

PROFESIÓN

Elección del tipo de cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ayuda para la decisión compartida

Sònia Anglès Acedo, Silvia Escura Sancho, Inés Torras Caral, Cristina Ros Cerro, Montserrat Espuña Pons

Institut Clínic de Ginecologia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Barcelona

Cuando la paciente con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) no mejora con el tratamiento de primera línea recomendado (modificaciones en el estilo de vida y entrenamiento de los músculos del suelo pélvico supervisado), es momento de plantearse la opción del tratamiento quirúrgico¹.

Desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad, han ido apareciendo diferentes técnicas quirúrgicas para tratar la IUE. Algunas de ellas están actualmente en desuso y otras se han ido actualizando y mejorando, aunque la mayoría de ellas todavía se aplican en la práctica clínica habitual. En general, la innovación quirúrgica pretende encontrar una nueva alternativa al tratamiento habitual para mejorar la asistencia sanitaria de nuestras pacientes. No obstante, «nuevo» no siempre significa «mejorado». Por tanto, debemos ser cautelosos con la implementación de la innovación en el ámbito quirúrgico, considerando tanto el impacto positivo como el negativo en la salud de las pacientes a corto y largo plazo.

En la medicina actual, existe una tendencia creciente a impulsar un modelo de atención centrada en el paciente^{2,3}, que considera la autogestión de la enfermedad como un principio fundamental, y que permite elegir a cada paciente las estrategias más adecuadas para mejorar el cuidado de su salud. Esto cobra mayor importancia cuando se asiste a mujeres con patologías crónicas que repercuten en su calidad de vida, como la incontinencia urinaria (IU). Una de las herramientas para implementar la atención centrada en la paciente consiste en la «toma de decisiones compartida», que fomenta su

incorporación en el proceso de decisión, junto con el equipo sanitario, para elaborar un plan terapéutico de forma conjunta⁴.

¿Cuáles son los beneficios de la toma de decisiones compartida?

- Contribuye a la corresponsabilidad mediante el intercambio mutuo de información entre la paciente y el profesional de la salud, de forma que la mujer se convierte en responsable tanto de sus elecciones como de las consecuencias en su asistencia sanitaria, lo que propicia mejores resultados clínicos⁵.
- Permite el empoderamiento de las pacientes mediante conocimientos y habilidades para establecer las metas personales y desarrollar estrategias efectivas de resolución de problemas. El empoderamiento puede contribuir a una mayor sensación de control, autocuidado, habilidades de afrontamiento y capacidad del individuo para lograr cambios de comportamiento⁶.
- Ayuda a las mujeres a reflexionar y ordenar sus prioridades en torno al control de los síntomas y los posibles riesgos de los tratamientos⁷, tanto a corto como a largo plazo. Este punto es especialmente relevante en cirugías electivas, como las técnicas antiincontinencia, ya que ofrece a las mujeres una oportunidad para que deliberen sobre sus opciones.

¿Cuáles son las barreras de la toma de decisiones compartida?

- Los profesionales de la salud no siempre son conscientes de la importancia de este modelo de atención.
- Escasez de instrumentos para orientar las prácticas con un enfoque de empoderamiento y autocuidado del paciente.

Correspondencia: Sònia Anglès Acedo. La Maternitat i Sant Ramon. Institut Clínic de Ginecologia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic. Sabino Arana, 1. 08028 Barcelona. Correo electrónico: sangles@clinic.cat

