

DETERMINACION DE LAS PREFERENCIAS DE LAS MUJERES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE EL METODO DE LA COMPARACION DE PAREJAS.

Montserrat Espuña Pons¹, Pablo Rebollo Álvarez², Montserrat Puig Clota¹ y Tatiana Dilla³.

Institut Clínic de Ginecologia¹, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona. BAP Health Outcomes². Oviedo. Asturias. Lilly³, S.A. Alcobendas. Madrid. España

Resumen.- OBJETIVO: Conocer las preferencias de las pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, para facilitar la toma de decisiones en la asignación de recursos y ayudar en la elección del tratamiento más adecuado.

MÉTODO: Estudio transversal de 150 mujeres diagnosticadas de IU de Esfuerzo (IUE) en una Unidad especializada en IU. Todas fueron sometidas al protocolo diagnóstico de la Unidad. Se realizó una entrevista personal que incluía información sobre tres tratamientos para la IU (Reeducación Muscular del Suelo Pelviano-RMSP, fármaco y cirugía) y el "Cuestionario sobre preferencias" desarrollado por el método de la "comparación de parejas". Se construyó una escala "ranking" con las alternativas y se cuantificó la distancia entre ellas aplicando la "ley de los juicios comparativos".

RESULTADOS: Las pacientes en conjunto prefieren el tratamiento con RMSP a las otras dos opciones, preferencia que se mantiene en el grupo de edad menor o igual a 46 años y en el de 56-62 años. Las pacientes entre 47 y 55 años parecen inclinarse por el tratamiento farmacológico. Las pacientes de edad mayor o igual a 63 años prefieren la cirugía. De acuerdo al nivel de gravedad, parece que en todos los niveles las pacientes prefieren el tratamiento conservador con RMSP, ocupando el segundo lugar el fármaco en las de gravedad moderada y severa.

CONCLUSIONES: Las mujeres con IUE y que no han recibido tratamiento previamente, prefieren el tratamiento conservador con RMSP seguido del farmacológico y la cirugía.

Palabras clave: Incontinencia de orina de esfuerzo. Mujer. Preferencias.

Summary.- OBJECTIVES: To know the preferences of patients with stress urinary incontinence (UI), may facilitate the decision making process of resources allocation and it also may help the choice of more suitable treatment.

METHODS: Cross-sectional study of 150 women who consulted at a UI-specialized unit and with diagnostic of stress urinary incontinence. All patients underwent the diagnostic protocol of the urogynaecological unit. A personal interview was carried out including detailed information of three different treatments (Pelvic Floor Muscle Exercises-PFME, pharmacologic treatment and surgery) and the "Preferences Questionnaire" designed with the method of paired comparisons. A ranking scale was constructed with the alternatives and the distance between them was assessed applying the "law of comparative judgements".

Correspondencia

Montserrat Espuña Pons
ICGON. Hospital Clínic
Villarroel, 170
08036 Barcelona. (España)
mespuna@clinic.ub.es

Trabajo recibido: 2 de julio 2006

RESULTS: Patients preferred treatment with PFME to the other two options in the whole sample and in two age groups: equal or under 46 years and between 56 and 62 years. Patients between 47 and 55 years seem to prefer pharmacologic treatment. The group of patients aged 63 or over preferred surgery. According to severity degree, it seems that PFME treatment is preferred in all degree groups, being the pharmacologic treatment the second choice in moderate and severe degree groups.

CONCLUSIONS: Women with stress UI and who haven't received previous treatment preferred the PFME treatment followed by pharmacologic treatment and surgery.

Keywords: *Stress Urinary Incontinence. Female. Preferences.*

INTRODUCCIÓN

El aumento ilimitado de la demanda de cuidados sanitarios unido a la disponibilidad siempre limitada de recursos para satisfacerla hace que cada vez más deban tomar decisiones entre alternativas terapéuticas a la hora de realizar la asignación de los escasos recursos de que se dispone (1).

