITES MÉS IMPORTANTS EN EL DARRERS 40 ANYS

El meu objectiu del discurs és fer una síntesi de l'evolució de l'Uroginecologia, centrada en algunes de les fites més importants en el diagnòstic, tractament i prevenció de la IU, POP, en el món i en el nostre centre durant quatre dècades .

L'Uroginecologia, també anomenada Medicina Pélvica Femenina i Cirurgia Reconstructora, ofereix atenció integral a les dones amb disfuncions del sòl pelvià (DSP): Incontinència urinària (IU), la Bufeta hiperactiva (BH), prolapse d'òrgans pelvians (POP), incontinència anal (IA), dificultat miccional (DM) i dificultat defecatòria (DD); el dolor pelvià (DP) i les disfuncions sexuals (DS) associades a aquelles patologies. S'estima que una de cada quatre dones pateix almenys una de les tres DSP més prevalents: IU, POP, IA (1). La demanda d'atenció per aquesta patologia és creixent, això s'explica perquè entre els factors de risc més importants, a part de l'embaràs i el part, estan l'edat i l'obesitat; donat que no hi han estratègies de prevenció primària en el part i que tant l'edat com l'obesitat estan augmentant en la població general de dones, s'estima que la prevalença probablement serà encara més elevada en el futur (1). En conseqüència, això es tradueix en un augment global de la demanda d'atenció sanitària.

La creixent complexitat de l'especialitat d'Obstetrícia i la Ginecologia (O&G), deguda en part als avanços tecnològics i el límit de temps de la residència (només quatre anys), ha provocat que l'entrenament del resident de O&G tingui unes inevitables limitacions, tant per l'adquisició dels coneixements, com de les habilitats. El ginecòleg acabat de titular és un generalista de la O&G molt ben format i capaç de resoldre les situacions clíniques més comunes en la nostra especialitat, però amb un dèficit per les àrees de l'especialitat que tracten pacients amb patologies més complexes, que utilitzen tècniques molt específiques, o que limiten amb altres

especialitats. Això ha motivat que actualment, en els països on les subespecialitats estan reconegudes de forma oficial, en acabar la residència, l'especialista pot optar per completar la formació en quatre àrees de subespecialització dins de l'O&G: Medicina Materno Fetal, Oncologia Ginecològica, Medicina Reproductiva i l'Uroginecologia. El reconeixement oficial d'Uroginecologia com a subespecialitat per part de les entitats reguladores de les especialitats, a tots els països on està legalment instaurada, ha anat arribant sempre després d'una llarga reivindicació dels professionals i de les societats científiques, per exemple als EUA, l'American Urogynecologic Society (AUGS) es va crear l'any 1979, però no va ser fins el 2011 que el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) acreditava la *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery* (FPMRS) com a subespecialitat. Actualment hi ha més de 45 programes oficials de formació en Uroginecologia, distribuïts per tot el país, amb una durada de 3 anys.

És important assenyalar que en els països on estan reconegudes les subespecialitats d'O&G, l'Uroginecologia ha estat la darrera en ser-ho. La raó és que el contingut d'aquesta part de l'especialitat no s'ha considerat, durant molts anys, un tema de gran transcendència per la salut de les dones ja que les patologies que tracta, malgrat la seva alta prevalença i el gran impacte en la qualitat de vida, no suposen una amenaça vital per qui les pateixen.

1.- Millorant el diagnòstic de la incontinència urinària de la dona. Els estudis urodinàmics

El tracte urinari inferior (TUI) normal, emmagatzema l'orina i és capaç d'evacuar-la en els moments convenients. Una criatura, quan neix i fins i tot abans, mentre està dins de l'úter, té la capacitat d'emmagatzemar i buidar la bufeta de forma involuntària amb la freqüència necessària, gràcies a un reflex del sistema nerviós autònom (ponti-sacre). Aquest reflex autònom es fa controlable amb l'entrenament i té com a finalitat la socialització. L'anatomia, la

fisiologia o la funció del TUI (o una combinació d'aquestes), poden ser o esdevenir anormals i poden donar símptomes de disfunció.

Les dones que consulten perquè perden orina de forma involuntària, en uns casos tenen pèrdues quan fan esforços físics, d'altres es queixen que de sobte noten una sensació molt intensa i urgent de ganes d'orinar, necessiten anar molt sovint al lavabo i que de vegades tenen pèrdues abans d'arribar-hi i una proporció important de dones amb símptomes del TUI, es queixen de que tenen pèrdues en les dues situacions. A principis dels anys vuitanta del segle passat, quan jo vaig començar a treballar en aquest camp, ni els ginecòlegs ni tampoc els uròlegs sabien massa bé que fer amb les dones que tenien aquests símptomes. Els ginecòlegs més interessats en el tema, sabien que les dones del primer grup podien tenir una incontinença urinària d'esforç (IUE), secundària a un defecte anatòmic, moltes vegades relacionat amb el part i que només es podien tractar operant, però sense massa bons resultats. En el cas de les dones que tenien símptomes d'urgència, d'augment de la freqüència miccional i pèrdues precedides de la sensació d'urgència, la hipòtesi dominant en aquells anys era que aquesta disfunció resultava principalment d'una pèrdua del control neuronal central del tracte urinari inferior, difícil de tractar i que no respondria a la cirurgia. D'acord amb la terminologia original de la ICS dels anys 70-80, s'anomenava inestabilitat del detrusor (ID), i se la classificava en: ID idiopàtica, quan no hi havia una neuropatia identificada o hiperreflèxia del detrusor en pacients amb neuropaties (2).

La urodinàmica en les dones amb incontinença i altres disfuncions miccionals

La ICS defineix la urodinàmica com “*totes les mesures que avaluen la funció i la disfunció del tracte urinari inferior mitjançant qualsevol mètode adequat*”. Els estudis urodinàmics han ajudat a avançar en el coneixement de la fisiopatologia de les diferents disfunció del tracte urinari inferior, classificar-les i ajudar en l'elecció del tractament. Amb els estudis urodinàmics es pot respondre a preguntes com ara: “*Per què aquesta pacient té incontinença*

urinària?”, així com “Quines són les causes de l’augment de la freqüència miccional en aquesta pacient?.

Durant els anys setanta, els estudis urodinàmics s’havien desenvolupat de forma significativa, però destinats a l’estudi de pacients amb disfuncions miccionals complexes, en molts casos secundaris a patologia neurològica. En els pocs centres que disposaven d’equips d’urodinàmica no consideraven que les dones amb incontinència havien de ser estudiades amb aquestes proves. A mesura que anava avançant la dècada dels vuitanta, això va anar canviant, les primeres investigacions clíniques en dones amb IU a les que jo vaig tenir accés, estaven centrades el paper dels estudis urodinàmics pel diagnòstic del tipus de IU, un part important d’aquesta recerca tenia com a objectiu detectar les pacients que tenien una inestabilitat del detrusor i distingir-les clarament que les que tenien una IUE pura.

En el cas de dones amb símptomes d’IUE, ja en els anys 60-70 amb tècniques diagnòstiques d’imatge, es va intentar buscar una explicació fisiopatològica basada en els canvis en l’angle uretrovesical, però no va ser fins els anys vuitanta que, gracies als estudis funcionals, es va poder donar una base fisiopatològica a l’IUE, i va permetre identificar dos grans grups: unes en les que fallaven els mecanismes de suport de la uretra i d’altres en les que l’anomalia estava a l’esfínter de la mateixa uretra. Aquests determinats fisiopatològics no són dicotòmics, sinó que representen un continu i moltes pacients tenen IU per l’alteració del dos mecanismes.

1.1.- Creació de la Unitat d’Urodinàmica al Servei de Ginecologia. Unitat pionera

El professor Iglesias em va posar a davant el repte de posar en marxa la Unitat d’Urodinàmica al Clínic l’any 82 just després d’arribar de Regne Unit. No sé molt bé com ho va fer, però un polígraf destinat a la sala de parts va acabar a un quiròfan que estava fora de servei, i allí jo i aquell polígraf vàrem començar una aventura que encara dura, la d’intentar entendre perquè una dona ha perdut la capacitat de ser continent. Un dia de setembre del 1982 vaig

fer l'estudi urodinàmic nº1 al Servei de Ginecologia de l'Hospital Clínic, aquesta setmana hem fet a la nostra Unitat del Urodinàmica a Ginecologia la número 41.500.

La Urodinàmica em va apassionar durat la meva formació a Liverpool, vaig aprendre que els mecanismes de continència en la dona eren molt vulnerables; tenim una uretra curta, mal vascularitzada, però que en una dona continent segueix tancada quan tossim, esternudem riem, correm o aixequem pesos. En la dona amb símptomes d'incontinència durant els esforços, quan augmenta la pressió abdominal, la uretra no aconsegueix resistir aquesta pressió i s'obre deixant que flueixi l'orina. Però també vaig aprendre que hi havia dones que es queixaven de pèrdues involuntàries d'orina sense cap relació amb els esforços, dones que explicaven que quan tenien ganes d'orinar no podien esperar, tenien una sensació incontrolable d'urgència miccional. Si bé en la primera etapa de la Unitat d'Urodinàmica tenia la sensació que la meva tasca principal era diferenciar aquests dos tipus de pacients, ràpidament vaig aprendre que els estudis urodinàmics ens permetien diagnosticar disfuncions miccionals en la dona molt més complexos, que mai hagèssim identificat només amb els símptomes i l'exploració física. En el moment actual la combinació de les proves funcionals i d'imatge amb l'ecografia urogincològica desenvolupada a la nostra unitat en els darrers 10 anys conformen la base del diagnòstic de les dones amb símptomes de tracte urinari inferior.

