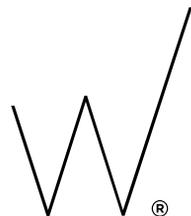




Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España



Libro Blanco
de la Carga Socioeconómica
de la **Incontinencia**
Urinaria
en **España**



Edita
Instituto Max Weber
C/. Las Norias, 123
28221 Majadahonda (Madrid)
E-mail: Alexandra.ivanova@imw.es

ISBN: 978-84-697-3415-5
D.L: M-22396-2017

Madrid, Junio de 2017

AUTORES

Víctor Baena González

Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urología
Hospital Regional Carlos Haya, Málaga

Pedro Blasco Hernández

Servicio de Urología
Hospital Universitario de Valme, Sevilla

José Manuel Cózar-Olmo*

Jefe de Servicio de Urología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Irene Díez-Itza

Servicio de Ginecología
Hospital Universitario de Donostia
Presidenta de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad
Española de Ginecología y Obstetricia

Montserrat Espuña Pons

Jefa Unidad de Uroginecología
Hospital Clínic, Barcelona

* Presidente de la Asociación Española de Urología durante la elaboración del libro, actual expresidente.

Álvaro Hidalgo Vega

Departamento de Análisis Económico
Universidad de Castilla-La Mancha

Miguel A. Jiménez Cidre

Jefe de Sección de Urología
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Juan Oliva

Departamento de Análisis Económico
Universidad de Castilla-La Mancha

Luz M^a Peña Longobardo

Departamento de Análisis Económico
Universidad de Castilla-La Mancha

Renata Villoro

Directora de Proyectos de Investigación y Economía de la Salud
Instituto Max Weber

Raúl Vozmediano Chicharro

Servicio de Urología
Hospital Regional Carlos Haya, Málaga

ÍNDICE

Prólogo	7
Introducción	11
Capítulo 1. Incontinencia Urinaria: aspectos fundamentales e importancia del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva	19
Miguel A. Jiménez Cidre	
Capítulo 2. Modelo asistencial para la gestión integral de pacientes con Incontinencia Urinaria. Situación actual y áreas de mejora	63
Víctor Baena González y Raúl Vozmediano Chicharro	
Capítulo 3. La calidad de vida de los pacientes con Incontinencia Urinaria, con el caso específico del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva	79
Montserrat Espuña Pons	
Capítulo 4. Impacto laboral y valoración social de la Incontinencia Urinaria y del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en España	121
Luz M ^a Peña Longobardo y Juan Oliva	

Capítulo 5.	Carga económica derivada de la Incontinencia Urinaria y del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en España	149
	Renata Villoro	
Capítulo 6.	Efecto de la adherencia al tratamiento y su impacto en la carga de la enfermedad	189
	Pedro Blasco Hernández	
Capítulo 7.	Conclusiones y recomendaciones para fomentar la eficiencia y mejorar el abordaje integral del paciente con IU y/o Síndrome de la Vejiga Hiperactiva	213
	Todos los autores	
Lista de abreviaturas		220
Índice de tablas		223
Índice de figuras		224

PRÓLOGO

Es para nosotros un honor y un placer prologar este Libro Blanco de Incontinencia Urinaria (IU) y Vejiga Hiperactiva (VH) en España, por cuanto supone toda una innovación el abordar, de forma conjunta e integral, todos los aspectos médicos y socioeconómicos de estas dos entidades nosológicas tan frecuentes y prevalentes en nuestro país, y que creemos deben concienciarnos a todos para trabajar, profesionales y responsables de la Sanidad pública española, en la misma dirección, para mejorar la calidad en la atención sanitaria de los pacientes.

Determinados síntomas urinarios como la IU y la VH representan un problema socioeconómico importante, principalmente por su alta prevalencia y el deterioro en la calidad de vida que conllevan. Estudios poblacionales han demostrado que el número de pacientes con IU y VH aumenta con la edad, por lo que el problema será aún mayor en el futuro. El progresivo incremento de la esperanza de vida y el paulatino envejecimiento de la población favorecerán el aumento en la prevalencia de ambas patologías. Por ello, es importante diseñar estrategias que favorezcan su manejo dentro de los Sistemas de Salud.

A lo largo de esta obra se describirán y analizarán distintos aspectos de la IU y de la VH con especial atención a las repercusiones económicas y sociales. Para ello contamos con un panel de expertos en la materia y de reconocido prestigio que nos aportarán una perspectiva crítica, pero constructiva, de cuál es la situación actual.

La información recogida en este libro blanco de la incontinencia urinaria será útil para tomar conciencia del problema, no solo a los profesionales sanitarios responsables de velar por la salud del individuo, sino también para el propio paciente y los gestores de los recursos sanitarios. El paciente puede verse identificado, y vislumbrar la posi-

bilidad de solución, mientras que el gestor sanitario comprenderá su trascendencia y tendrá la posibilidad de favorecer los medios necesarios para su manejo.

A lo largo de las últimas décadas, tanto la IU como la VH no han sido priorizadas en los planes estratégicos de las distintas Consejerías de Salud, en pro de otros problemas que se han considerado más trascendentes. De hecho, tradicionalmente han sido dos entidades a menudo infradiagnosticadas e infratratadas.

Afortunadamente, en los últimos años, con la mejora de los Sistemas de Salud y la importancia que se le otorga a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), ha crecido el interés por estas patologías y se ha incrementado la dotación de los recursos sanitarios dirigidos a su identificación y tratamiento.

En este libro se pone de manifiesto la importancia de la gestión por procesos, que ordena la asistencia por niveles en base a la evidencia clínica disponible. Resalta la trascendencia del enfoque centrado en la persona dando especial importancia a la continuidad asistencial entre la Atención Primaria y la Especializada. Comprenderemos cómo el establecimiento de criterios clínicos y organizativos en el manejo de la IU y la VH, favorece la atención integrada.

La adecuada gestión de estas patologías adquiere especial interés si tenemos en cuenta que la IU es uno de los problemas crónicos de salud que más deteriora la calidad de vida en sus diferentes dimensiones. La VH también tiene un impacto muy negativo en la CVRS, especialmente si se asocia a IU de urgencia.

A lo largo de esta obra veremos cómo la IU y la VH no suponen un peligro para la vida, pero la deterioran de forma significativa ya que alteran el sueño, reducen la movilidad, perjudican las relaciones sociales, alteran las actividades cotidianas y la vida sexual e incluso pueden generar problemas en el ámbito laboral. También se expone cómo el deterioro laboral asociado a la IU y a la VH se traduce en importantes pérdidas de productividad que se incrementan en función de la severidad y disminuyen en aquellos casos en los que se instaura un tratamiento adecuado.

En este libro blanco, también se analizan los componentes de la carga económica y social de la IU y la VH, que incluyen los costes directos derivados del manejo de la enfermedad, así como aquéllos relacionados con la pérdida de productividad laboral o indirectos. La carga económica también está constituida por costes intangibles que engloban el sufrimiento, la estigmatización, la discriminación laboral o el impacto sexual.

La alta prevalencia de la IU y la VH influyen notoriamente en la carga económica. El conocimiento de todos estos factores puede ayudar en la toma de decisiones sobre la asignación del presupuesto sanitario.

Además, estamos ante una patología en la que el infradiagnóstico puede impactar negativamente en los costes sanitarios y sociales. La utilización de absorbentes para la incontinencia es el factor que supone el mayor gasto sanitario en todos los países que han publicado sus datos al respecto. La falta de diagnóstico puede ser debida a que el paciente no refleja sus síntomas bien por vergüenza, o simplemente por desconocimiento de la posibilidad de solución. Por ello, los profesionales sanitarios nos vemos en la obligación de detectar activamente estas patologías. El correcto diagnóstico y tratamiento de la IU y la VH no solo va a repercutir en un menor gasto sanitario, sino que también favorecerá una mejoría en la CVRS.

Desde las Sociedades Científicas que representamos queremos destacar la importante carga económica y social que suponen tanto la IU como la VH. Consideramos imprescindible la concienciación de todas las partes implicadas:

- La del personal sanitario para conseguir su detección precoz, diagnóstico y tratamiento.
- La del paciente, para que conozca y aprenda a identificar que sufre esta patología y sus repercusiones, ya que así le será más fácil pedir ayuda.
- La del gestor sanitario, que ha de saber la carga económica de estas enfermedades y así poder dotar de los recursos necesarios para su manejo a los Sistemas de Salud.

Para alcanzar estos propósitos cualquier divulgación de información es fundamental. Esta obra recoge el manejo actual de la IU y la VH, además estima la carga económica y social que representan estas patologías y presenta estrategias sanitarias y recomendaciones de política sanitaria para alcanzar su abordaje ideal.

La trascendencia de esta publicación viene refrendada por sus autores, todos con un gran nivel de conocimientos adquiridos con sus años de experiencia, que nos han permitido ir avanzando en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

Finalizamos la presentación de este Libro agradeciendo a Astellas Pharma su activa colaboración en este campo. Creemos que este tipo de iniciativas, sin duda, beneficiará el manejo futuro de los pacientes afectadas de incontinencia urinaria y/o vejiga hiperactiva, siendo por ello, muy recomendable su lectura.

Irene Díez-Itza y José Manuel Cozar

INTRODUCCIÓN

En los próximos años los Sistemas Nacionales de Salud se enfrentan al reto de consolidar y aumentar los logros adquiridos en los últimos 50 años haciendo frente a las presiones de coste y de restricciones presupuestarias a las que todos, sin excepción, se ven expuestos. La sostenibilidad del sistema pasa por una gestión de la cronicidad y por dar respuestas a numerosas patologías que si bien no comprometen la supervivencia del paciente sí afectan de forma considerable a su calidad de vida.