La administración sanitaria es cada vez más consciente de que en estas decisiones se deben tener en cuenta las preferencias de los pacientes sobre las alternativas terapéuticas disponibles. Al abrigo de este movimiento que tiende a desplazar hacia el paciente parte al menos de la elección entre alternativas terapéuticas, se viene desarrollando durante los últimos años un área de investigación centrado en las diferentes metodologías para la determinación de las preferencias de la población sobre los tratamientos. Aunque es un campo en desarrollo creciente, existen algunos conocimientos y metodologías que están a día de hoy claramente establecidos (1). Una de las críticas más comúnmente aplicadas a estudios sobre preferencias de los pacientes es que muy pocas veces proporciona conocimientos reales sobre cuáles son las razones que llevan a la gente a preferir uno u otro tratamiento (2). Algunos estudios han demostrado que las entrevistas en profundidad con los sujetos ayudan a obtener una información más amplia sobre las preferencias expresadas y los motivos que conducen a la elección (3). Sin embargo este tipo de entrevistas requieren el gasto de una gran cantidad de recursos económicos que se podrían evitar empleando un cuestionario estructurado y auto-cumplimentado por los propios sujetos (4). En una revisión exhaustiva sobre el tema (1) se explican detalladamente algunas de estas metodologías separándolas entre técnicas

cuantitativas y cualitativas y explicando detalladamente las más utilizadas entre ellas.

Por otro lado las expectativas que tiene un paciente en el momento de iniciar un tratamiento pueden influir en el resultado del mismo al igual que las preferencias por una de las alternativas entre las que se puede optar (5). Este problema ya conocido desde hace tiempo es a menudo solventado en el marco de ensayos clínicos utilizando diseños basados en las preferencias del paciente. En estos diseños solamente se aleatorizan a uno de los grupos de tratamiento a aquellos pacientes que no tienen preferencia por ninguna de las alternativas mientras que aquellos que sí muestran preferencia por un tratamiento son asignados al grupo preferido o al menos preferido (6). Otra manera de solventar el problema es simplemente aleatorizar a todos los pacientes en los grupos de tratamiento pero evaluando previamente sus preferencias para luego incluirlas en el análisis del estudio. De cualquier modo estas estrategias son utilizadas muy raramente. Que duda cabe que el mismo hecho que parece "sesgar" un ensayo clínico puede resultar de una enorme utilidad a la hora de mejorar los resultados del tratamiento en la práctica clínica.

La incontinencia urinaria (IU) femenina es una patología crónica. En un estudio poblacional reciente realizado en cuatro países europeos (Francia, Alemania, España y Reino Unido) sobre una muestra de 17.080 mujeres se encontró que el 35% (23% en España) de las mujeres estudiadas habían tenido una pérdida involuntaria de orina en los últimos 30 días, siendo la incontinencia urinaria de esfuerzo el tipo más frecuente referido por las mujeres (7).

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es el síntoma más referido también por las pacientes con síntomas de incontinencia y sin prolapso genital, remitidas para estudio y tratamiento a una unidad especializada en Uroginecología. El diagnóstico urodinámico de IUE es el que se realiza con mayor frecuencia en este tipo de pacientes. (8). Esta patología hasta ahora podía ser tratada sólo con reeducación muscular del suelo pélvico (RMSP) o cirugía correctora mediante diferentes técnicas (9). Estas alternativas terapéuticas son claramente diferentes y tienen distintos efectos indeseables. La RMSP está indicada como tratamiento de primera línea para las mujeres con IUE. Este tratamiento requiere el entrenamiento previo y constancia en la realización de los ejercicios, pero consigue curaciones y/o mejorías en un 60-70% de los casos; no tiene efectos secundarios (10).

Las técnicas quirúrgicas para la corrección de la IUE han evolucionado de forma considerable en los últimos años, actualmente podemos ofrecer a

nuestras pacientes una cirugía mínimamente invasiva. La cirugía sigue siendo el tratamiento para la IUE con tasas de curación más elevadas y con resultados, aunque no siempre correctamente evaluados, pero que en manos expertas permiten ofrecer entre un 80-90 % de curación o mejoría a un año de la intervención (11). No obstante la tasa de curación tiende a disminuir con el paso del tiempo y el tratamiento quirúrgico de la IUE no está exento de complicaciones intra y postoperatorias (lesión vesical, hemorragia, retención urinaria, síndrome de urgencia-frecuencia, dolor etc) y aunque en general éstas no son graves, pero no siempre son fáciles de solucionar (12). A la hora de plantear a la mujer un tratamiento para la IUE hemos de transmitirle toda esta información para que su decisión se pueda hacer de forma adecuada, ponderando las ventajas y los inconvenientes.