2.- Anys noranta. Una gran innovació i canvi de paradigma en el tractament quirúrgic de la IUE

La comprensió dels mecanismes fisiopatològics que es postulen per causar l'IUE és essencial per a una classificació precisa i per indicar el tractament més adequat. El 1923, Victor Bonney va introduir la hipòtesi que l'IUE resulta com a conseqüència de la pèrdua de suport uretral, la seva afirmació es basava en la seva observació d'un anormal desplaçament descendent de la paret vaginal anterior en dones amb SUI (3). Enhoring, el 1961, va introduir la teoria de

la transmissió de pressió, postulant que els augments de la pressió intraabdominal consecutiva a un esforç físic, provoca el descens de la uretra a causa del suport uretral inadequat, que condueix a la manca de transmissió de la pressió intraabdominal a la uretra proximal i, per tant, es produeix un desequilibri en la diferència de pressions intravesical e intrauretral que afecta el tancament de la uretra i és la causa de la fuga involuntària de l'orina (4). Els estudis urodinàmics que avaluaven específicament la funció uretral i ens permetien objectivar la insuficient transmissió de la pressió intraabdominal a la uretra proximal i per tant explicar la fisiopatologia de la IUE en les dones amb un descens de la paret vaginal anterior. Això donava una base fisiopatològica i suposava un avenç respecte a l'abordatge empíric en el tractament quirúrgic de l'IUE i sobre aquesta base, es van popularitzar els procediments de suspensió retropúbica per elevar el coll de la bufeta i la uretra proximal, de manera que la transmissió de la pressió es tornés a fer correctament.

Amb l'estudi urodinàmic també podem mesurar la pressió intrauretral i precisament amb aquesta mesura, Edward McGuire als anys setanta, va desenvolupar el concepte de disfunció uretral intrínseca (DUI) com a causa d'IUE, causat per un esfínter uretral defectuós. Va observar que en dones que tenien una IUE persistent malgrat haver estat operades amb els procediments de suspensió retropúbica, la uretra no col·lapsava tot i estar correctament elevada (5). L'explicació fisiopatològica de l'IUE per DUI va representar un refinament important del pensament d'aquells moments, que ha perdurat fins a l'actualitat.

A principis de la dècada dels noranta DeLancey va proposar la teoria de l'hamaca per explicar com es mantenia la continència durant els esforços que suposen augments de la pressió intraabdominal. La teoria és basada en estudis en cadàvers que demostraven que la uretra es recolza sobre les capes fusionades de la fàscia endopèlvica i pubocervical unida a la pelvis a través de la fàscia de l'elevador de l'anus i a la fàscia en l'arcus tendineus (6). Aquestes capes fusionades proporcionen una hamaca de suport, una base estable contra la qual es comprimeix la uretra durant els augments de la

pressió intraabdominal, segons aquesta teoria el mecanisme de continència en els esforços, ja no es basa en la transmissió de la pressió a la uretra proximal, si no en la limitació en el descens de la uretra que imposa l'hamaca i la seva compressió extrínseca que fa que es mantingui col·lapsada. Al mateix temps, Petros i Ulmsten van proposar un mecanisme similar, però més complex, centrat en la laxitud de la paret vaginal i els lligaments pubouretrals que van anomenar teoria integral (7). Es considera que la vagina està suspesa entre els lligaments pubouretrals anteriorment i els lligaments uterosacres posteriorment. Durant el repòs, les forces oposades del pubocòccig (anteriorment), la placa elevadora (posteriorment) actuen en combinació per estirar la vagina. Durant l'esforç, el múscul pubocòccig es contrau activament, estirant l'hamaca vaginal al voltant de la uretra, immobilitzant-la i tancant-la. Quan hi ha laxitud a la paret vaginal anterior i als lligaments pubouretrals, el pubocòccig no és capaç de compensar, cosa que provoca un fracàs en el tancament uretral i per tant la pèrdua involuntària d'orina amb l'esforç.

Basant-se en aquesta teoria, es descriu una tècnica quirúrgica innovadora i completament diferent dels procediments de suspensió retropúbica que tenien com a objectiu elevar el coll de la vesical i la uretra proximal per retornar-la dintre de la cavitat abdominal. La nova tècnica quirúrgica, anomenada Tension-Free Vaginal Tape (TVT), va canviar completament el concepte de com restaurar l'anatomia per recuperar la continència d'orina durant els esforços. La tècnica consistia a col·locar una banda o cabestrell suburetral de malla de polipropilè en el terç mitjà de la uretra (BSLT), en lloc del coll vesical, que fins aquell moment era l'estructura anatòmica sobre la qual s'actuava per aconseguir la correcció de l'IUE. La BSLT s'ha de deixar sense tensió i la seva funció és proporcionar una base estable contra la qual es comprimeix la uretra durant els augments de la pressió intraabdominal, la uretra queda impactada contra l'hamaca de suport artificial que li hem creat, de forma que queda closa, impedit la pèrdua involuntària durant els esforços. No

obstant això, amb la pacient en repòs, la banda està “lliure tensió” i permet la micció espontània sense cap dificultat.

Les cirurgies clàssiques utilitzades fins a l'aparició de la BLT, com la colposuspensió de Burch i els cabestrells pubovaginals, si bé tenien bons resultats en la curació dels símptomes de IUE, la realitat és que s'associaven a una morbiditat significativa i per tant la BLT introduïda el 1997 va ser molt ben rebuda i es va adoptar ràpidament com un estàndard de tractament quirúrgic de l'IUE mínimament invasiu senzill. Aquest procediment ha estat i continua sent el mètode preferit per al tractament quirúrgic primari de l'IUE durant més de 20 anys arreu del món.

2.1- Incorporació de noves tècniques e innovació en cirurgia de l'IUE al Servei de Ginecologia. La demanda creixent d'estudis urodinàmics.

El professor Iglesias en el seu discurs d'ingrés en la RAMC al febrer de 2013 : “*Evolució del tractament quirúrgic de la incontinència urinària d'esforç femenina*”, fa una excel·lent revisió de les tècniques quirúrgiques per l'IUE, des d'els inicis del segle XX fins al moment del seu ingrés com acadèmic numerari. En la introducció al seu discurs expressa com els darrers anys de la seva vida professional l'Uroginecologia va ser el seu interès preferent i sobretot la cirurgia reconstructora pelviana. La seva visió pel que fa a fomentar el desenvolupament de les tècniques diagnòstiques i la seva inqüestionable habilitat quirúrgica, el va porta a incorporar les noves tècniques quirúrgiques i a innovar-ne d'altres.

Els estudis urodinàmics preoperatoris en varen permetre fer una selecció de pacients que podien respondre millor a les tècniques retropúbiques per corregir la seva hipermobilitat uretral i identificar les dones amb DUI que respondrien millor als cabestrells. Això era del tot excepcional en aquells moments al nostre país i menys dintre d'un servei de Ginecologia, però nosaltres teníem clar d'acord a la poca evidència del moment que un diagnòstic funcional preoperatori acurat i amb bona tècnica quirúrgica, eren la base d'uns bons resultats quirúrgics. A poc a poc, ginecòlegs d'altres centres varen anar agafant

consciència de la importància del diagnòstic urodinàmic en l'IU de la dona i vàrem començar a rebre demandes de proves funcionals que ens van portar en un temps rècord a passar de fer uns 4 estudis setmanals als primers anys 80 a tenir una gran llista d'espera malgrat fer 40-50 estudis cada setmana.

Els anys noranta vàrem anar incorporant les tècniques que suposaven un avenç, ja fos per ser menys invasives, com el ancoratges ossis per substituir el MMK o la colposuspensió per via laparoscòpia. La utilització de fàscia lata de donant (cadàver) la vàrem incorporar per evitar les grans incisions abdominals de l'Aldridge. També vam iniciar tècniques innovadores que podien oferir noves solucions a casos complexos, com l'injectables uretrals. Aquí vull fer menció especial la primera tècnica amb un sistema de regulació externa postoperatoria (REMEEX) que inicialment es va presentar com un sistema de suspensió per elevar el coll vesical, com feien la Colposuspensió o el MMK, però que es podia regular en el postoperatori immediat. Era un sistema innovador, que va ser el primer producte d'una empresa, *Neomedic*, creada als anys noranta per dos emprenedors, un metge de Terrassa i un enginyer de Calatayud. Quan ens el varen presentar al Prof Iglesias i a mi, el primer que els hi vàrem dir és que necessitava convertir-lo en un sistema de cabestrell. El 2000 en congrés de la IUGA a Roma, vaig presentar els primers resultats que es publicaven al món amb aquesta tècnica, eren de pacients amb IUE molt complexes (IUE recidivada i/o DUI) operades al nostre servei (8). A *Neomedic* han anat desenvolupant dispositius per tractament quirúrgic de la incontinència i del prolapse genital i avui en dia aquesta empresa, nascuda entre Catalunya i l'Aragó, és líder en aquest camp i han venut els seus productes a 40 països arreu del món.

A finals dels noranta vam començar a operar les primeres pacients amb TVT i la més innovadora TOT, el fet que fos una cirurgia molt menys invasiva, suposava un ingrés hospitalari d'una sola nit i poc després es va incloure en la cirurgia sense ingrés. En poc temps la cirurgia de IUE va passar de ser una part molt petita de l'activitat quirúrgica al nostre Servei durant els anys vuitanta i

noranta, a ser una part considerable de la cirurgia ginecològica benigna en els darrers 20 anys. Tot plegat va fer que el Servei de Ginecologia es convertís, ja en els anys noranta, en un centre de referència en la cirurgia Uroginecològica a on arribaven pacients per operar de IUE per primera vegada, però també pacients complexos, amb antecedents de cirurgies prèvies que no havien donat bon resultat o que havien provocat alguna complicació que requeria una avaluació detallada i una possible solució quirúrgica i suposaven un repte pel nostre equip.

3.- Amb el nou mil·lenni, naixement d'una nova terminologia per la incontinença urinària d'urgència: la bufeta hiperactiva.