Este es el caso de la Incontinencia Urinaria (IU), ya que si bien no es una enfermedad letal sí representa un problema de salud muy importante que afecta a todos los grupos de población, independientemente de la edad y el sexo, pero principalmente a las mujeres. Debido a las repercusiones negativas que conlleva, que abarcan desde aspectos médicos hasta económicos, esta patología afecta tanto a la persona que la padece como al núcleo familiar y/o sus cuidadores.

A pesar de que la IU es una de las patologías médicas más comunes, a menudo pasa desapercibida en las consultas de atención primaria, debido a varias razones. La primera, al pudor que puede representar hablar del problema, que tiene asociado un alto estigma social (1). La segunda, al interpretarlo el paciente como un hecho de la evolución natural de la persona y carente de tratamiento eficaz, a pesar de que deteriora significativamente su calidad de vida, limita su autonomía y reduce su autoestima (2). En tercer lugar, en muchas ocasiones los profesionales sanitarios no realizan las preguntas necesarias para poder diagnosticar la IU (3), lo que evita que los pacientes sean valorados adecuadamente y reciban un tratamiento integral. Se trata de un problema de salud que aparece como “no grave” en términos de supervivencia, pero cuyas repercusiones sobre la Calidad de Vida del Paciente y la necesidad de

cuidados son muy significativas (4). En muchos casos no se llega a un diagnóstico etiológico, y en cambio, se ofrecen medidas paliativas con una importante repercusión negativa en la calidad de vida del paciente y en su entorno. Incluso puede llegar a ser una causa de institucionalización de la persona mayor (5).

La IU es, por lo tanto, una patología infradiagnosticada y en muchos casos infratratada o no tratada de forma correcta (3,6). Además, no se trata exclusivamente de un problema médico, ya que entre las mujeres se asocia habitualmente a una serie de problemas psicosociales (7), a un sentimiento de vulnerabilidad, y al ocultamiento de la enfermedad por temor al rechazo social (8).

En general, los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la IU muestran que es un problema más frecuente en la mujer que en el varón y que la incidencia de esta disfunción aumenta con la edad (después de los 40 años), tras la menopausia, debido a la paridad, y especialmente con los segundos embarazos (2).

Los datos de prevalencia de la IU a nivel mundial han cambiado mucho en función de la fecha del estudio, pues antes de la definición del ICS no existía una definición consensuada de la patología. Así, antes de 2002 los estudios internacionales y nacionales aportan cifras de prevalencia para la IU, desde un 15 % hasta un 60 % (9-11), que en parte pueden estar motivadas por la fecha de estudio (12) o incluso también pueden ser determinantes otros condicionantes como las preguntas usadas en los cuestionarios y la manera en que son respondidas, la gravedad o importancia de la IU, la representatividad de la población y el ámbito de realización del estudio (13).

En el estudio EPICC, proyecto institucional de la Asociación Española de Urología, como primer estudio que proporciona datos epidemiológicos españoles fidedignos para la prevalencia de IU, realizó un seguimiento en mujeres mayores de 65 años y determinó una prevalencia de la IU del 3,66 % (14).

Un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 2012 (15) indica que la prevalencia de la IU en España en enfermos mayores de 15 años es de 3,6 %. Estos valores son inferior-

res al 15,8 % estimado por el ONI (8). En dicho trabajo, los resultados en función del sexo muestran que el 4,6 % de las mujeres refieren padecer IU frente al 2,5 % de los hombres, mientras que el ONI estima valores de prevalencia del 24 % y 7 %, respectivamente (8), lo que coincide con otros estudios tanto nacionales como internacionales (2-4).

En el trabajo a partir de la ENSE se pueden observar las diferencias entre regiones (15). Al analizar los resultados por Comunidades Autónomas (CCAA), la región española con los valores más altos de prevalencia de IU es Galicia (6,1 %), seguido por Asturias (5,8 %) y la Región Murciana (5,5 %) mientras que los menores corresponden a Melilla, Cantabria y Castilla-La Mancha (0,3 % vs 1 % vs 1,4 %). En el caso concreto de Cataluña, la prevalencia de la IU es de un 2,8 % (3,2 % en mujeres y un 1,8 % en hombres) lo que contrasta con el 7,9 % obtenido a partir de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) (16).

En cuanto a la edad de los pacientes, los resultados obtenidos con la ENSE 2011-2012 estiman una edad media de 72,1 años, población más envejecida que la analizada por otros trabajos en donde se reporta una media en torno a los 59 años (17,18).

En cuanto a los factores de riesgo para padecer IU en las mujeres son el embarazo, el parto vaginal y la diabetes mellitus. La investigación también indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal son factores de riesgo modificables importantes de la IU. Aunque un deterioro leve de la función cognitiva no constituye un factor de riesgo de IU, incrementa los efectos de ésta (19).

Respecto a los factores de riesgo en los varones, son la edad avanzada y los síntomas de las vías urinarias inferiores, las infecciones, el deterioro funcional y cognitivo, los trastornos neurológicos y la prostatectomía (19).

En general la IU se acompaña de comorbilidades como hipertensión (19,35 %), mayor frecuencia de infecciones urinarias (13,71 %) y diabetes (5,65 %) (20).

A pesar de las diferencias metodológicas para estimar la prevalencia, existe un acuerdo universal acerca de la importancia del problema en

términos de sufrimiento humano y de coste económico (21). Debido al carácter crónico de la enfermedad y a las comorbilidades que tiene asociadas, el impacto de esta patología sobre la calidad de vida de los pacientes y el uso de recursos sanitarios es alto.

Según la OMS, la Calidad de Vida (CdV) es la percepción que un individuo tiene de sí mismo, concepto que es muy amplio y que está influido por su salud física, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, y su relación con los elementos esenciales de su entorno (8). El impacto de la IU en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) varía de unas personas a otras. Debe ser evaluado de manera individual en cada caso y desde el punto de vista del paciente, en el momento de decidir qué tratamiento aplicar. Diversos estudios consideran que la mejora en la CdV debe ser el principal indicador de resultados de cualquier estrategia terapéutica (18,22), a nivel de carga emocional y social (23), efectos físicos (24), psicológicos (25), sexuales (26) y domésticos (27).

En 2013, el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI) publicó los resultados de una encuesta dirigida a valorar algunos temas de interés relacionados con la IU. La encuesta incluye tres bloques temáticos: Calidad de Vida y Calidad Asistencial/Profesional Sanitario, Información/Autoridades Públicas (8). Los resultados muestran que el 64 % de los encuestados refiere alteración de su calidad de vida, de los cuales el 67,8 % padecía IU desde hace más de un año. Estas personas también reportaron alteraciones a nivel social y emocional: la IU se percibe como generadora de limitaciones en la vida cotidiana, incluidas las laborales y sociales, provoca distorsiones en la imagen corporal y contribuye a la pérdida de autoestima. Todo esto produce frecuentemente trastornos emocionales relacionados con la enfermedad, como ansiedad, estrés, aislamiento social y depresión (8).

Mediante el cuestionario EQ-5D el estudio ENFURO estimó la calidad de vida en mujeres con IU. El resultado fue de 0,67 en la escala EQ-5D-3L (28). Por su parte, el estudio de Rebassa y cols (2013) establece una correlación negativa entre la calidad de vida y la severidad de los síntomas de la IU. Las mujeres con IU reportaron peor calidad de vida que las que no padecen dicha enfermedad en todas las dimensiones del

cuestionario, con diferencias significativas respecto a la dimensión de movilidad, autocuidado y actividades cotidianas (29).

Focalizando el análisis en las mujeres de 60 años y más con IU, este mismo estudio indica que en todas las dimensiones relacionadas con la calidad de vida, las enfermas con IU se encuentran significativamente peor que las enfermas de otras enfermedades crónicas y que el resto de mujeres de la misma edad. La dimensión de "Dolor/malestar" es la que más afecta la autopercepción de la calidad de vida de las pacientes.

La inclusión del cuestionario EQ-5D-5L en la ENSE 2011-2012 nos ha permitido obtener por primera vez medidas de utilidad representativas a nivel nacional para las mujeres de 60 años o más con incontinencia urinaria. Los resultados indican que la utilidad y los AVAC anuales de las mujeres de 60 años o más con incontinencia son significativamente inferiores a la media del resto de mujeres de la misma edad y a la de las mujeres diagnosticadas con el resto de enfermedades crónicas reportadas en la ENSE 2011-2012, también de la misma edad.

En el trabajo de Villoro et al (15) se estimó que las mujeres de 60 años o más diagnosticadas de IU pierden anualmente 0,49 AVAC respecto al resto de las mujeres del mismo grupo etario. Dada la prevalencia encontrada para la incontinencia urinaria en estas mujeres y teniendo en cuenta la estimación de la población en España los autores estiman que esta enfermedad representa una pérdida total de aproximadamente 351.675 AVAC/año solamente en la población femenina de 60 años o más.

Con el fin de contribuir a la mejora de la gestión de los pacientes con IU desde una perspectiva clínica y económica algunos estudios han determinado la relación del diagnóstico de la IU con el uso de recursos (20). La IU provoca a nivel mundial una importante carga económica, desde la perspectiva de la salud y vida laboral, por pérdidas de productividad y baja laboral (30).

Por otro lado, la utilización de servicios sanitarios de las mujeres de 60 años o más con incontinencia urinaria es significativamente superior al del resto de la población. Como han demostrado diversos estudios, la carga económica que representa para el sector de la sanidad la atención a esta patología es significativa (20,31).

En resumen, podemos concluir que la incontinencia urinaria se asocia a una calidad de vida significativamente menor que la de la media poblacional y la media del resto de enfermedades crónicas, incluso controlando por sexo y edad (17). De igual manera, las mujeres de 60 años o más con incontinencia suponen una elevada carga para el sistema sanitario, utilizado en mayor proporción por este grupo de pacientes. **La disminución en el uso de recursos sanitarios y el incremento en la calidad de vida de los pacientes dependerán de intervenciones efectivas, de prevención y de manejo integral de la patología** (20,32).

Álvaro Hidalgo Vega.