- Si las pacientes quirúrgicas tienen un escaso conocimiento sobre su problema de salud, puede asociarse a malos resultados del tratamiento y a una menor adherencia a las instrucciones perioperatorias. Además, afecta al compromiso con el tratamiento, la preparación para la cirugía, la satisfacción de la paciente y los litigios⁸.
- Frecuentemente, las opciones de tratamiento complejas no se explican a un nivel comprensible para facilitar la discusión. Lekovic et al.⁹ observaron que la comprensión de las funciones fisiológicas de los órganos reproductivos era similar entre las mujeres sometidas a una histerectomía previa, comparadas con las que no se habían sometido a esta cirugía. En ambos grupos, más de la mitad de las participantes pensaba que las mujeres premenopáusicas que se someten a una histerectomía total continúan teniendo la menstruación después de la cirugía. Esto es alarmante, ya que implica que las mujeres pueden someterse a operaciones sin comprender sus consecuencias.
- Si coexisten otros problemas de salud, éstos compiten con la IU y, a veces, las mujeres consideran más urgente su resolución, quedando relegado el tratamiento de la IU. Esto puede condicionar el criterio de las pacientes en relación con el tipo de preoperatorio, los riesgos de la técnica quirúrgica y los cuidados postoperatorios que estén dispuestas a asumir.

¿Qué debemos considerar sobre el proceso de toma de decisiones compartida?

Comunicación

Respecto a la comunicación entre el profesional sanitario y la paciente, de acuerdo con las claves propuestas en el sumario previo¹⁰, en el proceso de toma de decisiones compartida para el tratamiento quirúrgico de la IUE cabe destacar los siguientes aspectos:

Preguntar sin dar nada por supuesto

¿La paciente realmente se plantea un tratamiento quirúrgico? Es de utilidad aportar iconografía que nos sirva de punto de partida.

En caso afirmativo, una vez explicada toda la información: ¿la paciente continúa con el deseo de recibir un tratamiento quirúrgico? Es importante no asumir que si

la paciente ha consultado por una técnica antiincontinencia, va a terminar aceptando una u otra de las opciones. Es posible que, tras sopesar los riesgos y beneficios, así como las incertidumbres, la paciente pueda tomar la decisión de rechazar la cirugía, por lo que debemos ofrecerle esa opción.

Utilizar un lenguaje claro y comprensible

Como ya hemos comentado, recibir una información adecuada sobre el problema de salud es clave para comprender cómo el tratamiento quirúrgico puede resolverlo. En el caso de la IUE, es fundamental comprender qué es la uretra, antes de intentar entender cada una de las opciones quirúrgicas. En un reciente estudio piloto¹¹ se analizó el conocimiento sobre los genitales femeninos, y se observó que sólo el 9% de los participantes denominaron las 7 estructuras propuestas de forma correcta. Cabe destacar una evidente confusión entre la situación de la uretra con el clítoris, ya que ésta sólo se identificó correctamente en el 51% de los casos. El sexo femenino, la educación superior y la raza caucásica se asociaron a un mejor conocimiento de los genitales externos femeninos.

Dejar hablar. Animar a hacer preguntas o expresar su opinión

A los pacientes se les debe explicar lo que quieren saber sobre un tratamiento, en lugar de informar únicamente sobre lo que el profesional de la salud cree que debería saber; por tanto, es crucial dejar un espacio para que plantee sus preocupaciones. En relación con la cirugía para la IUE, Lynch et al.¹² se cuestionaban si proporcionar simplemente la evidencia clínica es la estrategia ideal para garantizar que las mujeres participen realmente en un proceso de toma de decisiones. Mediante un estudio cualitativo, estos autores observaron que las dimensiones emotivas de la IU no eran únicamente una respuesta secundaria a la afección, sino que tenían un efecto directo sobre las opciones quirúrgicas consideradas y podían variar a lo largo del tiempo. Las mujeres resaltaron tres preocupaciones clave que considerar en futuros procesos de decisiones compartidas para procurar una atención personalizada e individualizada:

1. Autopercepción de la gravedad/afectación. Cabría introducir experiencias específicas de la vida real y

Elección del tipo de cirugía de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Ayuda para la decisión compartida

Sònia Anglès Acedo, Silvia Escura Sancho, Inés Torras Caral, Cristina Ros Cerro, Montserrat Espuña Pons

relatos detallados en primera persona, en lugar de realizar una evaluación médica despersonalizada de su IU: comparar, establecer qué sería lo normal para ellas, correlacionar las alternativas terapéuticas que están dispuestas a asumir, evaluar no sólo lo mal que están sino también el grado de empeoramiento que han experimentado con el tiempo, valorar si las estrategias de adaptación han dejado de ser útiles...