Una proporció important de dones que noten que no controlen bé la funció de la bufeta es queixen que han d'anar molt sovint a orinar perquè noten una sensació sobtada i molt intensa que no poden controlar i de vegades tenen fuites abans d'arribar al WC. D'aquestes dones, fins a finals de 90, dèiem que tenien una inestabilitat del detrusor (ID) i des de fa 20 anys diem que tenen una bufeta hiperactiva (BH).

Com "neix" el terme bufeta hiperactiva?

En una publicació de l'any 1999 en una revista de referència en Urologia Funcional, Abrams i Wein (9), el pares de la criatura deien: *"La bufeta hiperactiva és un terme que ha aparegut fa relativament poc. Potser és important rastrejar la seva concepció, gestació i naixement. Els autors, amb d'altres, inclòs l'editor d'aquesta revista, han debatut sobre les definicions del detrusor hiperactiu, la inestabilitat del detrusor i la hiperreflèxia del detrusor durant alguns anys. Saben que el terme inestabilitat del detrusor no té cap significat intuïtiu ni per als pacients ni per a aquells professionals sanitaris que no estiguin familiaritzats amb les definicions dels fenòmens vistos durant els estudis urodinàmics. Els pacients no entenen el terme detrusor i fins i tot poden sentir-se ofesos si se'ls*

*diu que “les seves bufetes són inestables”. A l’informe ICS de 1988, l’activitat del detrusor durant la fase d’emmagatzematge es va dividir en a) normal i b) hiperactiva [Abrams et al., 1988]. Per tant, overactivitat del detrusor és el terme genèric actual de l’ICS que inclou inestabilitat del detrusor i hiperreflexia del detrusor. Conscients de les nostres obligacions creixents de tenir discussions plenes amb pacients sobre els seus processos de malaltia, i conscients de la necessitat de facilitar la comunicació entre professionals de la salut, vam decidir utilitzar el terme **bufeta hiperactiva.**”.*

Per tant, la concepció del terme BH surt amb la justificació que era de màxima importància millorar la comunicació amb els pacients perquè s’identifiquessin a si mateixos amb els símptomes bufeta hiperactiva i també millorar l’educació mèdica sobre els símptomes de la bufeta hiperactiva i altres problemes relacionats, per ajudar els professionals de la salut a identificar i tractar els pacients que es beneficiaran de la teràpia.

Que és la bufeta hiperactiva i com es tracta?

La bufeta hiperactiva (BH) va ser definida el 2002 per la ICS com una síndrome basada en un conjunt de símptomes que feien referència a pacients que tenien problemes en la fase d’ompliment de la bufeta que es caracteritzaven per sensació d’“urgència”, amb o sense incontinència urinària d’urgència (UUI), generalment amb una freqüència diürna i nocturna augmentada” (10). Els símptomes de BH per la seva imprevisibilitat, s’associen a problemes en les relacions socials, psicològics, laborals, domèstics, físics i sexuals importants. Tot i l’impacte considerable de la disfunció en la qualitat de vida, les persones que les pateixen sovint es resisteixen a comentar el seu problema amb professionals de la salut o inclús amb la família més propera.

En referència a la fisiopatologia de la BH, la ICS també va reconèixer dins de la seva definició que aquests símptomes solen ser “*suggeridors d’una hiperactivitat del detrusor demostrable urodinàmicament*”. La hiperactivitat del detrusor (HD) es defineix com “*una observació urodinàmica caracteritzada per contraccions*

involuntàries del detrusor durant la fase d'ompliment que poden ser espontànies o provocades” (10).

La definició de BH com un conjunt de símptomes, va ajudar a augmentar la consciència de la comunitat mèdica sobre la dimensió del problema de les dones amb els símptomes del tracte urinari inferior (STUI). Però per poder tractar a moltes més pacients, la ciència necessitava arguments per justificar que el tractament farmacològic pogués ser indicat només amb el diagnòstic clínic, sense haver de passar pel coll d'ampolla que suposava l'oferta limitada d'estudis funcionals previs al tractament, que era el que fins aleshores es considerava molt recomanable per una bona pràctica clínica. La investigació clínica va demostrar que només en el 50% de les dones amb símptomes de BH es podien objectivar contraccions involuntàries del detrusor amb els estudis urodinàmics i que la resposta al tractament farmacològic no era significativament diferent en les dones que tenien i en les que no tenien contraccions del detrusor. Això va portar al fet que la comunitat científica comunicués que no feien falta estudis funcionals per iniciar un tractament farmacològic, cosa que els clínics van acceptar, ja que els permetia tractar a moltes més pacients amb aquests símptomes.

En resum, el naixement del nou terme BH i la seva definició va facilitar el tractament a moltes pacients que tenien STUI i que fins aquell moment no havien rebut cap atenció ni per part dels uròlegs ni dels ginecòlegs o dels metges de família. Això, en un context de nous fàrmacs per tractament de la BH (11, 12, 13) i alguns ja en el mercat i d'altres en fase avançada de recerca a punt del seu llançament, va ser com una ona expansiva, que encara ara no ha parat de créixer, fent que la BH tingues presència en qualsevol activitat de formació continuada d'Urologia, de Ginecologia i també per metges d'Atenció Primària

En l'àmbit de la pràctica clínica, donada la dificultat per identificar la patologia subjacent que porta al desenvolupament de la BH en la majoria dels pacients, s'etiqueta com a “idiopàtica”. Les guies de pràctica clínica que fan referència al tractament de

les pacients amb BH idiopàtica, proposen una única via lineal de tractament, amb una seqüència en la indicació de les diferents opcions terapèutiques basada exclusivament en la seva capacitat invasiva, recomanant començar per teràpies conservadores, seguint després pels fàrmacs i la cirurgia mínimament invasiva amb dues tècniques: d'injeccions intravesicals de toxina botulínica o neuromodulació. Les anàlisis de resultats dels tractaments farmacològics mostren que tots tenen un bon perfil de seguretat, però amb una eficàcia en quant a resolució total dels símptomes molt limitada i per tant amb una elevada taxa de pacients que abandonen els medicaments indicats perquè consideren que no obtenen els resultats esperats (14), tampoc els resultats en quant a control dels símptomes de BH són massa bons en els estudis que comparaven les dues opcions quirúrgiques (15). Amb aquests resultats es posa de manifest la limitació d'aquest enfocament dels protocols de tractament actuals tipus “*one size fits all*”, o encara més col·loquialment “*café para todos*” i clarament ens suggereixen que el denominador comú de BH per les dones amb simptomatologia similar no funciona.

Unint la manca de resposta als tractaments d'una proporció considerable de pacients diagnosticades de BH, al fet que la presència d'hiperactivitat del detrusor en els estudis urodinàmics només es pot evidenciar en el 50% de les dones amb símptomes de BH, ha estat la motivació principal perquè en la segona dècada d'aquest segle XXI, la nova recerca aporta evidència creixent sobre mecanismes fisiopatològics alternatius per explicar els símptomes de BH. El focus ha passat del múscle detrusor a nous mecanismes que estan relacionats amb el paper de l'uroteli, suburoteli, uretra i sistema nerviós central (SNC) en la patogènesi de la BH. L'evidència suggereix un mecanisme de “senyalització aferent de l'uroteli i suburoteli de la bufeta” que és on s'inicia la sensació de urgència, la uretra també es considera com un possible origen aferent de la BH (hipòtesis uretrogènica). Cadascun d'aquests mecanismes exerceix el seu efecte a diferents nivells de la via aferent de la bufeta i s'esbossen hipòtesis diverses. En el moment actual, hi ha una recerca creixent sobre la possible implicació d'altres factors,

com ara la síndrome metabòlica, els trastorns afectius, la deficiència d'hormones sexuals, la microbiota urinària, trastorns funcionals gastrointestinals i disfuncions subclíniques del sistema nerviós autònom. En resum, el coneixement de la fisiopatologia de la BU ha evolucionat considerablement en els darrers 10 anys i té com a objectiu final de descriure fenotips clínics que puguin conduir, en un futur no massa llunyà, a un enfocament personalitzat dels tractaments de les dones amb símptomes d'augment de la freqüència miccional, urgència miccional, incontinència d'urgència (16).

La nova terminologia de BH, va generar també moltes iniciatives de recerca epidemiològica i clínica, estudis de la prevalença en la població general amb dones amb diverses patologies, recerca sobre l'impacte dels símptomes en la qualitat de vida i en les diverses dimensions de la vida diària (17,18,19). Des del punt de vista de pràctica clínica, tal com he dit abans, el terme bufeta hiperactiva surt amb la justificació que era de màxima importància millorar la comunicació amb els pacients perquè s'identifiquessin a si mateixos amb els símptomes bufeta hiperactiva i que demanessin ajuda mèdica per ser tractats. Això suposa la necessitat de disposar d'instruments clínics pel diagnòstic d'una disfunció del tracte urinari basat fonamentalment en els símptomes (qüestionaris), instruments que havien de ser fiables per mesurar en base als resultats referits pel mateix pacient (*Patient reported outcomes-PROs*).

3.1.- La traducció i validació dels primers qüestionaris en espanyol per l'IU i la BH. Primers estudis epidemiològics sobre IU en dones de Catalunya.