*Seminario de Investigación en Economía y Salud
de la Universidad de Castilla-La Mancha.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria*. 2004;34(3):134-139.
2. Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin Barc*. 2003;120(12):464-72.
3. Salinas Casado, J C, Díaz Rodríguez, A, Brenes Bermúdez, F, Cancelo Hidalgo, MJ, Cuenllas Díaz, A, Verdejo Bravo, C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*. 2010;23(1):52-66.
4. Hayder D, Schnepf W. Urinary incontinence – The family caregivers' perspective. *Z Für Gerontol Geriatr*. 2008;41(4):261-6.
5. Salinas, J. La Incontinencia Urinaria en el varón en España. Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2010. [Consultado 19 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/001_pro/files/af_folleto_oni_ext.pdf
6. Reimundez, G. Incontinencia Urinaria. La enfermedad Silenciosa. *ReES*. 2002; 27-30.
7. Franzén K, Johansson J-E, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: a population-based study on urinary incontinence and general living conditions. *Scand J Urol Nephrol*. 2009;43(3):226-32.

8. Informe ONI. Percepción del Paciente con Incontinencia Urinaria (I.U.). Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2010. [Consultado 19 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf
9. Hunnskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int.* 2004;93(3):324-30.
10. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunnskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol.* 2000;53(11):1150-7.
11. Martínez A, Ruiz Cerdá L, Gómez Pérez, L, Ramírez Backhaus, M, Delgado Oliiva, F, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: Resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp.* 2009;33(2):159-66.
12. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
13. Botlero R, Urquhart DM, Davis SR, Bell RJ. Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues. *Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc.* 2008;15(3):230-4.
14. Martínez Agullo E, Ruiz Cerda JL, Gómez Pérez L, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Impact of urinary incontinence and overactive bladder syndrome on health-related quality of life of working middle-aged patients and institutionalized elderly patients. *Actas Urol Esp Engl Ed.* 2010;34(3):242-250.
15. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jiménez M, Martínez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas.* 2016 Dec;94:52-7.
16. España-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompart Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Med Clínica.* 2009;133(18):702-5.
17. Tincello D, Sculpher M, Tunn R, Quail D, van der Vaart H, Falconer C, et al. Patient Characteristics Impacting Health State Index Scores, Measured by the EQ-5D of Females with Stress Urinary Incontinence Symptoms. *Value Health.* 2010;13(1):112-8.
18. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunnskaar S, España-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *Eur Urol.* 2007;51(4):1073-82.
19. Burkhard FC, Bosch J, Cruz F, Lemack A, Nambiar N, et al. Chapter 4: Disease Management. En: Burkhard FC. *Guidelines on Urinary Incontinence.* European

- Association of Urology. 2017. Disponible en uroweb 2017: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
20. Martínez-Agullo E, Ruiz-Cerda JL, Arlandis S, Rebollo P, Perez M, Chaves J. Analysis of overactive bladder and urinary incontinence in working women aged between 25 and 64 years. EPICC study. *Actas Urol Esp Engl Ed.* 2010;34(7):618-624.
 21. Burkhard FC, Bosch J, Cruz F, Lemack A, Nambiar N, et al. Chapter 1: Introduction. En: Burkhard FC. *Guidelines on Urinary Incontinence.* European Association of Urology. 2017. Disponible en uroweb 2017: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
 22. Herbison P, Hay-Smith J, Paterson H, Ellis G, Wilson D. Research priorities in urinary incontinence: results from citizens' juries. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2009 Apr;116(5):713-8.
 23. Fultz NH, Fisher GG, Jenkins KR. Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity patterns? *Obstet Gynecol.* 2004;104(6):1327-34.
 24. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V. Impact of Urinary Incontinence and Overactive Bladder on Quality of Life. *Eur Urol.* 2003;43(5):535-8.
 25. Seim A, Hermstad R, Hunskaar S. Management in general practice significantly reduced psychosocial consequences of female urinary incontinence. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 1997;6(3):257-64.
 26. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2004;13(8):1381-90.
 27. Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(5):1275-82.
 28. Guillen del Castillo, A, Espada Puedo, A., Legarra Muruzábal, S., García López, M, Garayoa Arizuren, B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida Estudio desde una consulta de urología. *ENFURO.* 2008;106:9-12.
 29. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Urinary incontinence in Mallorcan women: Prevalence and quality of life. *Actas Urol Esp Engl Ed.* 2013;37(6):354-361.
 30. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Wein AJ. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Eur Urol.* 2014;65(1):79-95.
 31. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. *Urology.* 2010;75(3):491-500.
 32. Rodríguez-Núñez, R, Álvarez, E, Salas L, González-González A. Estudio de la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus factores de riesgo en nuestro medio. *Clin Invest Gin Obst.* 2007;34(4):128-36.



/ 01
CAPÍTULO

Incontinencia Urinaria:

Aspectos Fundamentales
del Síndrome de la Vejiga
Hiperactiva

Miguel A. Jiménez Cidre

1. INTRODUCCIÓN: DEFINICIÓN, TERMINOLOGÍA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA SANITARIO

Incontinencia Urinaria (IU) es la manifestación por parte del paciente de escape de orina (1). La importancia de este problema sanitario viene dada por su alta prevalencia, ya que afecta a más del 5 % de la población y del 10 % de las mujeres adultas, por el impacto que tiene en la Calidad de Vida (CdV) de los y las pacientes y por el impacto económico que su asistencia produce. Aunque su incidencia aumenta con la edad, siendo máxima en la vejez y alta en la mujer postmenopáusica, la incontinencia urinaria puede afectar a ambos sexos en todas las edades de la vida. A pesar de los esfuerzos de educación de la población y del personal sanitario que se han hecho en los últimos 20 años, existen problemas culturales y falsas ideas en la población de que es un problema inevitablemente ligado a la edad, sin solución o con difícil solución y a menudo vergonzante. Todo ello lo convierte, muchas veces, en un tema tabú del que no se habla, y lleva finalmente a que no se consulte con el médico. Por otra parte, ha recibido poca atención en los programas de formación de las facultades de medicina por lo que en muchas ocasiones, el médico y la enfermera no dan una respuesta adecuada a la demanda de atención de los pacientes con esta patología.

Pero cuando hablamos de IU hemos de diferenciar si hablamos del síntoma (el/la paciente nos cuenta que pierde orina), del signo (objetivamos en la exploración la pérdida de orina), o del diagnóstico. En este caso conviene comprender que no hay un solo tipo de IU, sino varias. Cada una de ellas tiene factores de riesgo,

fisiopatología y tratamiento específicos. Su diagnóstico diferencial será fundamental, porque diferentes formas de incontinencia tienen diferentes tratamientos y su prevalencia es diferente según la edad y el sexo de los/las pacientes.

Por ello, empezaremos por describir los tipos de Incontinencia Urinaria (1):

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) es la percepción del escape de orina con el esfuerzo (como por ejemplo tos, estornudo, etc.)
- Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia.
- Incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo.
- Enuresis significa cualquier pérdida de orina. Si se usa para denotar incontinencia durante el sueño, debería calificarse siempre con el adjetivo “nocturna”.
- Enuresis nocturna es la pérdida de orina que ocurre durante el sueño. Se ha clasificado como enuresis nocturna mono-sintomática (cuando los escapes de orina son el único síntoma) y síndrome enurético, caracterizado por la presencia de síntomas y signos acompañantes (frecuencia elevada, urgencia miccional, incontinencia por urgencia e infecciones urinarias).

- IU continua es la permanente pérdida de orina.
- Otros tipos de IU pueden ocurrir en determinadas situaciones, por ejemplo, la incontinencia durante la relación sexual, o la incontinencia con la risa.

Además de los tipos descritos, debemos definir los siguientes términos, que son relevantes al tema que nos ocupa en este libro:

- La IU refleja la pérdida de orina que ocurre como resultado del deterioro neurológico del sistema nervioso central, como la que se da en la Enfermedad de Parkinson, ACV, Lesión medular, etc.
- La IU por rebosamiento es la que se da cuando hay sobredistensión del detrusor y puede ser debida a obstrucción, atonía del detrusor o deterioro neurológico de la vejiga.
- IU funcional es más frecuente en ancianos. Se trata de pacientes sin alteración en el tracto urinario inferior, que por sus problemas sistémicos, de tipo físico (movilidad reducida, etc.), cognitivos (demencia, etc.), o por efecto de medicamentos no son capaces de llegar al baño a tiempo.
- La sensación vesical, que juega un papel importante cuando hablamos de los síntomas del tracto urinario inferior, puede ser definida en cinco categorías:
 - Normal: Se es consciente del llenado vesical, aumentando esta sensación de forma progresiva, hasta un fuerte deseo miccional.
 - Aumentada: se percibe un deseo miccional temprano y persistente.

- Reducida: se es consciente del llenado vesical pero no se percibe un claro deseo de orinar.
- Ausente: no se tiene la sensación del llenado vesical ni deseo miccional.
- Inespecífica: no se tienen las sensaciones normales pero se puede percibir el llenado vesical como una plenitud abdominal, síntomas vegetativos o espasticidad.

La Vejiga Hiperactiva (VH) se define por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) en 2002 como un síndrome caracterizado por la presencia de urgencia urinaria, normalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nocturia, con o sin IUU, en ausencia de una Infección del Tracto Urinario (ITU) o de otras patologías.

En 2002, la ICS revisó la terminología para redefinir la VH como un síndrome caracterizado por la presencia de urgencia, esto obliga a interpretar los resultados de los estudios según qué definición usan: la de 2002 o la de 1997. En la de 1997, se definía el síndrome de VH como pacientes con síntomas de urgencia y/o frecuencia y/o incontinencia de urgencia. Para ser precisos en la comprensión del tema, apunto a continuación otra terminología. En su traducción al castellano por el Grupo Español de Urodinámica y la SINUG que afecta a términos claves para definir bien esta patología (2):

- Urgencia es cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional intenso difícil de demorar.