2. Disrupción de las actividades y roles sociales causada por la IUE y capacidad del tratamiento de normalizar estos aspectos. La pérdida/recuperación de los roles sociales son claramente importantes. Todas las mujeres describieron estrategias que habían adoptado para evitar la interrupción de estos roles en la medida de lo posible.
3. Superación de la vergüenza, ya que la búsqueda de un tratamiento quirúrgico hace más visible la IUE no sólo para el entorno familiar, social y laboral, sino también para los profesionales de la salud. Para algunas participantes, el sexo del profesional era importante, y la mayoría de ellas prefería hablar con mujeres. No obstante, los parámetros más significativos, en general, son la atención del clínico y el hecho de que el problema se tome en serio. También debemos considerar el impacto que supone en las pacientes la exposición de una parte íntima de su anatomía.

Decisión basada en la evidencia

La buena práctica médica aconseja a los médicos que proporcionen tratamientos eficaces según la evidencia existente:

Evidencia basada en el conocimiento científico

Es importante detallar la información relacionada con los riesgos, beneficios y alternativas al propio procedimiento quirúrgico. Además, si la técnica quirúrgica implica un dispositivo implantable, como es el caso de algunas técnicas antiincontinencia, se debe incluir la información relacionada con los riesgos y las posibles complicaciones debidas exclusivamente a tal dispositivo¹³. Incluso si los riesgos son desconocidos debido a la falta de estudios a largo plazo, las pacientes deben ser conscientes de ello para que puedan decidir si desean o no incurrir en tal riesgo.

Podría ser útil que el profesional de la salud enseñara de forma habitual a las pacientes muestras de los dispositivos, lo que podría complementar la toma de decisiones compartida, ayudándolas así a comprender mejor la naturaleza del dispositivo y el procedimiento de implantación para el que están dando su consentimiento.

Evidencia basada en el paciente

A pesar de ser un valioso recurso para mejorar los resultados de la atención médica, cuando se habla de medicina basada en la evidencia no se reconoce el valor de la evidencia basada en el paciente, como las sesiones de escucha a pacientes, la valoración del tratamiento, las experiencias del paciente y/o su opinión-testimonio. Posiblemente, muchos profesionales desconocen que se ha demostrado que la evidencia basada en el paciente se correlaciona con mejores resultados sanitarios; de este modo, debería incorporarse en el marco de la práctica basada en la evidencia para ofrecer una mayor apreciación de lo que constituye una atención eficaz¹⁴.

Esto es especialmente relevante en las técnicas quirúrgicas, ya que la tolerancia al procedimiento, la vivencia del postoperatorio y, en casos de dispositivos médicos, las posibles complicaciones identificadas por las pacientes constituyen un potencial conocimiento. Este conocimiento, fundamentado en la información sobre las preferencias personales, puede indicarnos qué características del tratamiento son importantes para las pacientes, cuán importantes son y qué concesiones están dispuestas a hacer¹⁵. De esta forma, obtendremos una mejor evaluación de la deseabilidad o aceptabilidad relativa de nuestras pacientes respecto a la elección específica entre los resultados u otras características que discriminan las diferentes intervenciones de salud alternativas¹⁶.

Además, la evidencia basada en el paciente también puede ayudar a reconstruir la confianza. Si las experiencias de otros pacientes se mencionan, al menos en parte, los pacientes pueden sentirse mejor atendidos para tomar decisiones sobre el tratamiento, lo que va en línea con lo referido por las pacientes en el estudio cualitativo de Lynch et al.¹² previamente mencionado.

Por tanto, consideramos que un mayor reconocimiento de la evidencia basada en el paciente dentro de la práctica basada en la evidencia podría proporcionar un

enfoque más centrado en el paciente para determinar los riesgos y la eficacia de los tratamientos¹³.