A principis del 2000, no hi havia ni un qüestionari específic per pacients en DSP que estigués validat a l'espanyol, això suposava una limitació important per posar en marxa projectes de recerca clínica i epidemiològica al nostre entorn, que poguessin aspirar a ser publicats en revistes d'impacte. Vaig decidir posar mans a l'obra i començar per la traducció, adaptació cultural i validació de diversos instruments per dones amb símptomes del tracte urinari inferior. La nostra unitat va ser pionera en aquest tipus de recerca, els articles

de validació del primer qüestionari curt validat a l'espanyol per IU, el *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ-IU-short form), el vàrem publicar a Medicina Clínica el 2004 i el 2005 (20,21). El *ICIQ-IU-short form* actualment està traduït i validat a 64 idiomes. Posteriorment a la unitat hem traduït i validat a l'espanyol 6 qüestionaris per diferents disfuncions: per la bufeta hiperactiva (CACV), per dones amb disfunció sexual i patologia del sòl pelvià (PISQ-12, PISQ-IR), per patologia uroginecològica en general (EPIC) i també vàrem validar un instrument per mesurar la gravetat de la IU, *Incontinence Severity Index* (ISI).

Disposar d'aquests instruments validats ens va permetre poder fer recerca epidemiològica de qualitat, com participar en l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006, amb les dues preguntes del qüestionari ISI i obtenir les primeres dades de prevalença i gravetat de l'IU en la població de Catalunya. Un 12% de les dones catalanes que no viuen en residències, tenen símptomes de IU, un 36% d'elles tenien pèrdues d'orina diàries (22). Gràcies a la validació del ICIQ-IU-short form validat en la nostra unitat, vàrem poder aportar una altra dada interessant en relació a les dones catalanes: les embarassades del seu primer fill tenien una incidència acumulada de IU 39% i un 10% d'incontinència anal. L'edat, l'índex de massa corporal basal i els antecedents familiars d'IU es van associar significativament amb l'aparició d'IU durant l'embaràs, mentre que l'edat i l'augment de pes en excés durant l'embaràs es van associar amb l'aparició de IA durant l'embaràs. (23). La prevalença de doble incontinència, IU mes IA, durant l'embaràs va ser del 9%, l'edat superior als 35 anys i els antecedents familiars d'IU es van associar a un major risc de doble incontinència. Els parts vaginals instrumentals comportaven un risc de doble incontinència 2,2 vegades més gran que els espontanis; l'episiotomia implicava un major risc de doble incontinència (24). Aquesta informació permetia posar en marxa alguna estratègia preventiva en l'embaràs i en el postpart.

4.- El prolapse genital en el segle XXI. Avenços en el coneixement de la fisiopatologia, estancament en la prevenció primària i retrocés en el tractament quirúrgic

La dona amb prolapse dels òrgans pelvis (POP), consulta al metge perquè nota la sensació que té una protuberància que surt per la vagina, aquesta sensació correspon al descens de les parets vaginals que arriben com a mínim a l'introït vaginal. Les dones amb aquest símptoma també poden tenir associats, símptomes d'incontinència com de dificultat miccional, símptomes anorectals i de disfunció sexual, tota aquesta simptomatologia afecta profundament la qualitat de vida de milions de dones a tot el món. La cirurgia ha estat i continua estant la única opció d'un tractament curatiu per la dona amb aquest problema de salut. Com a tractament pal·liatiu, la col·locació d'un pessari vaginal es l'opció per pacients amb molt alt risc quirúrgic, o dones que decideixen que no volen ser operades. En els darrers 10 anys s'ha aportat una certa evidència científica en quant a que la fisioteràpia dels múscles del sòl pelvià pot millor el símptoma de POP, però no pot corregir el defecte anatòmic.

Avenços en el coneixement de l'anatomia funcional del POP.

Els òrgans pelvians, és a dir, l'úter, la bufeta urinària i el recte, es troben a l'interior de la cavitat pelviana, sostinguts pels músculs del sòl pelvià, que estan connectats i fixats a la pelvis òssia amb els teixits connectius. Els músculs del sòl pelvià, inclouen el el pubocòccigi, puborectal, i iliocòccigi, que com a conjunt formen el múscul elevador de l'anús (MEA), aquest grup muscular té un paper clau en manteniment de la funció del sòl pelvià. En la primera dècada d'aquest segle, gràcies a tècniques d'imatge, tant la ressonància magnètica como l'ecografia, s'ha pogut demostrar la hipòtesi presentada per Halban i Tandler el 1907 (25): *la lesió muscular de l'elevador de l'anús és una causa important de prolapse d'òrgans pelvians*. La hipòtesi de Halban no podia ser demostrada per la impossibilitat de visualitzar les lesions musculars en l'elevador. Per tant amb el POP ha passat el mateix que hem vist amb l'IU, que de les hipòtesis fisiopatològiques generades empíricament al segle passat,

sobre la base de l'exploració física i de l'observació de l'anatomia macroscòpica, en els darrers 20 anys s'ha passat a provar hipòtesis mecanicistes.

Això ho ha liderat sobretot un grup pioner al món, l'equip de John DeLancey als EU, i també un grup a Austràlia liderat per Peter Dietz, que han demostrat les seves hipòtesis mitjançant ressonància magnètica, ecografia i amb combinació amb proves funcionals i comparant l'estructura i la funció dels músculs del sòl pelvià, entre dones amb prolapse i sense. Ara sabem que la lesió major de l'elevador (lesió que afecta més de la meitat de la massa muscular) es troba aproximadament en una de cada 2 dones amb POP, i només en una de cada 10 dones amb suport normal dels òrgans pelvians. Diversos estudis han demostrat l'associació entre lesió muscular de l'elevador anus i POP (26,27,28,29,30). Tota la recerca d'aquests dos grups ha estat clau per entendre la fisiopatologia del POP i ha marcat el pas de l'opinió a la ciència pel que fa als factors etiològics del POP.

Per explicar la fisiopatologia del prolapse d'òrgans pelvians, s'ha d'entendre la complexitat de les estructures de suport normals de l'úter i la vagina. Els músculs i els teixits connectius que intervenen en el manteniment dels òrgans pelvians en les seves ubicacions normals, actuen junts per proporcionar el suport necessari, que prové de la interacció entre els músculs elevadors de l'anús i els teixits connectius (mal anomenats lligaments) que fixen l'úter i la vagina a les parets laterals de la pelvis. En condicions normals, els músculs del sòl pelvià mantenen l'anomenat hiata de l'elevador tancat per evitar el descens dels òrgans pelvians (31). Per ser més precisos, el que tanca el hiata és el complex pubocòccig-puborectal o múscul pubovisceral, un component del múscul elevador de l'anús, que és palpable vaginalment i que la seva estructura defineix l'anatomia i la funció vaginals. Aquest complex muscular forma una fona en forma de V que va des de la paret lateral de la pelvis cap a la unió anorectal, que l'envolta posteriorment i cap enrere cap a la paret lateral de la pelvis contra lateral. El hiata elevador, és doncs l'espai entre els braços de la V, conté la uretra anteriorment, la vagina centralment i l'ano-recte posteriorment.

Però el debat més encès sobre l'etiologia del prolapse d'òrgans pelvians es refereix a si el múscul o el teixit connectiu és l'element més crític en el suport d'òrgans pelvians. L'anàlisi de les dades obtingudes en estudis biomecànics ha demostrat que fer aquesta pregunta és com intentar decidir que és més important perquè el cor propulsi la sang cap endavant, els ventricles o les vàlvules. El marc per a qualsevol discussió científica d'aquest tipus rau a tenir un model global de malaltia i els elements individuals dels quals puguin ser sotmesos a experiments científics per determinar si són veritables o no. La simulació biomecànica 3D ha ajudat a comprendre la interacció entre els components musculars i de teixit connectiu, al permetre que els components individuals del sistema de suport es puguin alterar d'una manera experimental com no és possible fer amb els humans. Així s'ha pogut evidenciar que quan els músculs es lesionen o es debiliten, es pot obrir el hiat de l'elevador i els òrgans pelvians descendeixen, de manera que una o les dues parets vaginales sobresurten a través del hiat urogenital, i quan les parets vaginales (o l'úter) baixen per sota de l'himen (el nivell fins on poden actuar els elevadors), es troba entre la pressió atmosfèrica i l'abdominal. El diferencial de pressió que es crea actua sobre les parets vaginales creant una força cap avall que posa amb una tensió anormal als teixits que fixen l'úter i la vagina a les parets de la pelvis, per tant, els anomenats lligaments no poden fer la seva funció i els òrgans pelvians es prolapsen a través de l'introït vaginal (32).

El part vaginal i la lesió de múscul elevador de l'anus. Seguim sense estratègies preventives pel POP

El part vaginal és el factor de risc principal pel POP (33), altres factors de risc inclouen l'embaràs, l'obesitat i l'envelliment. Durant el part vaginal els músculs del sòl pelvià estan sotmesos a una gran distensió, a mesura que avança el cap fetal per la pelvis, genera una pressió i un estirament de l'elevador de l'anus, en realitat és el complex muscular pubocòccigi-puborectal, en la seva porció medial, el que més pateix, fins a una proporció d'estirament de fins a 3,2, vegades la seva longitud. Com a resultat, es poden produir traumes als suports estructurals dels òrgans pelvians, cosa que

comporta un augment del risc de fallida biomecànica i col·lapse dels òrgans del sòl pelvià al llarg del temps. Aquest estirament anormal provoca danys tant als teixits com als nervis al sòl pelvià, cosa que pot conduir en el futur al POP i altres DSP (34, 35).

Hi ha dos tipus de lesions musculars que suposen canvis en el hiat urogenital i són factors de risc per el POP : la sobredistensió muscular i l'avulsió o deinserció del múscul pubovisceral. La lesió de l'elevador es produeix fonamentalment en el part instrumental, es pot observar en quasi el 50% de les dones que tenen un part vaginal amb fòrceps, si el part instrumental és un vacum, el risc d'aquesta lesió és de 3 a 4 vegades menor (36,37). Estudis epidemiològics transversals i de cohorts amb seguiment fins 12 anys després del part, demostren que els efectes del part persisteixen i que el risc de tenir símptomes de POP en les dones després d'un part amb fòrceps és significativament molt superior al de les dones que han tingut un part vaginal no instrumentat e inclús de les que el part instrumental va ser amb un vacum (38, 39, 40, 41).