- Frecuencia diurna aumentada es cuando el paciente manifiesta que sus micciones son muy frecuentes durante el día. Este término es equivalente a polaquiuria en muchos países.
- Nocturia es cuando el individuo se queja de que precisa despertarse durante la noche una o más veces para orinar.
- IU es la manifestación por parte del paciente de escape de orina. En cada circunstancia concreta, la IU debería ser descrita además especificando los factores relevantes como el tipo, frecuencia, severidad, factores desencadenantes, impacto social, efecto sobre la higiene y calidad de vida, las medidas utilizadas para las pérdidas, y si el individuo desea o no ayuda para su incontinencia urinaria
- Incontinencia urinaria de urgencia es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia.
- Incontinencia de esfuerzo es la pérdida involuntaria de orina por aumento súbito de presión abdominal.
- Hiperactividad del Detrusor (HD) es una observación urodinámica caracterizada por contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado, que pueden ser espontáneas o provocadas.

Además, en la literatura en inglés, se diferencia la VH seca (OAB dry), que es aquella que no se acompaña de IUU, de la VH húmeda (OAB wet), en la que ésta si se produce (3).

Para evitar confusiones, es preciso diferenciar la Vejiga Hiperactiva, que es un diagnóstico clínico, del término Hiperactividad del Detrusor (HD). Este es un hallazgo en la fase de llenado del estudio urodinámico (cistomanometría). En la definición terminológica de la International Continence Society (ICS) el HD consiste en la aparición de contracciones involuntarias del detrusor durante el llenado (cistomanometría). Así, el HD es un diagnóstico urodinámico presente solo en el 50 % de las pacientes con VH, no es un diagnóstico clínico. Por otra parte, en los trabajos publicados en la literatura, hasta el 50 % de los/las pacientes con detrusor hiperactivo en la urodinámica no presentan clínica de VH (4).

Es importante considerar que el término "Vejiga Hiperactiva" define un síndrome. Un síndrome es un cuadro caracterizado por un conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen un estado morboso determinado (5). Es decir, un grupo significativo de síntomas y signos (datos semiológicos), que concurren en tiempo y forma, y que pueden tener variadas causas o etiologías. Por lo tanto, hay que entender que estos síntomas pueden responder a diversas causas.

Los síntomas sirven para dos funciones: en primer lugar, definen qué es lo que molesta al paciente y, en segundo lugar, alertan al clínico sobre la posibilidad de un diagnóstico diferencial. A menudo, el conjunto de síntomas que componen la VH son causados por diferentes patologías que no indican una enfermedad única, ni una fisiopatología única. Otro aspecto importante a considerar es que, conforme aumenta la edad, se dan con frecuencia creciente en un mismo paciente la presencia de múltiples factores etiológicos para producir los síntomas de VH. Por lo tanto, hemos

de tener en cuenta que Síndrome no es igual que Enfermedad, que no implica una causa común ni tampoco un tratamiento único de esos síntomas. De acuerdo a la definición actual de VH se debe excluir la patología orgánica ya conocida. (ITU, enfermedad neurológica, obstrucción del TUI o cualquier otra) para su diagnóstico. Si bien por definición, síndrome y enfermedad son entidades clínicas con un marco conceptual diferente, hay situaciones en la patología que dificultan una correcta identificación de ciertos procesos en una categoría o en otra. Esto ha ocurrido y ocurre a menudo con la VH.

Un aspecto relevante de la definición de VH no tiene en cuenta la severidad de los síntomas o la molestia que produce. Basta con tener urgencia, en ausencia de una ITU o de otras patologías, para tener una VH, sin contar el número de episodios o si se tienen o no otros síntomas asociados. Tampoco el marco temporal en que se producen los síntomas (¿1 semana, 4 semanas o 1 años?). Esta ambigüedad, que valora solo el aspecto cualitativo (basta tener urgencia entendido como deseo repentino de orinar difícil de diferir) puede influir en los resultados de los estudios epidemiológicos. Tampoco tiene en cuenta el carácter fluctuante y la alta tasa de remisión de los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI), incluida la urgencia. Definir síntomas leves o raros como patológicos, difumina la distinción entre leve y grave, lo que conlleva un riesgo considerable de alentar a personas sanas a que se perciban a sí mismas como enfermas (6).

Dentro de la patología funcional del Tracto Urinario Inferior (TUI), la IU, la VH, la incontinencia de urgencia (IUU) y los síntomas

del tracto urinario inferior (STUI) son muy frecuentes en la población. Concretamente, la VH afecta al 12-17 % de todos los hombres y mujeres adultos (7,2). De ellos, alrededor del 28 % de los hombres y el 49 % de las mujeres que presentan síntomas de VH también tienen incontinencia, siendo la gran mayoría IUU (1). Además, la VH es una condición que tiene un considerable impacto negativo en la Calidad de Vida (CdV), la calidad del sueño y la salud mental, y se asocia con un elevado coste económico (8). A menudo infradiagnosticada e infratratada, afecta a todas las edades y a ambos sexos, pero hay un aumento de incidencia claro a partir de los 40 años. La creciente toma de conciencia de los asuntos de salud por parte de las personas mayores lleva a una mayor demanda de servicios y tratamientos. La vejiga hiperactiva y la incontinencia urinaria son ejemplos claros de ello. Por su alta prevalencia, por la afectación de la CdV y por el alto impacto económico que su atención ocasiona, es importante conocer la dimensión del problema.

Las terapias no farmacológicas (entrenamiento de la vejiga, supresión de la urgencia, entrenamiento de los músculos del suelo pélvico y educación sobre las estrategias de control de la vejiga) son generalmente defendidas como tratamiento de primera línea para la VH y la IUU de acuerdo con las guías de buena práctica clínica. Cuando las terapias conservadoras fracasan o se juzga menos probable que tengan éxito, el tratamiento farmacológico se utiliza como el siguiente paso o en combinación con ellas. Sin embargo, debemos considerar cuales son los problemas de accesibilidad al tratamiento farmacológico con nuevos medicamentos mejor tolerados, aislados o en combinación, para

que más pacientes puedan beneficiarse de la terapia farmacológica activa.

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

Como he mencionado más arriba, la Incontinencia Urinaria (IU), la Vejiga Hiperactiva (VH), la Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) y los Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) son muy frecuentes en la población. Existen muchas referencias a ello en la literatura mundial y española, pero antes de entrar en su revisión es importante comprender que las diferencias en las poblaciones estudiadas en los diferentes estudios, las definiciones utilizadas y los métodos para la obtención de datos, así como diferencias culturales de las poblaciones evaluadas que pueden en cierto modo condicionar la respuesta de los sujetos entrevistados, nos obligan a comparar estos estudios con cautela.

Existen varios estudios epidemiológicos en la literatura mundial (9). Cuando los valoremos, hemos de tener en cuenta que los estudios disponibles arrojan resultados dispares, y a menudo tienen limitaciones metodológicas (Tabla 1.1), carecen de criterios de exclusión (por ejemplo de pacientes con patología potencialmente responsables de los STUI del/de la paciente: locales como ITU, cáncer, neurológicos... o sistémicos como Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), diabetes, polidipsia, etc.), diferencias en la evaluación de los síntomas, método de recogida de los datos o no son de base poblacional, lo que limita la validez de sus conclusiones. Estos hechos pueden contribuir a una sobreestimación de la prevalencia real de la patología. Además, a la hora de

TABLA 1.1. CUESTIONES A TENER EN CUENTA AL VALORAR LOS RESULTADOS DE EPIDEMIOLOGÍA DE VH

- Definición de VH usada en el estudio ¿1997 o 2002?
- Metodología de los estudios
- Evaluar la calidad de los datos: ¿Es un estudio de base poblacional? ¿Abarca todas las edades adultas? ¿Es representativa la muestra?
- ¿Incluyen claramente criterios de inclusión/exclusión?
- ¿Usa cuestionarios validados? ¿Son autoadministrados? ¿o dirigidos?
- ¿Cómo se realizaron? Encuesta telefónica/presenciales/ autoadministrados
- ¿Se ha descartado la posibilidad de que los síntomas tengan una etiología en una patología que impida clasificarlos como VH idiopática?
- Reflejan la tasa de respuestas. Ajustan resultados. Posibles sesgos
- Las diferencias culturales pueden justificar diferencias en la tasa de detección

Fuente: Eapen RS (2016) (9).

interpretar los resultados que presentan, es importante saber si se basan en la definición inicial de la ICS de 1997 del Síndrome o en la revisada de 2002. En la primera se definía la VH como la presencia de frecuencia miccional crónica, urgencia e incontinencia de urgencia (ya sea solos o en cualquier combinación). En la del 2002, que es la que usamos desde entonces y que encabeza este capítulo, reconoce la urgencia como síntoma definitorio del síndrome, pudiendo asociar o no el resto de los síntomas (frecuencia, nocturia e IUU).

Hay 4 grandes estudios internacionales que aportaron inicialmente luz sobre la prevalencia de los STUI y que evalúan también

la VH. El estudio NOBLE (2003) (10), el estudio EPIC (2011) (11), el estudio EpiLUTS (2009) (12) y el estudio de Milsom y col (2001) (13). Este último incluye datos de España entre los encuestados.