Sea como dato a tener en cuenta en la asignación de recursos por parte de la administración, sea como factor a tener en cuenta los resultados de los tratamientos que se aplican en la práctica habitual de la medicina, lo cierto es que conocer las preferencias de los pacientes con patologías crónicas, como la incontinencia urinaria, parece tener una importancia creciente en nuestro sistema sanitario.

En este sentido no se tiene conocimiento sobre ningún estudio realizado en España sobre las preferencias de las mujeres respecto de los diferentes tratamientos para la IU de Esfuerzo. El objetivo del presente trabajo fue obtener información sobre las preferencias de las pacientes remitidas a una unidad especializada en Uroginecología, en las que de había realizado el diagnóstico urodinámico de IUE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal en el que se incluyeron, previo consentimiento informado, a 150 mujeres que consultaron por síntomas de incontinencia urinaria (IU) en la Unidad de Suelo Pélvico del Institut Clínic de Ginecología del Hospital Clínic de Barcelona, especializada en patología uroginecológica. Se incluyeron solo mujeres con diagnóstico urodinámico de IUE de acuerdo a la clasificación de la International Continence Society (ICS) (13). Los datos se recogieron entre septiembre de 2004 y abril de 2005.

Todas las pacientes fueron sometidas al protocolo diagnóstico de la Unidad de Uroginecología que consta de historia uroginecológica, exploración pélvica y estudio urodinámico. En la historia uroginecológica se recoge la edad, el peso, el índice de masa corporal (IMC), el tiempo de evolución de los

síntomas, los antecedentes de tratamientos previos para la IU y la patología asociada que presentan las pacientes. Las pacientes fueron interrogadas directamente sobre sus síntomas urinarios siguiendo un cuestionario estructurado. Se les preguntó acerca de la presencia o ausencia de síntomas urinarios de IU: incontinencia de esfuerzo (IUE) e incontinencia de urgencia (IUU). Se preguntó también acerca de otros síntomas urinarios relacionados con la IU, como el aumento de frecuencia miccional, la nicturia y algunos síntomas indicativos de disfunción del vaciado vesical. Se les pidió también que cumplimentasen un cuestionario autoadministrado, el Índice de Gravedad de los Síntomas de IU (14).

El estudio urodinámico se realizó de acuerdo al protocolo de buena práctica urodinámica de la "International Continence Society (ICS)" (15). Según el resultado del estudio urodinámico las pacientes fueron diagnosticadas de IUE si se evidenció pérdida de orina durante la cistometría, simultánea a la realización de un esfuerzo, sin que se observara contracción del detrusor.

Se realizó una entrevista personal con cada paciente que incluía información reglada sobre las alternativas terapéuticas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y el "Cuestionario sobre preferencias en el tratamiento de la IU femenina" desarrollado de acuerdo a la metodología de la "comparación de parejas". Mediante la técnica de "comparación de parejas" los pacientes pueden emitir juicios comparativos sobre parejas o pares de tratamientos. El método de comparación de parejas resulta por lo tanto muy sencillo para la evaluación subjetiva de las preferencias de tratamiento por parte de las pacientes. Se compararon por pares los 3 escenarios o tratamientos disponibles para la IUE: Ejercicios de Suelo Pélvico (escenario A), tratamiento farmacológico (escenario B) y tratamiento quirúrgico (escenario C). Las comparaciones se realizaron por pares A vs. B, A vs. C y B vs. C; por tanto cada una de las pacientes se enfrentó a 3 comparaciones de parejas diferentes. Para llevar a cabo cada una de las comparaciones, se le presentó a la paciente una hoja, dividida en dos mitades, en la que aparece una clara descripción de las dos opciones de tratamiento en cuestión. Esta breve descripción había sido realizada por el equipo de la Unidad de uroginecología y se basaba en la información habitualmente proporcionada en conversación directa con la paciente y los datos recogidos para los ensayos clínicos del tratamiento farmacológico con Duloxetina. Las tres hojas o fichas con la información que se presentó a la paciente sobre los tres tratamientos teóricamente posibles para la IUE, aparecen recogidas en el Anexo 1. Los resultados sobre las preferencias del