Malgrat tots els esforços dels darrers anys, tant de la recerca bàsica com clínica i epidemiològica, per determinar factors de risc i per iniciar una estratègia de prevenció primària del POP, això no s'ha aconseguit. El fet és que la prevenció primària de les lesions de l'elevador suposa actuar sobre el model de part vaginal, fonamentalment limitant al màxim la utilització del fòrceps. Això ha generat un conflicte dins de la nostra especialitat, ja que pels professionals amb més orientació obstètrica, el fòrceps continua sent un instrument recomanable per l'atenció al part vaginal, sobretot pel seu paper clau en la disminució de la taxa de cesàries. La discussió està en plena efervescència entre els ginecòlegs amb més orientació materno-fetal, que es basen en el risc del part per cesària i els que ens dediquem a la Uroginecologia, que defensem la utilització de scores que puguin quantificar el risc de lesió a partir de les seves característiques individuals i permetre que les dones ben informades sobre els riscos i beneficis de cada model de part puguin escollir el nivell de risc que volen assolir (42,43). Però de moment la discussió segueix i sense senyals que es pugui avançar.

El tractament quirúrgic del POP al segle XXI. La malla vaginal una innovació poc afortunada.

Com que no existeix una estratègia preventiva primària pel POP i amb l'envelliment de la població femenina, la prevalença de POP augmenta i per tant la demanda de tractament té una tendència creixent. S'estima que entre un 10-15% de dones de 80 anys hauran necessitat una intervenció de POP, però a més aquí hem de sumar un altre fet, l'alta prevalença de la recurrència anatòmica després de la reparació del POP, s'estima que els casos operats de POP que precisen una reintervenció estan al voltant d'un 20%. (44).

Les cirurgies reconstructives són molt específiques per cada pacient i depenen de molts factors, com la localització de defectes anatòmics, la gravetat del prolapse i els símptomes, el nivell d'activitat física i de l'avaluació risc-benefici considerant l'edat, comorbiditats i fragilitat de la pacient. Per la reparació d'un POP s'han utilitzat sobretot teixits de la mateixa pacient i sol implicar reparar defectes en diferents llocs anatòmics de la vagina (apical, anterior, posterior) i, per tant, es necessita una dissecció extensa i un temps d'operació llarg per fer una bona reconstrucció de l'estàtica genital. Per això les tècniques quirúrgiques s'agrupen en dos grans blocs, les que tenen com a objectiu intentar restaurar l'anatomia vaginal, això és la cirurgia reconstructiva, que es considera l'opció adequada per la majoria de les dones, sobretot si són sexualment actives i volen mantenir l'activitat coital. D'altres tècniques tenen com a objectiu només tractar el símptoma, es tracta de procediments que ho aconsegueixen tancant el canal vaginal parcialment o totalment, s'indica de forma excepcional, i són una bona alternativa per dones molt grans, amb alt risc quirúrgic o també per a dones que no volen tenir activitat sexual coital.

A principis del segle XXI, la cirurgia reconstructora del POP amb teixits de la mateixa pacient no havia canviat molt en relació amb el segle anterior. La majoria de tècniques quirúrgiques que s'havien descrit al segle XIX i s'havien perfeccionat al segle XX, seguien conformant, junt amb algunes descrites més recentment,

l'armamentari quirúrgic pel cirurgia uroginecològic. A causa de la recurrència de les reparacions del POP amb teixits vaginals, els cirurgians ginecològics han anat buscant en els darrers 30 anys mètodes alternatius per evitar les recurrències, basats en l'implant d'empelts biològics i alguns sintètics. Als anys noranta es va provar d'utilitzar malla transvaginal sintètica (MTV); inicialment es va provar amb el marlex per reparar defectes de la paret vaginal anterior, però es va abandonar a causa de complicacions que generava la reacció a cos estrany d'aquesta malla. Però un nou intent es va posar en marxa a principis del 2000, redissenyant una malla vaginal de polipropilè monofilament pel POP amb el racional dels bons resultats obtinguts amb l'implant d'aquest tipus de malla a la paret abdominal per la correcció de les hèrnies abdominals. També va suposar un important impuls per introduir la MTV de polipropilè monofilament tipus 1 per tractar el POP, les mínimes complicacions que s'havien observat amb el mateix tipus de malla, implantada a la vagina a nivell suburetral, per la correcció de l'IUE.

El primer dispositiu de la nova MTV per al prolapse, va ser aprovat per la FDA el 2002, es va comercialitzar seguint una estratègia de màrqueting similar a la de la banda suburetral i es va introduir al mercat amb massa facilitat. L'ús de malla TVM de monofilament de polipropilè es va fer omnipresent en la cirurgia pèlvica femenina i va arribar al seu màxim entre 2004 i 2008. Els resultats inicials prometedors, van ser aviat eclipsats per una onada d'esdeveniments adversos (erosions, infeccions, dolor) que poden patir entre un 2-15% de les dones amb malla vaginal. La FDA al 2008 i al 2011, basant-se en les comunicacions d'efectes adversos en la base de dades MAUDE, va emetre dos anuncis sobre la seguretat associada a les malles vaginals en general. Retrospectivament, probablement va ser molt ingenu considerar que la ciència que envolta la col·locació de malla per a hèrnia abdominal es podria transposar a la vagina, on la funció i les qualitats biomecàniques són molt diferents. Investigacions posteriors han demostrat que la vagina presenta molta més reacció de l'hoste a la implantació de malla que la paret abdominal, això ha general importants efectes adversos en

algunes dones. L'anàlisi dels factors de risc de les complicacions també demostra que hi ha una associació clara entre complicacions i experiència del cirurgià, en aquest punt les societats científiques fan les seves recomanacions en quant a les habilitats del cirurgià, afirmant que aquesta intervenció hauria d'estar sempre amb mans d'experts en cirurgia uroginecològica i en centres que tinguin un volum important de casos que permeten mantenir les habilitats adquirides (45).

Els comunicats de la FDA foren el detonant de l'alarma social sobre les malles vaginals, i la veritat és que a partir de l'informe de 2011, els problemes relacionats amb la cirurgia de malla vaginal van aparèixer cada vegada més en els mitjans de comunicació, es descriuen casos amb complicacions greus, com el dolor crònic incapacitant i amb gran impacte en la qualitat de vida. En general en aquesta informació no es feia cap esforç per distingir entre la malla utilitzada en diferents contextos clínics, com són la correcció del prolapse (amb molta més quantitat de malla) i pel tractament de l'IUE (només una cinta de malla), i això va crear una considerable confusió entre els pacients.

El 2016, la FDA va emetre un ordre per requalificar les malles quirúrgiques transvaginals per a POP de classe II a classe III, això implicava una necessitat molt superior d'inversió en recerca bàsica i clínica abans de la seva comercialització. Moltes empreses van suspendre la fabricació de malles vaginals. En el 2018, les autoritats reguladores d'Austràlia i Nova Zelanda van retirar del mercat de forma definitiva la malla vaginal per a POP i de forma transitòria també la d'IUE, al Regne Unit des de juliol del 2018 estan en una "pausa" en la utilització de qualsevol mena de malla vaginal i també als EEUU. Si bé en molts altres països del món les malles vaginals no estan prohibides, sí que la seva utilització ha disminuït de forma molt important. Aquesta situació té implicacions per les pacients que tenen una recurrència del POP després de ser operades amb tècniques de reparació clàssiques, quan els símptomes del POP recidivat afecten molt la seva vida diària, hem de buscar una solució, i és en aquestes pacients a on les malles vaginals encara tenen algunes

indicacions. Les societats científiques uroginecològiques han fet els seus “*statements*”, que es poden resumir dient que respecte a la indicació, la MTV de polipropilè per la correcció del POP només està indicada en pacients que han tingut recurrència després d’una cirurgia amb teixits propis, en casos en els quals la cirurgia oclusiva no està indicada i la dona accepta els riscos de les complicacions associades a les MTV (45).

Però la realitat del moment actual és que moltes dones amb POP que necessiten un tipus de cirurgia amb reforç dels teixits no s’operen o es tornen a tractar amb tècniques clàssiques, que si bé són eficaces pel tractament del POP primari, no ho són quan es tracta d’una recurrència, per tant, després d’un intent d’innovació fracassat amb la MTV, tornem a les tècniques del segle passat (46).

En resum, el POP és un trastorn complex, que afecta milions de dones a tot el món i que suposa un impacte important en la vida d’aquestes dones. Tot i que la reconstrucció quirúrgica és l’única solució per al POP simptomàtic, no hi ha opcions de tractament òptimes, amb biomaterials o sense. Després de la prohibició de les malles, hi ha una necessitat clínica urgent del disseny de materials òptims i d’alt rendiment per alleujar el POP. Evidències recents suggereixen que les malles rígides no són la solució, es fibrosa i són causa de dolor. Per superar els impediments de les malles actuals, és imprescindible dissenyar productes quirúrgics que imitin les propietats del microentorn natural, s’integrin completament amb el teixit hoste i també eliminin les respostes perjudicials del cos estrany o bé que es degradin lentament amb el pas del temps. L’objectiu ha de ser que els nous productes puguin ser la teràpia de tractament més eficaç a llarg termini, amb els coneixements actuals sembla que els polímers degradables amb morfologia ultrafina podrien ser el camí a seguir per regenerar el teixit vaginal danyat. Un dels grans reptes de l’Uroginecologia actual és com impulsar el desenvolupament de teràpies innovadores segures i eficaces per les pacients amb POP complex.