El Programa Nacional de Evaluación de la Vejiga Hiperactiva (NOBLE) (10) estudió la prevalencia y la carga de la VH en EEUU. Fue el primer estudio epidemiológico de VH que reporta la prevalencia en hombres y mujeres ≥ 18 años de edad de la población de Estados Unidos, basado en los síntomas. Para ello se realizaron entrevistas telefónicas seguidas de cuestionarios autoadministrados de CdV. Contestaron 5.204 participantes de >17.000 contactados. El Programa NOBLE reveló una prevalencia global de la VH de 16,5 % (16,0 % en hombres y 16,9 % en mujeres). En ambos sexos aumenta con la edad. En las mujeres, la prevalencia de IUU aumentó con la edad del 2,0 % al 19,0 % con un marcado aumento después de los 44 años de edad. En los hombres, aumentó con la edad del 0,3 % al 8,9 % con un marcado aumento después de los 64 años de edad. En todos los grupos de edad, la VH sin IUU fue más común en los hombres que en las mujeres. Las tasas de prevalencia del Programa NOBLE extrapolados con los datos del censo de 2.000 indicaban que aproximadamente 33 millones de personas con 18 años o que viven en Estados Unidos tenían síntomas de VH, siendo más frecuente que otras enfermedades crónicas comunes tales como hipertensión, rinitis alérgica y enfermedades del corazón, y solo un poco menos frecuente que artritis y sinusitis crónica. Además VH, con y sin incontinencia de urgencia, se asoció con puntuaciones clínicas y significativamente más bajas de calidad de vida (SF-36), mayores puntuaciones de depresión en el CES-D y menor calidad de sueño que los controles emparejados.

Otro dato interesante es que VH se asocia a un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado. Así VH fue 2,2 veces más frecuente en mujeres con IMC>30 que en mujeres con IMC<24.

El estudio que publica Milsom (13), basado en la definición antigua de la ICS de VH, es un estudio poblacional, que estudia específicamente la prevalencia y síntomas de VH. Se realizó en España, Alemania, Italia, Francia, Suecia y Reino Unido mediante entrevistas telefónicas directas sobre una muestra de 16.776 pacientes de >40 años. La prevalencia de VH fue del 16,6 % (17,4 % en mujeres y 15,6 % en varones). El síntoma más frecuente fue la frecuencia miccional aumentada, que presentaban el 85 % de los/las pacientes, mientras que solo el 54 % presentaban urgencia y el 36 % IUU. Mostró un aumento gradual de VH con la edad en ambos sexos. De ellos el 60 % habían consultado a su médico y solo el 27 % recibían tratamiento. El estudio de Milsom y col. muestra cómo en el 60 % de los pacientes con VH sus síntomas afectan adversamente su CdV. El impacto sobre la CdV aumenta en los/las pacientes que sufren varios síntomas de VH.

Tomados juntos los datos de estos 2 estudios (10,13), el impacto negativo de la VH sobre la calidad de vida es superior a la de la Diabetes mellitus en las medidas de las limitaciones físicas, limitaciones emocionales, vitalidad, funcionamiento social, el funcionamiento físico y la salud mental, tal como se mide en el SF-36.

Como demostró el estudio de Hu Teh-Wei (14), el impacto económico es también elevado, tanto para el individuo que lo padece, como para el sistema de salud y la sociedad en general. El coste total de la VH se puede dividir en coste directo (atención de rutina,

coste de tratamiento, etc.) y los costes indirectos (por ejemplo, pérdida de productividad). Los costes del cuidado de rutina incluyen artículos para la incontinencia y los gastos de lavandería y limpieza en seco. Los costes de tratamiento incluyen los de la terapia farmacológica, visitas como pacientes externos, cirugía y terapia conductual. Otros costes derivados atribuibles a la VH son las enfermedades de la piel, caídas, infección del tracto urinario, las estancias hospitalarias más prolongadas, y los ingresos hospitalarios de ancianos. El coste de la pérdida de productividad comprende el valor de los salarios perdidos debido a la VH y el coste del tiempo dedicado por el cuidador en nombre del paciente (Figura 1.1).

El estudio EPIC (11), realizado en 4 países europeos y Canadá, incluye entrevistas telefónicas de >19.000 pacientes >18 años. Es

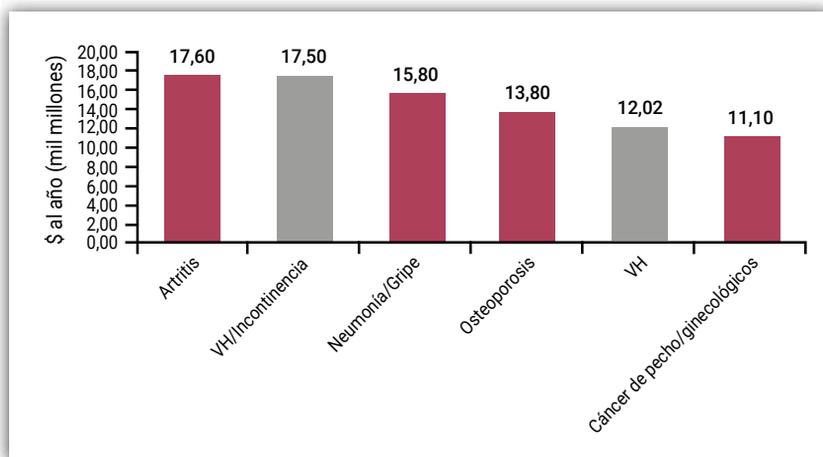


Figura 1.1. Coste de la VH comparado con patologías prevalentes.

Fuente: elaboración propia, basado en el estudio de Racioppi et al (2012) (15).

importante reseñar que es un estudio de base poblacional, que usa la definición de VH de 2002. La prevalencia de VH se estima en un 11,8 % de la población general, con tasas similares en mujeres y varones, afectando a más de 400 millones de personas en el mundo. La prevalencia aumenta con la edad, siendo del 30-40 % de personas mayores de 75 años afectadas. La tasa de VH fue del 12,8 % en mujeres y del 10,8 % en varones. La tasa de Incontinencia de cualquier tipo fue del 13,1 % en mujeres, siendo la de esfuerzo la más frecuente. La prevalencia de frecuencia miccional aumentada en 24h (definida como >8 micciones/d) fue del 19 %. La prevalencia de nicturia (también llamada nocturia, y definida como 1 o más micciones/noche) fue del 54,5 %, pero en las mujeres con VH la prevalencia fue del 74 %. Si se define nicturia como 2 o más micciones/noche la tasa baja al 24 %.

La mayoría de los pacientes con VH tienen más de 1 síntoma. Así, el 23 % de las mujeres presentan urgencia con o sin IUU, en ausencia de nocturia y frecuencia. El 50 % de las pacientes con VH tiene una combinación de 2 síntomas, un tercio de 3 síntomas y el 7 % de las mujeres presentaron los 4 síntomas.

El estudio EpiLUTS (12) es un estudio poblacional, transversal que estudiaba la prevalencia y molestias de la VH en EEUU, y RU y Suecia. Cuando se preguntaba si los síntomas se presentaban a veces, la prevalencia era del 35,6 %. Si se preguntaba si se presentaban a menudo, era del 24,7 %. Si se refiere solo a mujeres era del 43,1 % y 32,6 % respectivamente, mientras en varones fue del 27,2 % y 15,8 %. Confirma que la prevalencia aumenta con la edad. Urgencia se presentaba como síntoma aislado en solo el 15,6 % de los hombres y 10,9 % de las mujeres. Urgencia e IUU

se dan en el 15,3 % de las mujeres y los 4 síntomas del síndrome en el 20 % de ellas.

En resumen, la prevalencia de la VH en las mujeres varía entre 7,7 % y 31,3 %, y en general, las tasas de prevalencia aumentan con la edad.

En un estudio longitudinal, de base poblacional, en mujeres >20 años, a los largo de 16 años (1991 a 2007) en Wennberg et al (16), la prevalencia de IU, VH, nocturia y frecuencia (micción de ocho o más veces al día) aumentó el 20 % ($p < 0,001$) y 3 % ($p < 0,005$), respectivamente. La incidencia de IU y VH fue del 21 % y 20 % y la tasa de remisión del 34 % y 43 % respectivamente. La prevalencia de la VH seca no fue diferente entre las dos ocasiones de evaluación (11 % y 10 %, respectivamente), pero la prevalencia de la VH húmeda aumentó de 6 % a 16 % ($p < 0,001$), demostrando el carácter dinámico de los STUI con un aumento de la prevalencia en el tiempo, pero también con una considerable tasa de remisión de los síntomas.

En el estudio Irwin et al (17) leemos que la prevalencia de VH en los varones adultos varía entre el 10 % y el 26 % y, en las mujeres adultas entre el 8 y el 42 %. La prevalencia aumenta con la edad y, con frecuencia, aparece con otros STUI. Varias afecciones crónicas comunes, tales como depresión, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil se han asociado de manera significativa a VH, incluso después de ajustar respecto a covariables importantes, como la edad, el sexo y el país.

En España existen 2 trabajos fundamentales que estudian este tema: el estudio de Martínez Agulló y col (18) y el de Castro y col (19).

Martínez Agulló y col en 2009, a través del estudio EPICC, que no utiliza la definición de la VH de la ICS de 2002, realizó un estudio cooperativo (18), de la Asociación Española de Urología, de carácter poblacional epidemiológico, observacional, multicéntrico y de ámbito nacional. En él, se recogieron datos, a través de encuestas en 5 áreas representativas de todo el ámbito nacional y en cuatro grupos de la población: situó la prevalencia de VH en el 6 % de las mujeres entre 25 y 64 años, y en el 4,6 % en varones entre 50 y 64 años. (Figura 1.2). La prevalencia de VH distribuida por décadas de las mujeres de 25 a 64 años arroja los siguientes resultados: <45 años: 4,52 %; de los 45-54 años 4,73 %; de los 55-64 años 11,23 %.