Conclusiones

La toma de decisiones compartida es una herramienta para impulsar la atención sanitaria centrada en el paciente, que fomenta su incorporación al proceso de decisión, de forma conjunta con el equipo sanitario.

Consiste en mejorar la comunicación, preguntando a la paciente sobre sus preferencias, explicar utilizando un lenguaje comprensible, dejándole espacio para hablar de su autopercepción de la gravedad, cómo altera la enfermedad su rol social y permitiendo la superación de la vergüenza. También consiste en tomar las decisiones basadas tanto en la evidencia científica como en la evidencia basada en el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams P, Andersson KE, Apostolidis A, Birder L, Bliss D, Brubaker L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, eds. International consultation on incontinence, 6.^a ed. Londres: Health Publications Ltd.; 2017. p. 1-142.
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific, 2007. Disponible en: <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5416>
- Department of Health. Liberating the NHS: no decision about me without me. Government response to the consultation. Londres, 2012 [consultado el 8 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/government-response-to-the-consultation-on-proposals-for-greater-patient-involvement-and-more-choice>
- Kambhampati S, Ashvetiya T, Stone NJ, Blumenthal RS, Martin SS. Shared decision-making and patient empowerment in preventive cardiology. *Curr Cardiol Rep.* 2016; 18(5): 49 [DOI: 10.1007/s11886-016-0729-6].
- Cardoso Barbosa H, De Queiroz Oliveira JA, Moreira da Costa J, De Melo Santos RP, Gonçalves Miranda L, De Carvalho Torres H, et al. Empowerment-oriented strategies to identify behavior change in patients with chronic diseases: an integrative review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2021; 104(4): 689-702 [DOI: 10.1016/j.pec.2021.01.011].
- Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13: 263 [DOI: 10.1186/1472-6963-13-263].
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). Surgery for stress incontinence patient decision aid. Londres, 2019 [consultado el 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/surgery-for-stress-urinaryincontinence-patient-decision-aid-pdf-6725286110>
- Kenton K, Pham T, Mueller E, Brubaker L. Patient preparedness: an important predictor of surgical outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197(6): 654.e1-6 [DOI: 10.1016/j.ajog.2007.08.059].
- Lekovic J, Pangasa M, Reiss J, Chan M, Prasad L, Taubel DA. Does prior hysterectomy improve patients' understanding of the anatomy and physiology of female reproductive organs? A survey. *Fertil Steril.* 2013; 100(3): 406S.
- March Cerdà JC. Una comunicación con «h-alma». *Suelo Pélvico.* 2021; 14(1): 29-32.
- El-Hamamsy D, Parmar C, Shoop-Worrall S, Reid FM. Public understanding of female genital anatomy and pelvic organ prolapse (POP); a questionnaire-based pilot study. *Int Urogynecol J.* 2021 [DOI: 10.1007/s00192-021-04727-9].
- Lynch R, Toozs-Hobson P, Duckett J, Tincello D, Cohn S. Making a decision about surgery for female urinary incontinence: a qualitative study of women's views. *Int Urogynecol J.* 2021; 32(1): 127-133 [DOI: 10.1007/s00192-020-04383-5].
- O'Neill J. Lessons from the vaginal mesh scandal: enhancing the patient-centric approach to informed consent for medical device implantation. *Int J Technol Assess Health Care.* 2021; 37(1): e53 [DOI: 10.1017/S0266462321000258].
- Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open.* 2013; 3(1): e001570 [DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570].
- Benz HL, Lee TJ, Tsai JH, Bridges JFP, Eggers S, Moncur M, et al. Advancing the use of patient preference information as scientific evidence in medical product evaluation: a summary report of the patient preference workshop. *Patient.* 2019; 12(6): 553-557 [DOI: 10.1007/s40271-019-00396-5].
- US Food and Drugs Administration. Patient preference information: voluntary submission, review in premarket approval applications, humanitarian device exemption applications, and de novo requests, and inclusion in decision summaries and device labeling, 2016 [citado el 15 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/patient-preference-information-voluntary-submission-review-premarket-approval-applications>