En aquest context, la cirurgia del POP per via abdominal (colposacropèxia o l’histeropèxia) es presenta com una alternativa

per els casos complexos. Ja descrita als anys 80, amb cirurgia oberta, molt limitada en la seva aplicació tant per la seva complexitat tècnica com per ser molt invasiva, ressegueix als anys noranta, ara amb tècniques quirúrgiques mínimament invasives (laparoscòpia) i més recentment amb robòtica. Els resultats demostren que és un gran recurs, tant pels casos de POP recurrents, com per cirurgia primària en pacients amb alt risc de recurrència. L'única limitació és deguda a la seva major dificultat en l'aprenentatge de la tècnica, que fa que en aquests moments, hi hagi pocs cirurgians uroginecològics que hagin pogut passar amb facilitat de la cirurgia vaginal a la laparoscòpia o a la robòtica.

4.1.- La nostra aposta per la cirurgia laparoscòpia i per la supraespecialització dels cirurgians

La nostra unitat ha estat pionera a Espanya amb la cirurgia laparoscòpia del POP, vàrem començar a principis del 2000. En plena efervescència de la MTV, nosaltres vàrem ser molt conservadors pel que fa a les indicacions de les malles i només la proposàvem en casos molt puntuals de recurrències. La nostra aposta principal en les recurrències va ser la cirurgia laparoscòpia; amb quasi 20 anys d'experiència, primer el Prof Vanrell (QEPD) i posteriorment i fins ara el Prof Carmona han convertit la nostra Unitat en un centre de referència en el tractament del POP per via laparoscòpia. Estem compromesos també amb la formació, des de fa més de 10 anys estem formant ginecòlegs d'Espanya i d'Europa en aquesta tècnica.

Però conscients que la malla vaginal tenia i té les seves indicacions, i que les complicacions descrites estan en gran part associades a la tècnica quirúrgica, el Servei de Ginecologia va contractar fa més de 10 anys a un cirurgià ginecològic, expert en la implantació de malles vaginals. Poc després vàrem posar en marxa un estudi aleatoritzat, únic en aquell moment, per avaluar les diferències entre les dues tècniques en pacients amb POP molt avançat i amb gran risc de recurrència, on vàrem demostrar que en mans expertes ambdues tècniques són comparables tant en resultats de correcció dels defectes anatòmics, com en complicacions (47,48).

EL FUTUR DE LA UROGINECOLOGIA. LA FORMACIÓ SUPRAESPECIALITZADA I LA INNOVACIÓ CENTRADA EN LA PACIENT

Quan penso en el futur de la Uroginecologia veig moltes coses a fer, però considero que hi ha dos pilars fonamentals per continuar construint un projecte sòlid: La formació reglada dels ginecòlegs amb dedicació a la patologia del sòl pelvià i col·locar la dona com a centre de la innovació en Uroginecologia.

El futur ha de fer possible que totes les dones tinguin accés a un sistema sanitari amb professionals formats i amb competències oficialment reconegudes, que vagin des d'aplicar estratègies preventives per les DSP en l'embaràs, el part i el postpart, fins a disposar de tots els mitjans necessaris per diagnosticar i tractar les DSP de diferents complexitats i també per resoldre les complicacions dels tractaments. Els ginecòlegs generalistes, segons el nivell de complexitat de la disfunció i a on desenvolupi la seva professió, poden atendre a les pacients directament o bé les han de derivar a unitats especialitzades a on hi ha professionals amb coneixements, les capacitats i els mitjans que permetin avaluar i tractar les DSP complexes. A països com el nostre, on la formació en les subespecialitats no està regulada, podem trobar professionals amb un interès especial en aquestes patologies amb una dedicació més o menys extensa, amb coneixements i habilitats de supraespecialista, però sempre amb la limitació de les competències oficialment reconegudes en la seva especialitat. Encara que en la pràctica clínica això es compensa amb el treball en equips multidisciplinaris, es genera una asimetria, dins d'un mateix nivell assistencial, segons el centre on s'hagi format i a on desenvolupi la seva tasca professional. El futur hem de fer possible posar en marxa als països sense subespecialitats, programes de formació en Uroginecologia, acreditats per entitats oficials, que permetin formar al ginecòleg amb interès en aquesta àrea i acreditar-lo com un especialista amb dedicació especial a la Uroginecologia. Això suposarà que en acabar la residència, haurà

de completar la seva formació d'una manera reglada adquirint els coneixements i les habilitats necessàries per desenvolupar la seva tasca com Uroginecolog. El meu compromís a treballar perquè aquest projecte algun dia sigui una realitat, m'ha portat a acceptar presidir el Comitè d'Educació de la European Urogynecological Association (EUGA). Des de l'EUGA estem treballant per establir les bases de la subespecialització a escala europea i els estàndards de qualitat de la formació uroginecològica mitjançant el procés d'auditoria i acreditació. La nostra proposta s'ha fet arribar al European Board & College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG), secció de la Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) que representa als especialistes mèdics en les institucions europees (Comissió i Parlament). La EBCOG té com a objectiu principal contribuir a assolir els més alts estàndards de formació i atenció en el camp de l'O&G a tots els països europeus, i desenvolupar les subespecialitats.

Per altre banda, l'Uroginecologia necessita innovació molt més centrada en la pacient, en ser una patologia que no suposa una amenaça vital, qualsevol innovació ha de suposar una millora que permeti a les dones seleccionar un procediment basant-se en els possibles riscos i beneficis. Hi ha innovacions que podrien aportar beneficis immediats a les dones, però són lentes per aconseguir la seva implantació. Un exemple és la prevenció de la DSP en el part, amb les dades que disposem en l'actualitat, després d'anys de recerca bàsica i epidemiològica, sabem que és possible aplicar models predictius que permetin personalitzar l'atenció al part basant-se en l'estimació de risc individual de cada model de part i que la dona ben informada, hauria de poder decidir quin tipus i nivell de risc vol assumir. Aquesta innovació, que és l'únic camí cap a una prevenció primària de disfuncions com el prolapse i la incontinença anal, no avança en la seva implementació. La innovació en tractament de les DSP ha de centrar-se en les necessitats i la seguretat de les pacients. Hem viscut com algunes innovacions en Uroginecologia, s'han difós ràpidament, sense que tenir un valor clarament demostrat en el balanç risc benefici. Les malles vaginals pel prolapse genital són un bon exemple de *la innovació precipitada*, basada en l'èxit fabulós

amb la malla per la correcció de la IUE. L'extrapolació del baix risc de les complicacions de la malla per la IUE a la malla del POP va fer esclatar aquesta innovació secundada per les empreses, que van aportar enormes inversions i recursos a la innovació quirúrgica dins de la Uroginecologia. Quan van sorgir problemes de seguretat amb les malles vaginals pel prolapse genital, la conseqüència immediata van ser limitar la innovació i forçar als professionals a tornar a tècniques del passat. Per moltes dones va significar deixar de rebre el tractament que necessitaven.

La innovació en Uroginecologia ha de conèixer les preferències de les dones. La majoria de les pacients, prefereixen tractaments conservadors, que encara que no ofereixin una alta taxa de curació els hi permetin controlar els símptomes. Els tractaments conservadors s'han d'adaptar a les necessitats de les dones, han de poder administrar-se d'una manera flexible. Basant-nos en aquesta necessitat, fa 20 anys vàrem començar a treballar amb la Universitat Politècnica de Catalunya (UPC) per dissenyar un sistema per fer tractament de rehabilitació de l'IU a casa, sistema que tenim patentat a diversos països del món. El 2014 vàrem dissenyar, conjuntament amb la UPC, un projecte d'e-health (WOMEN UP), basat en el concepte de tractament domiciliari supervisat per professionals especialitzats. Va rebre una beca de la Comissió Europea H2020 i el consorci WOMEN UP acaba de rebre el primer premi que la IUGA ha concedit a la innovació.

Si volem perseguir un ideal d'innovació centrada en el pacient, hem de tenir en compte les forces implicades en la seva optimització. Definir la seguretat i l'eficàcia dels nous productes és sempre en el millor interès del pacient i és el nostre objectiu com a metges. Les societats científiques han de proporcionar el nexa per optimitzar les interaccions ètiques entre les parts que permetran implementar la innovació centrada en el pacient: indústria, organismes reguladors, metges i les societats científiques. Els nostres pacients es podran beneficiar d'aquesta progressió, perquè oferirà opcions de tractaments alternatius que s'adaptin millor a les seves condicions específiques i prioritats personals. Vist des d'aquesta perspectiva, el pacient es

converteix en el centre de la innovació ètica que defineix el marc de com ha de procedir la innovació.

Quan el professor Iglesias l'any 1982 em va cridar al seu despatx i em va parlar per primera vegada de la Uroginecologia com una part de la nostra especialitat a iniciar al nostre servei i al nostre país, i em va proposar marxar a Liverpool, a mi, que tenia tota la meua vida al davant, la proposta em va semblar apassionant i vaig intuir que feia bé acceptant el repte. El que no podia ni imaginar és que 40 anys després, estaria aquí i els hi parlaria de la Uroginecologia del seu passat, present i futur. Ara amb tota una vida dedicada a aquesta part de la Ginecologia, amb molta feina feta, continuo sentint que queda molt per fer, però estic tranquil·la i segura que amb la força de tots els ginecòlegs, juntament amb altres professionals, que avui estan també apassionats per aquesta part de la nostra especialitat, anem pel bon camí. El camí ens porta a posar la dona en el centre de la nostra activitat diària per millorar la seva qualitat de vida i de fer entendre a tots els professionals de la salut, que cuidar a les dones amb incontinència, els prolapses i altres disfuncions del sòl pelvià és una part molt important de la cura de la salut que, de forma transversal, pot afectar a una proporció considerable de dones que ells atenen en la seva pràctica diària per altres motius.