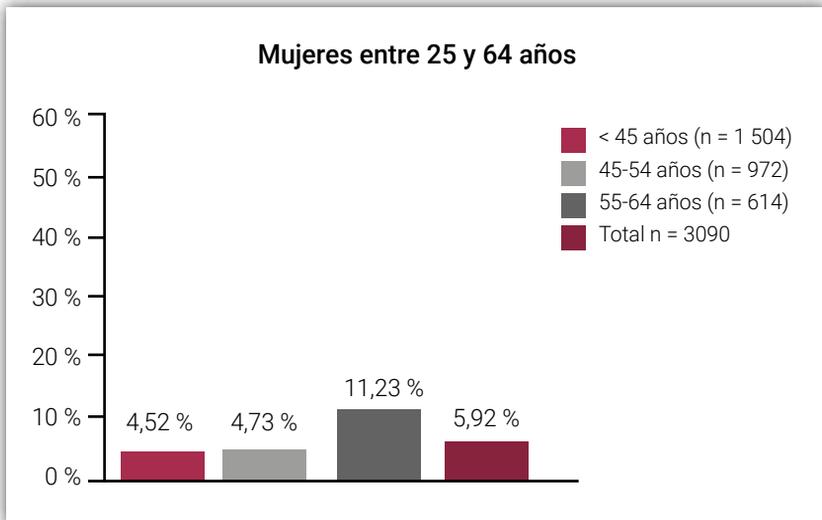


Figura 1.2. Prevalencia de la Vejiga Hiperactiva en mujeres en España.

Fuente: Martínez Agulló y col (2009) (18).

En el mismo estudio, en personas mayores de 65 años institucionalizadas las cifras fueron significativamente más elevadas, con una prevalencia casi del 39,75 % en mujeres y del 35 % en varones (Figura 1.3). Esta parte del estudio en mayores de 65 años se realizó solo en Valencia y en población institucionalizada. Por ello los datos no son generalizables a toda la población de España ni a todo ese grupo de edad.

La diferencia en las cifras de prevalencia respecto de las de otros estudios pueden ser debidas a que en el estudio EPICC se ha separado la VH de la IU, a que las muestras tenían diferente edad media y a que se han empleado criterios más exigentes para

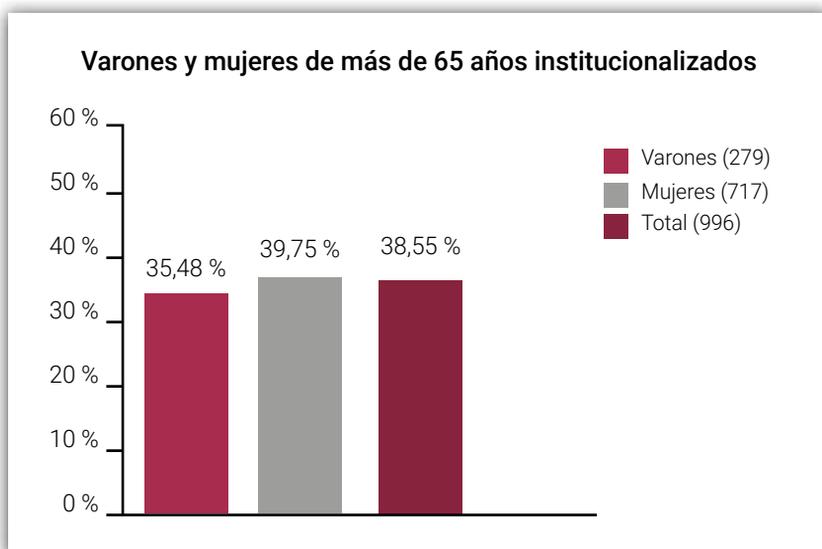


Figura 1.3. Prevalencia de Vejiga Hiperactiva en pacientes institucionalizados en España.

Fuente: Martínez Agulló y col (2009) (18).

definir la IU (definición de IU de la ICS). Respecto a la prevalencia de IU en personas institucionalizadas de más de 65 años son similares a las de estudios previos realizados en nuestro país que la cifraron en alrededor del 40 % (22-25) para muestras de sujetos residentes en la Comunidad Valenciana.

El estudio de Castro Díaz (19), fue el primer estudio poblacional que analiza la prevalencia de VH en España. Para ello 1.669 sujetos ≥ 40 años (50,6 % de mujeres y 49,4 % de varones) fueron entrevistados mediante encuesta telefónica cerrada. La prevalencia de la sintomatología compatible con VH según la definición de la ICS de 2002 fue del 21,5 % (IC 95 % 19,5-23,5), siendo significativamente mayor en las mujeres (25,6 %) que en los hombres (17,4 %) ($p < 0,05$). Ajustando estos resultados a la población española según el censo del año 2000 del INE, dicha prevalencia se situó en el 19,9 % (IC 95 % 18-21,8), siendo igualmente superior en mujeres (23,6 %) que en hombres (15,4 %).

La Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) y la de esfuerzo (IUE) también fueron significativamente superiores en mujeres que en varones (16,7 % vs 10,4 % y 33,1 % vs 7,9 % respectivamente) ($p < 0,01$). El 9,8 % de las mujeres y el 7,9 % de los varones encuestados referían una frecuencia miccional > 8 micciones/día. El 62 % de los varones y el 52,4 % de las mujeres afirmaban levantarse por la noche para orinar, elevándose esta proporción al 72 % de los pacientes con VH. Un 52,1 % de los pacientes con sintomatología compatible con VH refirió haber visitado al médico por causas relacionadas con problemas urinarios mientras que, un 16,7 % declaró estar recibiendo tratamiento por algún síntoma urinario.

Cuando analizan la presencia de los distintos síntomas urinarios, según la presencia o no de urgencia miccional, síntoma que define el Síndrome de VH (1), los pacientes con urgencia miccional refirieron en proporción significativamente superior ($p < 0.05$) una frecuencia miccional más de 8 veces al día (19 % vs 6,2 %), levantarse por la noche para orinar (72,7 % vs 52,9 %), IU de urgencia (36,5 % vs 7,3 %) e IU de esfuerzo (39 % vs 15,60 %). Otros síntomas como molestias al orinar, infecciones de orina y, en hombres, chorro miccional débil y/o interrumpido, también fueron más frecuentes en pacientes con urgencia miccional (7,8 %, 13,9 %, 51,7 % vs 3 %, 5,2 %, 30,0 % respectivamente) ($p < 0,01$).

En resumen: parece claro que todos los estudios arrojan una alta prevalencia de la IU y de la VH. Sin embargo habrá que tener en cuenta que las diferencias en las poblaciones estudiadas en los diferentes estudios, las definiciones utilizadas y de metodologías para la obtención de datos, así como diferencias culturales de las poblaciones evaluadas pueden condicionar la respuesta de los sujetos entrevistados. Todo ello dificulta la comparación de los resultados de estos estudios. Teniendo en cuenta que la definición de Vejiga Hiperactiva es descriptiva de los síntomas, sin ninguna evaluación de la gravedad o molestia que produce, no hay forma completamente correcta para estudiar la epidemiología de la Vejiga Hiperactiva (6).

La investigación sobre los STUI de la fase de llenado del ciclo miccional se ha centrado tradicionalmente en la incontinencia en las mujeres. Durante los últimos años otros problemas de la

fase de llenado (urgencia, frecuencia y nocturia) y su tratamiento entre ambos sexos han recibido gran atención. De acuerdo a los datos de la literatura, la VH produce un deterioro de la calidad de vida, es una entidad infradiagnosticada e infratratada, y supone para los pacientes y para los sistemas de salud un coste importante.

Los estudios dan cifras variables de prevalencia. La mayoría de ellos entre el 10 % y el 20 % (10,11,13,16), pero las cifras publicadas abarcan una horquilla del 2 % al 53 % (12,17-19). Todas las publicaciones sobre este tema coinciden en la alta prevalencia de la entidad y en que ésta aumenta con la edad. Dada la ambigüedad de la definición del síndrome (que solo contempla la presencia de síntomas), sumado a las diferencias metodológicas y culturales, los sesgos en los estudios y teniendo en cuenta el gran número de patologías locales y sistémicas que pueden ser también responsables de los síntomas, es probable que la prevalencia real del síndrome sea menor que la reflejada en los artículos de referencia. Por tanto, es necesaria la realización de estudios adicionales que puedan mejorar el conocimiento del impacto de la IU, VH y otros STUI en la población en España.

3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

El diagnóstico de la VH parte de la información que los pacientes aportan sobre sus síntomas, el grado de molestia que le producen y cómo impacta esto en su calidad de vida. El diagnóstico diferencial (Tabla 1.2) no solo es clave para excluir otras enfer-

TABLA 1.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA

- Infección urinaria
- Obstrucción de tracto urinario inferior
- Prolapso de órganos pélvicos e incontinencia de esfuerzo
- Neoplasias ginecológicas y del tracto urinario inferior
- Litiasis o cuerpo extraño intravesical
- Trastornos neurológicos
- Trastornos metabólicos: poliuria, polidipsia y poliuria nocturna
- Síndrome de dolor pélvico crónico (cistitis intersticial)
- Menopausia y climaterio

Fuente: elaboración propia, basado en el estudio de Rovner et al (20).

medades, sino que además, al abordar el diagnóstico de un/una paciente con STUI, hemos de recordar que pueden presentar más de una causa o diagnóstico que contribuya a producir sus STUI (20). A menudo, la etiología está fuera del aparato urinario (alteraciones endocrinas, cardiovasculares, metabólicas o por tratamientos que recibe). La etiología multifactorial de los síntomas complica el diagnóstico y el tratamiento de los mismos y es también más frecuente conforme avanza la edad del paciente.

La urgencia, síntoma clave en la fisiopatología de la VH, explica la génesis del resto de síntomas (21), por ello medirla es muy importante. Demostrar la presencia de urgencia, en ausencia de patología orgánica que la cause, basta para el diagnóstico. Sin embargo, esta tarea es más difícil de lo que a primera vista parece. Al tratarse de un dato sensitivo, episódico, de carácter esporádico y referido por el/la paciente (es decir, subjetivo, no

objetivado por el médico), es difícil de evaluar. Además, la forma en que los pacientes la perciben está sometido a variabilidad interpacientes, es decir, no es percibido de la misma forma por diferentes pacientes. A ello debemos sumar el hecho de que no comprendemos totalmente la fisiología de la sensación urinaria normal, ni la fisiopatología de la sensación anormal.