tratamiento fueron recogidos en una nueva hoja en la que la paciente marcaba con una cruz la opción preferida entre las presentadas en cada hoja. El objetivo que se perseguía mediante el empleo de esta metodología era construir un "ranking" con las alternativas ordenadas de acuerdo a la proporción de pacientes que la han elegido (16). Una vez obtenida este "ranking", se cuantificó la "distancia" que separa las diferentes alternativas preferidas aplicando el método propuesto por Thurstone (ley de los juicios comparativos) (16). Este método se basa en la conversión de cada unas de las proporciones de sujetos que prefieren una opción determinada frente a otra, en desviaciones normales que representan el intervalo entre ambas opciones. En cada opción se suman las desviaciones normales y se calcula la media, para finalmente restar el valor de la más negativa de las opciones, obteniendo una escala en la que la menos preferida de las opciones está designada arbitrariamente como "cero" y que muestra la distancia relativa de cada una de las otras opciones frente a ésta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de las pacientes empleando la media y desviación estándar para las variables cuantitativas (edad, paridad, IMC, edad en el primer y último parto, edad de inicio de la menopausia), excepto para el tiempo de evolución de síntomas de IU para el que se empleó la mediana y el rango intercuartílico; se emplearon las frecuencias absoluta y relativa para las variables cualitativas (situación laboral, menopausia, tratamientos quirúrgicos previos, antecedentes patológicos, fármacos que toma actualmente, tratamientos conservadores previos de IU, diagnóstico anterior de IUE y gravedad de la IUE de acuerdo al Índice de Gravedad de los Síntomas).

Para el análisis del "Cuestionario sobre preferencias en el tratamiento de la IU femenina", se trasladó cada respuesta de cada una de las pacientes a una matriz de frecuencias en la que las celdas indicaban el número de veces que un tratamiento ha

TABLA I. ANTECEDENTES DE LAS PACIENTES.

Antecedentes Obstétricos					
Número de hijos: media (D.E)		2,25 (1,01)			
Número de partos vía vaginal: media (D.E)		2,03 (1,07)			
Edad en primer - último parto: media (D.E)		24,5 (5,9) – 29,9 (7,2)			
Menopausia		95 pacientes (63,3%)			
Edad inicio menopausia:media (D.E)		48,8 (4,5)			
Antecedentes Quirúrgicos(no IU)					
Cirugía vaginal para prolapso		4 (2,7%)			
Histerectomía		13 (8,7%)			
Antecedentes Patológicos					
Con antecedentes		91 (60,7%)			
Número de patologías		1 62,6%	2 26,4%	3 7,7%	4 3,3%
Fármacos actuales					
Fármacos para la IU		3 (2%)			
Fármacos por otras causas		103 (68,7%)			
Tratamientos previos para la IU					
Fármacos		5 (3,3%)			
Técnicas de RMSP		7 (4,7%)			
Cirugía corrección IUE		10 (6,7%)			

sido preferido con respecto al otro (p.ej. A>B). Esta simple matriz permitió determinar el "ranking" de cada uno de los tratamientos, así como la determinación de la 'distancia' que los separa aplicando el método de Thurstone. Estas 'distancias' que separan a las diferentes opciones son relativas y se multiplicaron por 100 para facilitar la comprensión de las mismas.

RESULTADOS

La edad media (D.E) de las 150 pacientes estudiadas fue de 54,8 (12,4) años y el IMC medio (D.E) fue de 27,9 (5,1). La mayoría de las mujeres realizaba trabajo remunerado (40%), el 33,3% eran amas de casa y el 24,7% estaban en desempleo o jubiladas (2% ocupación desconocida). Respecto a los antecedentes personales de las mujeres estudiadas los resultados se presentan en la Tabla I. De las mujeres que había sido sometidas a cirugía vaginal para prolapso, 3 (75%) habían sido operadas una sola vez. El tratamiento farmacológico aplicado para la IU fue con anticolinérgicos en todos los casos. En el grupo de mujeres que tomaban fármacos por otras causas distintas de IU, la media de fármacos fue de 2,55 con una desviación estándar de 1,75. De las 10 pacientes con cirugía de corrección de la IUE, la mayoría (90%) había sido sometidas a una sola operación.