Moltes gràcies per la seva atenció

Bibliografia

- 1-Brueseke T, Muffly T, Rayburn W, et al. Workforce analysis of female pelvic medicine and reconstructive surgery, 2015 to 2045. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016;22(5):385–9.
- 2-Cardozo LD, Abrams PD, Stanton SL, Feneley RC. Idiopathic bladder instability treated by biofeedback. *Br J Urol.* 1978 Dec;50(7):521-3. doi: 10.1111/j.1464-410x.1978.tb06204.x. PMID: 753504.
- 3-Bonney V. On diurnal incontinence of urine in women. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1923; 30:358–65.
- 4- Enhörning G. Simultaneous recording of intravesical and intraurethral pressure: a study on urethral closure in normal and stress incontinent women. *Acta Chir Scand Suppl* 1961; 276:1–68.
- 5-McGuire EJ, Lytton B, Pepe V, Kohorn EI. Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1976;47:255–64.
- 6-DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol*1994;170:1713–20, discussion 1720–3.
- 7- Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence.Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1990;153 :7–31.
- 8- Iglesias X, Espuña M. Surgical treatment of urinary stress incontinence using a method for postoperative adjustment of sling tension (Remeex System). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003 Nov;14(5):326-30; discussion 330. doi:10.1007/s00192-003-1072-1. Epub 2003 Sep 6. PMID: 14618309.

- 9-Abrams P and Wein A. The overactive bladder and incontinence: Definitions and a plea for discussion. *Neurourol Urodyn*, 18 (1999):413–416
- 10-Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Jul;187(1):116-26. doi: 10.1067/mob.2002.125704. PMID: 12114899.
- 11-Yoshimura N, Chancellor MB. Current and future pharmacological treatment for overactive bladder. *J Urol*. 2002 Nov;168(5):1897-913. doi: 10.1097/01.ju.0000031061.70559.40. PMID: 12394674.
- 12- Andersson KE, Pehrson R. CNS involvement in overactive bladder: pathophysiology and opportunities for pharmacological intervention. *Drugs*. 2003;63(23):2595-611. doi: 10.2165/00003495-200363230-00003. PMID: 14636079.
- 13- Kobelt G, Jönsson L, Mattiasson A. Cost-effectiveness of new treatments for overactive bladder: the example of tolterodine, a new muscarinic agent: a Markov model. *Neurourol Urodyn*. 1998;17(6):599-611. doi: 10.1002/(sici)1520-6777(1998)17:6<599::aid-nau4>3.0.co;2-j. PMID: 9829424.
- 14-Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z, *et al.* Persistence and adherence with mirabegron versus antimuscarinic agents in patients with overactive bladder: a retrospective observational study in UK clinical practice. *Eur Urol*, 72 (2017), 389-399.
- 15-Amundsen CL, Richter HE, Menefee SA, *et al.* Onabotulinumtoxin A vs sacral neuromodulation on refractory urgency urinary incontinence in women a randomized clinical trial. *JAMA*, 316 (2016), 1366-1374
- 16-Peyronnet B, Mironska E, Chapple C, Cardozo L, Oelke M, Dmochowski R, Amarenco G, Gamé X, Kirby R, Van Der Aa F, Cornu JN. A comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology: On the Way to Tailored Treatment. *Eur Urol*.

- 2019 Jun;75(6):988-1000. doi: 10.1016/j.eururo.2019.02.038. Epub 2019 Mar 26. PMID: 30922690.
- 17-Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001 Jun;87(9):760-6. doi:10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x. Erratum in: *BJU Int* 2001 Nov;88(7):807. PMID:11412210.
- 18-Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, Hunt TL, Wein AJ. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003 May;20(6):327-36. doi: 10.1007/s00345-002-0301-4. Epub 2002 Nov.
- 19-Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalence of overactive bladder in Spain: a population-based study *Arch Esp Urol.* 2005 Mar;58(2):131-8. doi: 10.4321/s0004-06142005000200006. PMID: 15847270.
- 20-Espuña Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc).* 2004 Mar 6;122(8):288-92. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8. PMID: 15030739.
- 21-Espuña Pons M, Puig Clota M, Rebollo P, Vanrell Díaz JA, Iglesias Guiu X. Evaluación del resultado del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer mediante el cuestionario ICIQ-UI SF [Evaluation of the results of surgery treatment for female stress urinary incontinence with the ICIQ-UI SF questionnaire]. *Med Clin (Barc).* 2005 May 28;124(20):772-4. Spanish. doi: 10.1157/13075849. PMID: 15927103.
- 22-Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña [Prevalence of urinary incontinence in Ca-

- talonia, Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2009 Nov 14;133(18):702-5. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2009.06.013. Epub 2009 Aug 5. PMID: 19656535.
- 23-Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià; GRESP). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol*. 2010 Mar; 115(3):618-628. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181d04dff. PMID: 20177295.
- 24-Espuña-Pons M, Solans-Domènech M, Sánchez E; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià, GRESP). Double incontinence in a cohort of nulliparous pregnant women. *Neurourol Urodyn*. 2012 Nov;31(8):1236-41. doi: 10.1002/nau.22249. Epub 2012 Apr 24. PMID: 22532390.
- 25- Halban JTJ. *Anatomie und Atiologie der Genital prolapse beim Weibe*. Vienna and Leipzig: Wilhelm Braunmuller; 1907.
- 26- DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, Hussain H, Umek W, Hsu Y, Ashton-Miller JA. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2007 Feb; 109(2 Pt 1):295-302.
- 27- Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG*. 2008 Jul; 115(8):979-84.
- 28- DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2003;101:46–53.
- 29- Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106:707–12.
- 30- Margulies RU, Huebner M, DeLancey JO. Origin and insertion points involved in levator ani muscle defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Mar; 196(3):251.e1-5.

- 31-DeLancey JO. What's new in the functional anatomy of pelvic organ prolapse? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2016 Oct;28(5):420-9. doi:10.1097/GCO.0000000000000312. PMID: 27517338; PMCID: PMC5347042.
- 32- Gordon MT, DeLancey JOL, Renfro A, Battles A, Chen L. Development of anatomically based customizable three-dimensional finite-element model of pelvic floor support system: POP-SIM1.0. *Interface Focus*. 2019 Aug 6;9(4):20190022. doi: 10.1098/rsfs.2019.0022. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31263537; PMCID: PMC6597525.
- 33-Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders After Childbirth. *JAMA*. 2018 Dec 18;320(23):2438-2447. doi: 10.1001/jama.2018.18315. PMID: 30561480; PMCID: PMC6583632.
- 34-Friedman T, Eslick GD, Dietz HP. Delivery mode and the risk of levator muscle avulsion: a meta-analysis. *Int Urogynecology J* 901–2019;30:7.
- 35-Ros C, Martínez-Franco E, Wozniak MM, Cassado J, Santoro GA, Elías N, López M, Palacio M, Wiczorek AP, España-Pons M. Postpartum two- and three-dimensional ultrasound evaluation of anal sphincter complex in women with obstetric anal sphincter injury. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017 Apr;49(4):508-514. doi: 10.1002/uog.15924. PMID: 27087312.
- 36-Memon HU, Blomquist JL, Dietz HP, Pierce CB, Weinstein MM, Handa VL. Comparison of levator Ani muscle avulsion injury after forceps-assisted and vacuum-assisted vaginal childbirth. *Obstet Gynecol* 2015;125: 7.
- 37-Sainz JA, González-Díaz E, Martínez AM, Ortega I, Fernández-Fernández C, Palacín AF, García-Mejido JA. Prevalence of levator hiatal overdistension after vacuum and forceps deliveries. *Neurourol Urodyn*. 2020 Feb;39(2):841-846. doi: 10.1002/nau.24294. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31977114.
- 38-Atan IK, Lin S, Dietz HP, Herbison P, Wilson PD; ProLong Study Group. Levator Avulsion Is Associated With Pelvic Organ Pro-

- lapse 23 Years After the First Childbirth. *J Ultrasound Med.* 2018 Dec;37(12):2829-2839. doi: 10.1002/jum.14641. Epub 2018 Apr 20. PMID: 29675869.
- 39-Kamisan Atan I, Lin S, Dietz HP, Herbison P, Wilson PD; Pro-Long Study Group. It is the first birth that does the damage: a cross-sectional study 20 years after delivery. *Int Urogynecol J.* 2018 Nov;29(11):1637-1643. doi: 10.1007/s00192-018-3616-4. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29564511.
- 40-Glazener CM, MacArthur C, Hagen S, Elders A, Lancashire R, Herbison GP, Wilson PD; ProLong Study Group. Twelve-year follow-up of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence and prolapse outcomes: randomised controlled trial. *BJOG.* 2014 Jan;121(1):112-20. doi: 10.1111/1471-0528.12473. Epub 2013 Oct 22. PMID: 24148807.
- 41- Glazener C, Elders A, MacArthur C, Lancashire RJ, Herbison P, Hagen S, Dean N, Bain C, Toozs-Hobson P, Richardson K, McDonald A, McPherson G, Wilson D; ProLong Study Group. Childbirth and prolapse: long-term associations with the symptoms and objective measurement of pelvic organ prolapse. *BJOG.* 2013 Jan;120(2):161-168. doi: 10.1111/1471-0528.12075. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23190018.
- 42-RCOG Guidelines Committee on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Authors' reply re: Assisted vaginal birth: green-top guideline no. 26. *BJOG.* 2020 Dec 28. doi: 10.1111/1471-0528.16581. Epub ahead of print. PMID: 33368955.
- 43-de Leeuw JW, Daly JO; International Urogynecological Association (IUGA) Obstetric Pelvic Floor Trauma Special Interest Group. Re: Assisted vaginal birth: Green-top Guideline No. 26: Shortcomings of the updated Green-top Guideline No. 26 Assisted Vaginal Birth. *BJOG.* 2021 Feb;128(3):615. doi: 10.1111/1471-0528.16508. Epub 2020 Nov 28. PMID: 33248007.
- 44-Abdel-Fattah M, Familusi A, Fielding S, Ford J, Bhattacharya S. Primary and repeat surgical treatment for female pelvic or-

gan prolapse and incontinence in parous women in the UK: a register linkage study. *BMJ Open*. 2011 Nov 14;1(2):e000206. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000206. PMID: 22102637; PMCID:PMC3221293.