Hay que tener en cuenta, de un lado, que no todos los síntomas de la VH están presentes en todos los pacientes, ni tienen la misma gravedad, ni a todos les afectan de la misma forma. Al tratarse de una patología funcional, es muy importante conocer el impacto que dicha alteración tiene en la CdV del/de la paciente, antes de instaurar un tratamiento. Mucho se ha discutido sobre qué herramientas diagnósticas se deben usar.

Para el diagnóstico, además de la anamnesis y exploración física disponemos de varias herramientas que, con distinto rendimiento diagnóstico y balance coste-eficacia, nos permiten estudiar la presencia o no de la urgencia y sus características: magnitud, severidad, frecuencia, duración entre otras. Estas herramientas son los cuestionarios validados (que pueden ser de síntomas, de molestias y/o de Calidad de Vida), los registros de micciones (hojas de frecuencia/volumen y/o diario miccional) y la cistomanometría (Tabla 1.3). Ninguna de ellas captura todos los aspectos de la urgencia y es muy debatido cuál es la mejor aproximación diagnóstica (22,23).

Según recomiendan las guías sobre IU y VH (24-27), la historia clínica debe incluir preguntas sobre el tiempo y la duración de los síntomas, el grado de molestia, los antecedentes, los hábitos

TABLA 1.3. HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS PARA EL ESTUDIO DE LA URGENCIA Y DIMENSIONES DE LA URGENCIA

HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE URGENCIA

- Cuestionarios validados (de síntomas, de molestias y/o impacto en CdV)
- Registros de Micciones (Hoja de Frecuencia/Volumen/Diarios Miccionales, etc.)
- Cistomanometría

DIMENSIONES DE LA SENSACIÓN DE URGENCIA

- Magnitud
- Frecuencia
- Severidad
- Molestias
- Duración

Fuente: elaboración propia, basado en la Guía EAU 2017 (24).

dietéticos, las comorbilidades, movilidad, estado mental, tratamientos concomitantes, etc., que nos permita una aproximación inicial de factores importante para el diagnóstico y posterior tratamiento. Igualmente será importante establecer el grado de molestia y el deseo de tratamiento por parte del paciente.

La exploración física dirigida incluirá la exploración abdomino-pelviana y permitirá detectar posibles causas de patología orgánica (prolapso de órganos pélvicos, hiperplasia benigna de próstata, la presencia de globo vesical, etc.), pero, se recomienda también una exploración neurourológica básica, edemas periféri-

cos, movilidad, estado cognitivo, etc. Se debe intentar constatar la presencia del signo incontinencia.

Los cuestionarios sintomáticos cumplimentados por los pacientes [ejemplo: CACV (28), ICIQ-SF (29)] y de calidad de vida [ejemplo: OABq-SF (30), PPBC] son una herramienta para conocer la forma en que los pacientes perciben su salud y el impacto que los tratamientos o cambios conductuales tienen en su calidad de vida. Además, pueden facilitar la mención a aspectos que no se hayan atrevido a contar durante la entrevista por vergüenza, y nos permiten estandarizar la información para registro o para fines de investigación.

Dada la dificultad de objetivar la urgencia y sus características se han diseñado, por muchos investigadores, numerosas escalas de urgencia. De ellas, en nuestro país se usa, casi universalmente, el PPIUS (31) asociado al modelo de DM3d validado en castellano (32).

El Diario Miccional (DM) consiste en el registro, durante un período de tres a siete días, de todas las micciones de la paciente. Se trata de un método sencillo de usar, que no requiere grandes inversiones ni tecnología o conocimientos especiales, pudiendo usarse en la clínica diaria. Además, es un método de recoger información objetivo, que no apela a la memoria como la Historia Clínica. Es un instrumento validado que nos permite, no solo detectar la presencia o no de un síntoma de la fase de llenado, sino también cuantificar el número de episodios de todos los síntomas de VH (urgencia, frecuencia, nicturia e IUU) y de la IU de esfuerzo y mixta. Nos da numerosas mediciones del volumen

miccional diurno y nocturno y permite calcular el volumen miccional medio. Además, es la única herramienta que da información precisa sobre la ingesta de líquidos, diuresis diurna, nocturna y de 24 h, esencial para el diagnóstico de polidipsia, poliuria y poliuria nocturna, cuyas frecuencias son causadas por el STUI ya que está presente hasta en el 25 % de pacientes con VH. Si bien el DM es una herramienta extendida en el ámbito de la investigación, en la práctica clínica no lo es tanto, a pesar de su recomendación de uso por las guías de diagnóstico inicial de IU, VH y STUI (22-25). Es también de utilidad en la evaluación de la respuesta terapéutica (farmacológica, física o quirúrgica) y como herramienta de apoyo en el diálogo médico-paciente. Con el propósito de aumentar la objetividad de la medida de la urgencia, el DM incluye la escala PPIUS, que permite al paciente señalar la intensidad de la urgencia de cada micción.

En España, disponemos de un DM [el Diario Miccional de 3 días (DM3d)] validado en castellano (33). Aunque supone una carga de trabajo adicional, hay que tener en cuenta que, además de diagnosticar la presencia de VH, incluyendo la presencia y cuantificación de cada uno de los síntomas, es la única herramienta que permite estudiar la ingesta de líquidos y la diuresis diurna y nocturna, y algunas causas de nicturia, excluidas las alteraciones del sueño. Por otra parte, el DM3d supone el registro de múltiples ciclos miccionales en 3 días con sus noches. Esto confirma la presencia de síntomas y ayuda a valorar síntomas de presencia inconstante que de otra manera pasarían desapercibidos. El DM3d es una herramienta sencilla, barata y no invasiva, por tanto, se recomienda su uso para el diagnóstico de los STUI de llenado.

En nuestro medio, la utilización del DM es baja. García-Matres et al (2007) (34) estudiaron el proceso diagnóstico de la VH en consultas de atención primaria y de urología. En ambos entornos se utilizaba la historia clínica, la exploración física y el análisis de orina. Solo un 64,8 % de los urólogos participantes se basaban en algún protocolo diagnóstico y las herramientas diagnósticas menos utilizadas en la práctica clínica habitual fueron los cuestionarios y el DM. La baja utilización del DM podría deberse a la creencia de que es mal cumplimentado por los pacientes.

Es verdad que el DM requiere un grado de motivación y esfuerzo del paciente. El DM no refleja el impacto de la clínica en la CdV, dado que no es una herramienta de CdV. Hay además numerosos fallos en su cumplimentación por falta de motivación, por no comprender o saber usar la escala de urgencia, fallo en unidades de medida, fatiga al rellenarlo, etc. (35).

Según las guías clínicas internacionales, el EUD (Cistomanometría) no está recomendado dentro de las pruebas diagnósticas en la evaluación inicial. La detección de Hiperactividad del Detrusor (HD) es un mal marcador como indicador de VH. Se ha demostrado que hay poca concordancia entre HD y síntomas de VH: la HD no está presente en todas las VH y no siempre las/los pacientes con HD son sintomáticas/os. En este sentido, el estudio de Hashim y Abrams (2006) (36) muestra que el 44 % de mujeres con VH presentaban HD. Según las guías clínicas, el EUD queda reservado para cuando necesitamos profundizar en el estudio de la función miccional como, por ejemplo, tras fracaso al tratamiento farmacológico instaurado, cuando hay sospecha de otras enfermedades

como causantes de los síntomas o concomitantes (disfunción miccional de vaciado, obstrucción) o antes de tratamiento invasivo. Otros autores confirman estos datos (37).

El EUD no registra la frecuencia ni la nicturia, y al ser el estudio de un único ciclo miccional no permite la recogida de los eventos que se producen con baja frecuencia. Según el estudio de López-Fando et al. (2015) (38) el EUD tiene un coste 10 veces mayor (174,94 €) que el DM (22,77 €) y puede estar asociado a morbilidad, concluyendo que el uso combinado de la historia clínica y el DM3d es la alternativa más coste-efectiva en el diagnóstico de la VH.

Es importante saber qué instrumento o combinación de instrumentos nos aportan más información y suponen menor coste y morbilidad. En España el Grupo para Investigación en Resultados de Salud en Urología Funcional y Urodinámica (Grupo IFU) (22) llevó a cabo un estudio observacional no intervencionista, de corte transversal y multicéntrico en mujeres ≥ 18 años, con VH, detectada por cualquier método diagnóstico utilizado en la práctica clínica habitual como el PPIUS, CACV, OABq-SF, DM3d y EUD. Cincuenta y cinco unidades de urología funcional y urodinámica (Grupo IFU) de todo el país incluyeron 247 pacientes evaluables. Tras estudiar el grado de cumplimentación, concordancia y rendimiento del diagnóstico, los diferentes instrumentos para evaluar la presencia e intensidad de la urgencia y el resto de síntomas de la vejiga hiperactiva idiopática (VH), se encuentra que el Cuestionario de Autoevaluación de la Condición Vesical (CACV) y el Diario Miccional de 3 días (DM3d) son la mejor combinación de herramientas para el diagnóstico de la VH en la mujer,

pues al mejor rendimiento diagnóstico complementa la información de la anamnesis al cuantificar todos los síntomas de la VH (no solo la urgencia y la IUU). Únicamente el DM3d cuantifica el número de episodios de urgencia y la capacidad vesical. El DM3d permite estudiar la etiología de la nicturia, la polidipsia y la poliuria nocturna. El CACV aporta una valoración de la molestia asociada a la presencia de los síntomas. Esta combinación, además, ha demostrado ser coste-efectiva, porque aporta información de todos los síntomas de la VH a un precio razonable (34,39).

En la Tabla 1.4 se presentan las herramientas recomendadas por la ICS, que son congruentes con las de otras sociedades científicas que abordan estos temas.

TABLA 1.4. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS POR LA ICS PARA EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA IU Y VH

Historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Antecedentes • Cronología 	GR*: A
Ex físico	GR: A
Análisis de orina	GR: A
RPM	GR: A
Ecografía	Opcional
Cuestionario y registros miccionales	GR: A

*GR: Grado de recomendación.