El tiempo mediano (Pc 25 – Pc 75) de evolución de los síntomas actuales de IU resultó ser de 60 (24-120) meses. De acuerdo al Índice de Gravedad de los Síntomas resultaron clasificadas como IU leve, solo 11 pacientes (7,3%); Moderada, 72 pacientes (48%); Severa, 54 pacientes (36%); y Muy severa, 13 pacientes (8,7%).

En la Tabla II se presenta el "ranking" de preferencias de tratamiento de la IU obtenido a partir de las respuestas de las pacientes al "Cuestionario sobre preferencias en el tratamiento de la IU femenina". Como puede verse la opción preferida por las pacientes, consideradas en un solo grupo, es la RMSP al igual que en todos los grupos de acuerdo al nivel de gravedad y en los grupos de mujeres con menos de 47 años y entre 56 y 62. Las mujeres del grupo de edad entre 47 y 55 años prefieren el tratamiento con fármaco y las de mayor edad (>=63 años) prefieren el tratamiento quirúrgico.

La escala resultante de aplicar el método de los juicios comparativos de Thurstone se presenta en la Tabla III. En ella puede apreciarse la distancia relativa que separa las diferentes preferencias de las pacientes entrevistadas en conjunto y de acuerdo a la edad y al nivel de gravedad de la IU.

Se analizaron por separado las elecciones que las mujeres entrevistadas expresaron a través de

TABLA II. RANKING DE PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON IUE.

Ranking	RMSP (A)	FÁRMACO (B)	CIRUGÍA (C)
Todas juntas	1,260	0,887	0,853
Según edad			
Edad =<46 años	1,390	0,830	0,780
Edad 47-55 años	1,061	1,181	0,758
Edad 56-62 años	1,539	0,743	0,718
Edad >=63	1,000	0,837	1,163
Según gravedad			
Leve	1,545	0,727	0,728
Moderada	1,292	0,917	0,791
Severa	1,167	0,926	0,907
Muy severa	1,230	0,693	1,077

la ficha 3 (fármaco vs cirugía) y se observó que consideradas todas las pacientes juntas, preferían el tratamiento con fármaco el 52%; separadas por la edad en cuatro tramos, preferían el tratamiento con fármaco el 53,7% de las mujeres de edad igual o inferior a 46 años; el 63,3% de las de edad entre 47 y 55 años; el 53,8% de las de edad entre 56 y 62 años; y el 37,8% de las de 63 o más años. Separadas por "gravedad de la IU", preferían el tratamiento con fármaco el 63,6% de las leves; el 52,8% de las moderadas; el 51,9% de las severas; y el 38,5% de las muy severas; y separadas por "situación laboral", preferían el tratamiento con fármaco el 58,3% de las mujeres que realizan trabajo activo; el 50% de las amas de casa; y el 43,2% de las desempleadas o jubiladas.

DISCUSIÓN

Las mujeres del presente estudio, habían sido remitidas a una unidad especializada para estudio y tratamiento, en su mayoría no habían recibido tratamiento previamente y fueron diagnosticadas siguiendo un protocolo estandarizado de IUE. Al plantearse las tres opciones teóricamente posibles para tratar su IUE, se observa que la mayoría prefieren el tratamiento conservador con Reeducción Muscular del Suelo Pelviano-RMSP seguido del tratamiento farmacológico y la cirugía como última alternativa. Las mujeres de mediana edad (47-55 años) y aquellas que realizan trabajo activo se inclinan más por el tratamiento farmacológico.

En la muestra estudiada destacan la apreciable proporción de mujeres con alguna patología asociada a la IU (60,7%) y de mujeres que estaban tomando algún fármaco por otro problema de salud distinto a la IU (68,7%). De las 150 mujeres solamente 3 (2%) estaban siendo tratadas con fármaco para la IU. Durante el último año 12 mujeres (8%) se habían sometido a algún tratamiento conservador de la IU (4,7% con RMSP).