45-Agur W. There is still a place for vaginal mesh in urogynaecology: AGAINST: Transvaginal mesh is a failed innovation. *BJOG*. 2019 Jul;126(8):1075. doi: 10.1111/1471-0528.15695. Epub 2019 May 14. PMID: 31087749.

46-Maher C. There is still a place for vaginal mesh in urogynaecology: FOR: There is still a place for vaginal mesh in urogynaecology. *BJOG*. 2019 Jul;126(8):1074. doi: 10.1111/1471-0528.15694. Epub 2019 May 14. PMID: 31087502.

47- Bataller E, Ros C, Anglès S, Gallego M, España-Pons M, Carmona F. Anatomical outcomes 1 year after pelvic organ prolapse surgery in patients with and without a uterus at a high risk of recurrence: a randomised controlled trial comparin laparoscopic sacrocolpopexy/cervicopexy and anterior vaginal mesh. *Int Urogynecol J*. 2019 Apr;30(4):545-555. doi: 10.1007/s00192-018-3702-7. Epub 2018 Jul 9. PMID: 29987345.

48- Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Escura-Sancho S, Palau-Pascual MJ, Bataller-Sánchez E, España-Pons M, Carmona-Herrera F. Sexual activity and function in women with advanced stages of pelvic organ prolapse, before and after laparoscopic or vaginal mesh surgery. *Int Urogynecol J*. 2020 Aug 7. doi: 10.1007/s00192-020-04406-1. Epub ahead of print. PMID: 32767064.

Discurs de resposta de l'Acadèmic Numerari

XAVIER IGLESIAS I GUIU

He estat encarregat de respondre al discurs d'ingrés a la nostra Acadèmia de la Dra. Montserrat Espuña i Pons i ho faig amb una gran satisfacció pels seus valuosos mèrits científics i per l'apreci que tinc per la persona de la Dra. Espuña des de fa molts anys.

Filla d'Olot es llicencià en Medicina i Cirurgia a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, a l'hospital Clínic del carrer Casanova l'any 1978. Especialista en Obstetrícia i Ginecologia en el Departament d'Obstetrícia i Ginecologia de l'hospital Clínic i Doctora en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona amb la Tesi: L'aplicació sistemàtica de l'estudi urodinàmic en el diagnòstic de les dones amb incontinència urinària, l'any 1992.

A nivell assistencial, des que va acabar, ha treballat sempre al servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'hospital Clínic, primer com a becària i al 1989 va guanyar una plaça per desenvolupar la Unitat de Uroginecologia que ha liderat des de la seva creació. Ha anat escalant dins de la carrera professional i l'any 2010 assolí la categoria màxima com a Consultora Sènior.

A nivell docent, ha estat professora Associada a la Unitat Docent de Llevadores de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona del 1994 al 2012. Actualment és professora Associada del Departament d'Obstetrícia i Ginecologia de la UB. En els darrers anys ha fet una mitjana d'unes 25 ponències per any.

A nivell de recerca, ha estat investigadora principal de Projectes de recerca amb fons privats i públics (FIS i AQUAS). Actualment és co-investigadora i líder clínica del projecte: "COST EFFECTIVE SELF

MANAGEMENT OF URINARY INCONTINENCE ADDRESSED TO WOMEN ACROSS EUROPE”, finançiat amb una beca oficial de la European Commission H2020-PHC-2014 (Projecte PHC-26-2014).

En el 2004 va publicar el primer Tractat d’Uroginecologia en idioma castellà i ha estat coautora de “Tratado sobre incontinència” (2006), del “Manual de anatomia funcional y quirúrgica del suelo pélvico” (2010), i “Incontinencia Urinaria femenina” (2011). Ha escrit uns 30 capítols en diversos llibres de l’especialitat. Ha publicat uns 150 articles entre revistes nacionals e internacionals (uns 90 indexats) És la fundadora i directora científica de la revista que representa a la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): “Suelo Pélvico. Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva”.

És cofundadora, junt amb mí mateix, del “Grupo Español para el estudio de la patología del suelo pélvico” que al 2003 va ser convertit en una nova secció de la SEGO, la SESP (Sección de Suelo Pélvico). Ha estat secretària de la SESP des de la seva fundació fins al 2008 i Presidenta fins al maig del 2016.

A nivell internacional és membre actiu amb càrrecs institucionals de les principals societats científiques que representen la subespecialitat d’Uroginecologia en el món. Ha estat Presidenta del Research and Development Committee de la “International Urogynecological Association” (IUGA) i Presidenta del comitè científic de la “International Continence Society” (ICS). Actualment és vicepresidenta de la “Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología” (SINUG) y Presidenta del Comité d’Educació de la “European Association of Urogynaecology” (EUGA).

Ara passo a comentar el seu discurs pròpiament dit:
UROGINECOLOGIA: EL MEU VIATGE DE 40 ANYS DE VIDA PROFESSIONAL.

A la revisió exhaustiva de la història de la Uroginecologia que fa la Dra. Espuña, m’agradaria afegir algunes puntualitzacions sobre

el perquè de l'interès que vam tenir per la branca de les disfuncions del sol pelvià femení. En el departament d'Obstetrícia i Ginecologia de l'hospital Clínic, quan jo hi vaig entrar com a Intern per oposició, hi havia de Cap el professor Emili Gil Vernet, membre d'una família on hi havia el seu germà Salvador Gil Vernet, catedràtic que fou d'Anatomia i al mateix temps cap del servei d'Urologia del mateix hospital. No es estrany, doncs que hi hagués una gran inter-relació entre ambdós serveis; dit d'una altra manera, que hi hagués interès pels problemes urològics de la dona. Es feien operacions de bandes aponeuròtiques tipus Aldridge i d'altres que es podien considerar més pròpies del camp de l'urologia.

Aquest interès va romandre, també, durant la meva formació als EUA als anys 60s. La via vaginal ha estat sempre la pròpia del ginecòleg i en aquell país, hi havia la tradició de solucionar quirúrgicament els problemes ginecològics femenins des de mitjans del segle XIX amb el Dr. J. Marion Sims, pioner del tractament quirúrgic de les fistules vésico-vaginals i molt especialment pel professor Howard Kelly, catedràtic que fou de la Facultat de Medicina de la Universitat Johns Hopkins de Baltimore al tombant dels segles XIX i XX amb les denominades Plàsties Vaginals anteriors i punts de Kelly pel prolapse vaginal anterior i la incontinència urinària d'esforç femenina. A més a més, el meu cap a New York, el Dr. Donald Swartz era molt amic del Dr. Kermit Krantz de Kansas que junt amb els Doctors Marshall i Marchetti dissenyaren l'operació retropúbica denominada de Marshall-Marchetti-Krantz que s'estengué per tot el món. L'any 1982, amb motiu del congrés mundial de la FIGO (Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia) que es va celebrar a S. Francisco, ens trobarem un bon grup de ginecòlegs d'arreu del món, interessats en col·laborar en el desenvolupament de la International Uro-Gynecological Association (IUGA), associació que agrupava els ginecòlegs interessats per la Uroginecologia, de la mateixa manera que també hi havia la Internacional Continence Society (ICS) que era més pròpia dels uròlegs. El Dr. Jack Robertson ens convidà a la seva finca prop de Sta. Bàrbara on vam menjar-nos un bedell jove rostit a sobre d'un gran foc a terra. És a partir d'aquellencontre que

es va decidir que muntaríem una unitat d'Uroginecologia a l'hospital Clínic tal com ha explicat perfectament la Dra. Espuña. Unitat que va començar amb una sabata i una espadenya fins a arribar al moment actual en que disposa de tota una sala moderna amb tot l'aparatatge necessari així com la dotació de personal adequada pel seu bon funcionament.

La Dra. Espuña parla del millorament del diagnòstic de la IU de la dona amb els estudis urodinàmics, essencials per saber, amb més certesa, la causa d'aquesta incontinència d'una manera molt més objectiva.

Als anys noranta hi ha un canvi de paradigma en el tractament quirúrgic de la IUE amb les operacions de bandes lliures de tensió de material sintètic que proposà el Dr. Ulf Ulftem d'Esocolm, intervencions relativament més senzilles i molt més eficaces.

Passa revista al naixement d'una nova terminologia per la incontinència urinària d'urgència: la bufeta hiperactiva amb millores importants pel seu tractament i sobre tot per discriminar si la pacient necessita o no un tractament quirúrgic , és a dir, si el que necessita és únicament un tractament mèdic.

Una altra contribució a progressar en aquest camp fou la traducció i validació dels primers qüestionaris en castellà per la incontinència urinària (IU) i la bufeta hiperactiva (BH) i els primers estudis epidemiològics sobre IU en dones de Catalunya.

Fa una descripció dels avenços en el coneixement de la fisiopatologia del prolapse genital, de l'estancament en la seva prevenció i l'evident retrocés en el tractament quirúrgic utilitzant material sintètic que s'està deixant de fer pels problemes que ha produït, al cap d'un cert temps, degut al rebuig d'aquests materials per part del cos humà.

Un capítol important, des del meu punt de vista, és el de la formació del supraespecialista en Uroginecologia que ja tenen establerta en altres llocs, acceptant que hi ha d'haver gent superespecialitzada donat que aquesta branca s'ha fet tan gran que

necessita un temps més enllà de la Residència per formar una persona en Uroginecologia.

Per tot això, li demanaria al senyor President que li imposi la medalla del seu seient com a símbol de la seva plena incorporació a aquesta Acadèmia i de la nostra benvinguda. Moltes gràcies.