Sólo un 7% de las mujeres calificaron su IU como leve de acuerdo con el Índice de Gravedad de la Incontinencia (14) que evalúa frecuencia e intensidad de los escapes involuntarios de orina. De acuerdo con este índice, la mayoría de las pacientes (93%) referían sintomatología de moderada a muy severa. La gravedad de los síntomas va de acuerdo con las características de las pacientes que se remiten a una consulta especializada de IU en busca de un diagnóstico del tipo de IU y un tratamiento. En general las pacientes que llegan a una Unidad especializada, son pacientes con un tiempo largo de evolución de sus síntomas (mediana de 60 meses en este grupo) y con pérdidas de orina frecuentes e intensas. Las mujeres no suelen buscar ayuda médica para su IU hasta que los síntomas interfieren de forma importante su vida diaria, en el estudio de Hunskaar (7) se puso en evidencia que solo un 25 % de las mujeres que con síntomas de IU habían consultado al médico.

TABLA III. ESCALAS FINALES DE PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON IUE.

Ranking	RMSP (A)	FÁRMACO (B)	CIRUGÍA (C)
Todas juntas	34,3	2,7	0
Según edad			
Edad =<46 años	52,3	3,6	0
Edad 47-55 años	26	36	0
Edad 56-62 años	73,6	0,3	0
Edad >=63	13,6	0	27,3
Según gravedad			
Leve	89,3	0	9,6
Moderada	43	11	0
Severa	20,6	1,3	0
Muy severa	46	0	33

Observando la tabla de "ranking" (Tabla II) y las escalas finales (Tabla III) se comprueba que estas pacientes en conjunto prefieren el tratamiento conservador con RMSP a cualquiera de las otras dos opciones, preferencia que se mantiene en el grupo de edad menor o igual a 46 años y en el de 56 a 62 años. Las pacientes de edad intermedia (entre 47 y 55 años) parecen inclinarse por el tratamiento farmacológico, siendo la diferencia respecto a la RMSP pequeña. Las pacientes de edad mayor o igual a 63 años prefieren la cirugía, siendo también la diferencia respecto a la RMSP pequeña (12,7). De acuerdo al nivel de gravedad, parece que en todos los niveles las pacientes prefieren el tratamiento conservador con RMSP, ocupando el segundo lugar el fármaco en las de gravedad moderada y severa.

Los resultados de este estudio son coherentes con el estudio de Robinson y cols. (17) cuyo objetivo principal era determinar lo que las mujeres entienden por curación y evaluar el grado de aceptación de los resultados de distintos tratamientos. El estudio incluía mujeres con todo tipo de IU y demostró que las mujeres tenían expectativas realistas respecto a los resultados de los tratamientos y que consideraban más aceptables tratamientos como la rehabilitación o la toma de fármacos de forma temporal, que el tratamiento quirúrgico, aunque éste fuera con cirugía mínimamente invasiva. Es decir, a la hora de elegir un tratamiento las mujeres que no han sido tratadas previamente aceptan bien las opciones de tratamiento que ofrecen solo mejoría de los síntomas, siempre que los escapes que persistieran sean ocasionales y de menor intensidad.

Hasta nuestro conocimiento no existe ningún estudio realizado en nuestro país que evalúe las preferencias de mujeres con IU antes de someterse a tratamiento. Este estudio tiene además la particularidad de que prácticamente todas las mujeres no habían recibido ningún tratamiento antes de la entrevista en la que expresaron sus preferencias, eran mujeres con una incontinencia moderada-grave y que habían sido sometidas a un protocolo de diagnóstico en una unidad especializada en el que se incluía el estudio urodinámico.

El último informe de la "International Consultation on Incontinence (2004)", en sus recomendaciones para investigación en el tratamiento de la IUE se considera que investigar los resultados de la aplicación de tratamientos combinados para la IU es una prioridad, ya que hay cierta evidencia de que estos pueden ofrecer resultados mejores que los tratamientos aislados (18). Probablemente sería de interés la realización de un estudio similar al presente, pero

que comparase las preferencias de la mujer frente a sólo dos alternativas, el tratamiento quirúrgico frente al tratamiento no quirúrgico con RMSP y fármaco simultáneamente. Esta información puede ser de gran interés a la hora de planificar la atención sanitaria destinada a las pacientes con este problema de salud.

Las mujeres con IUE y que no han recibido tratamiento previamente, prefieren el tratamiento conservador con Reeducción Muscular del Suelo Pelviano-RMSP seguido del fármaco y la cirugía. Probablemente estas preferencias serían diferentes en mujeres que ya hayan intentado previamente algún tratamiento.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Maite González, enfermera de investigación, becada para colaborar en la realización de este estudio, su entusiasmo y dedicación para poder llevar a cabo este proyecto. A las enfermeras Amelia Pérez, Lidia Jover y María José Martínez, de la Unidad de Suelo Pélvico del Institut Clínic de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, por su colaboración en el reclutamiento de las pacientes.

Para la realización de este estudio se solicitó una beca a Lilly España S.A. que permitió financiar la recogida y análisis de los datos.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. RYAN, M.; SCOTT, D.A.; REEVES, C. y cols.: "Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques". *Health Technol Assess* 5:1. 2001.
- *2. FREWER, L.J.; SALTER, B.; LAMBERT, N.: "Understanding patients' preferences for treatment: the need for innovative methodologies". *Qual Health Care* 10 (Suppl 1): 10. 2001.
3. FREW, E.J.; WOLSTENHOLME, J.L.; WHYNES, D.K.: "Eliciting relative preferences for two methods of colorectal cancer screening". *Eur. J. Cancer Care (Engl)* 14:124. 2005.
4. HUNDLEY, V.; RYAN, M.; GRAHAM, W.: "Assessing women's preferences for intrapartum care". *Birth* 28: 254. 2001.
5. KLABER MOFFETT, J.A.; JACKSON, D.A.; RICHMOND, S. y cols.: "Randomised trial of a

- brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain patients: outcomes and patients' preference". *BMJ* 330: 75. 2005.
6. TORGERSON, D.J.; KLABER-MOFFETT, J.; RUSSELL, I.T.: "Patient preferences in randomised trials: threat or opportunity?". *J. Health Serv. Res. Policy* 1: 194. 1996.
 - **7. HUNSKAR, S.; LOSE, G.; SYKES, D. y cols.: "The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries". *BJU Int* 93: 324. 2004.
 - *8. ESPUÑA, M.; PUIG, M.; PÉREZ, A. y cols.: "Incontinencia de orina de esfuerzo: primera causa de incontinencia en las mujeres remitidas a una unidad de uroginecología". *Arch. Esp. Urol.* 57: 633. 2004.
 - *9. ESPUÑA, M.: "Incontinencia de orina en la mujer". *Med. Clin. (Barc)* 120: 464. 2003.
 10. HAY-SMITH, E.J.C.; BØ, K.; BERGHMANS L.C.M. y cols.: "Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Oxford, 2001.
 11. WARD, K.L.; HILTON, P.; UK AND IRELAND TVT TRIAL GROUP.: "A prospective multicenter randomized trial of tension-free vaginal tape and colposuspension for primary urodynamic stress incontinence: two-year follow-up". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 190:324. 2004.
 12. BLACK, N.A.; DOWNS, S.H.: "The effectiveness of surgery for stress incontinence in women: a systematic review". *BJU.* 78: 497. 1996.
 13. ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M. y cols.: "The standardisation of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society". *Neurourol and Urodyn* 21: 167. 2002.
 14. SANDVIK, H.; ESPUÑA, M.; HUNSKAAR, S.: "Validity of the Incontinence Severity Index: Comparison with Pad-Weighing Tests". *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct* 1:1. 2006.
 - **15. SCHÄFER, W.; ABRAMS, P.; LIMIN, L. y cols.: "Good urodynamic practice: uroflowmetry, filling cystometry and pressure flow studies". *Neurourol. Urodynam.* 21: 261. 2002.
 16. NUNNALLY, J.C.; BERNSTEIN, I.H.: "Traditional approaches to scaling". In Nunnally JC, Bernstein IH (Ed): *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, INC. New York, 1994.
 17. ROBINSON, D.; ANDERS, K.; CARDOZO, L. y cols.: "What do women want? Interpretation of concept of cure". *J. Pelvis Med. Surg.* 9: 273. 2003.
 18. GHONIEM, G.M.; VAN LEEUWEN, J.S.; ELSER, D.M. y cols.: "A randomized controlled trial of duloxetine alone, pelvic floor muscle training alone, combined treatment and no active treatment in women with stress urinary incontinence". *J. Urol.* 173: 1647. 2005.