Fuente: elaboración propia, basado en la Guía ICS 2017, 6.ª ed (40).

4. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Dado que la IU no es una sola enfermedad debida a una sola causa, existen muchos tratamientos y habrá que utilizarlos según la etiología de la IU, pero también valorando la preferencia de la paciente y la severidad de la incontinencia. Podemos agruparlos en: tratamiento Conservador, Farmacológico y Quirúrgico.

4.1. El tratamiento conservador

El tratamiento conservador incluye modificaciones en el estilo de vida, como manejo de líquidos, entrenamiento del suelo pélvico con fisioterapia del tipo ejercicios de Kegel (contracción activa de los músculos del suelo pélvico realizada de forma programada, asociado o no a biofeedback y en consulta y/o en domicilio) o el uso de conos vaginales. También incluye estimulación eléctrica vaginal crónica ambulatoria o máxima aguda en la consulta del terapeuta y el biofeedback. Por otra parte, en los casos de VH puede ser útil el entrenamiento vesical (41), en el que el paciente difiere la micción durante un corto período de tiempo desde que siente la urgencia y va aumentándolo progresivamente durante varias semanas. Esto puede asociarse a ejercicios del suelo de la pelvis. Además, en casos en que no se pueda hacer (fundamentalmente ancianos y niños), se puede hacer con micción pautada y micción programada, que implica hacer orinar al paciente en períodos de tiempo antes de que alcance la capacidad vesical, antes de que se produzca la incontinencia.

Los ejercicios de Kegel, para fortalecer el suelo de la pelvis ideados en 1948, consisten en enseñar a contraer a las mujeres

los músculos pubococcígeos, sin contraer los músculos del abdomen o los glúteos, en series de 10 a 20 contracciones, durante un mínimo de 5 segundos, 3 veces al día (42). Si la mujer no es capaz de aprender a contraer los músculos estos ejercicios no pueden tener éxito. En la mayoría de los estudios se obtienen mejoras del 70-80 % con curaciones completas del 20 %, pero el 40-50 % están muy satisfechas de los resultados. Esta forma de tratamiento puede asociarse a otras, tiene pocos efectos secundarios y sirve para la IUE, la IUU y la IUM. No hay acuerdo de cuánto tiempo debe durar el tratamiento monitorizado. Después la paciente debe seguir con los ejercicios si quiere mantener su efecto.

Los conos vaginales consisten en un conjunto de 4 o 5 conos, de peso progresivo, de 20 g a 75 g que la paciente debe sujetar en la vagina durante 10 o 15 minutos por 2 o 3 veces al día, pasando al superior cuando lo consigue. Su objetivo es similar al de los ejercicios de Kegel, aunque no se ha demostrado que sean más eficaces que éstos.

La estimulación eléctrica tiene por objetivo activar los circuitos neurológicos y las fibras musculares encargadas de mantener la continencia (43). La estimulación se hace endovaginal y puede ser aguda máxima en la consulta en 1 o 2 sesiones semanales, o crónica ambulatoria, que la paciente hace 2 o 3 veces al día durante 10 o 15 minutos, de forma similar a las maniobras de Kegel o el uso de conos vaginales. En la IU de urgencia (IUU) se usan impulsos de 10Hz de frecuencia, mientras que en la IU de esfuerzo (IUE) la frecuencia usada es de 50Hz. Los resultados son mejores en la IUU y no está demostrado que sean mejores que los de los ejercicios de Kegel.

El biofeedback, persigue hacer conscientes procesos fisiológicos inconscientes, como el de la continencia, y así lograr un control voluntario. Para ello, necesita de un aparato que haga percibir al paciente, con señales auditivas o visuales, un determinado acto. En este caso, la contracción del elevador del ano que se registra con electrodos de contacto de electromiografía en el periné. El paciente es instruido para alterar la señal registrada y con ello a controlar el proceso fisiológico que se esté tratando (44).

4.2. Tratamiento Farmacológico

Cuando el tratamiento Conservador de primera línea falla, para el manejo de los síntomas de la VH y la IUU disponemos del tratamiento farmacológico. Se usan en el tratamiento de la VH con o sin IU de Urgencia (IUU), en la IU de Esfuerzo (IUE) y en la IU Mixta (IUM) con predominancia del componente de urgencia. El empleo de fármacos se basa en la existencia de la inervación triple de la vejiga, los receptores colinérgicos (subtipos M2 y M3), adrenérgicos alfa y beta e incluso de otros receptores NANC (No Adrenérgicos, No Colinérgicos). Actualmente en la clínica usamos fármacos antimuscarínicos y agonistas, teniendo en cuenta que no existan contraindicaciones para su uso (ejemplo: antimuscarínicos en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, etc.). Para optimizar la efectividad del tratamiento en una patología crónica como la VH, es esencial que los pacientes tengan expectativas realistas del efecto del tratamiento y conozcan los efectos secundarios. Hay muchos factores a considerar (sexo, edad, expectativas, impacto en la actividad laboral, social,

sexual, etc.) cuando tratamos de identificar el tratamiento más adecuado para cada paciente. Pacientes diferentes (ejemplo: ancianos o mujer joven; qué síntoma es el más molesto; incontinencia de urgencia vs incontinencia mixta, etc.) plantean diferentes escenarios y expectativas, que deben tenerse en cuenta para individualizar el tratamiento. El desacuerdo entre las expectativas y resultados puede dar lugar a la insatisfacción del paciente y abandono del tratamiento. Una correcta formación del paciente en su patología aportándole información sobre el carácter crónico de la misma y la necesidad de tratamiento a largo plazo es fundamental para fomentar la adherencia al tratamiento para obtener buenos resultados.

Entre los anticolinérgicos disponemos de varios fármacos: Tolterodina, Cloruro de Trospio, Fesoterodina, Solifenacina y Oxibutinina, todas ellas con nivel de evidencia I y grado de recomendación A para su uso (45) (Tabla 1.5).

Sin embargo, el uso de estos agentes antimuscarínicos está limitado por la aparición de efectos secundarios como conse-

TABLA 1.5. FÁRMACOS ANTICOLINÉRGICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA VH

- Oxibutinina
- Cloruro de Trospio
- Tolterodina
- Fesoterodina
- Solifenacina

Fuente: elaboración propia, basada en Cardozo et al (45).

cuencia de su efecto antimuscarínico en otros órganos como son las glándulas salivares o el tracto gastrointestinal (boca seca y estreñimiento), o por una eficacia limitada por la utilización de dosis infraterapéuticas con el fin de evitar los mismos. Así, la aparición de sequedad de boca, consecuencia del bloqueo de los receptores muscarínicos existentes en glándulas salivares, es uno de los efectos secundarios más problemáticos asociados al uso de antimuscarínicos y una de las mayores causas de abandono del tratamiento (46). Un efecto adverso a tener en cuenta en el “anciano frágil” es el bloqueo de parte de los receptores M1 cerebrales, ya que buen número de estos medicamentos atraviesan la barrera hematoencefálica. Ello puede interferir con los circuitos de la memoria, por lo que la familia de estos pacientes debe estar prevenida ante su rara aparición. El efecto es reversible tras suspender el tratamiento (47).

Los estudios sobre persistencia en el tratamiento con antimuscarínicos muestran una tasa de abandono del 43 % al 83 % a los 30 días y una persistencia <25 % al cabo de un año (48).

Según las guías EAU 2017 (24), la adherencia de los agentes antimuscarínicos es baja por la presencia de efectos adversos o una falta de eficacia. Según la guía, Mirabegrón ha demostrado eficacia y seguridad en pacientes mayores, sin embargo es necesario una atención continua en tratamientos largos de antimuscarínicos por la presencia de efectos adversos.

Por tanto, existe una gran necesidad de agentes eficaces y bien tolerados para el manejo a largo plazo de los síntomas molestos de VH y así, mejorar la adherencia al tratamiento.

Los agonistas de los receptores Beta3-adrenérgicos son una nueva tipología de fármacos que, con un mecanismo de acción diferente a los antimuscarínicos, permiten el tratamiento de la VH. Actúan relajando el músculo detrusor en la fase de llenado mediante la estimulación selectiva de los receptores Beta3-adrenérgicos. Tiene un perfil de seguridad diferente que los anticolinérgicos (49), con menor incidencia de boca seca (3 % con Mirabegron y 8,6 % al 10,1 % en los tratados con Tolterodina en los estudios Fase III), que es el principal efecto adverso de éstos. Mirabegron no afectó a la presión intraocular o PIO (50) en un estudio con placebo a 8 semanas y fue generalmente seguro y bien tolerado, por lo que no está contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho.

Los estudios fase III han demostrado que Mirabegron es una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de la VH, que obtiene una disminución estadísticamente significativa respecto a placebo en el nº medio de episodios de IU/24h y en el nº medio de micciones/24h. Este beneficio, observado en los estudios a 12 semanas, se mantuvo en el estudio a 12 meses (51-53).

Respecto al tratamiento farmacológico de la IUE, uno de los fármacos más utilizados y que aparece en la Guía EAU 2017 (24) es la Duloxetina. La Guía hace una revisión de revisiones sistemáticas y concluye que Duloxetina, 40 mg tomado dos veces al día mejora la IUE en mujeres. Sin embargo, presenta una alta tasa de efectos adversos por lo que debe ser indicado con precaución en mujeres y se recomienda, en caso de utilizarlo como tratamiento, comenzar en bajas dosis.

4.3. Tratamiento Quirúrgico

El tratamiento de la IU y de la VH se abordará de una forma progresiva, empezando por el tratamiento conservador, pasando al tratamiento farmacológico en IUU o en VH seca. En aquellos casos que no responden, o que el tratamiento farmacológico no se tolera, este contraindicado o sea necesario por otra índole, pasaremos al tratamiento mínimamente invasivo que en el caso de la VH implica el uso de toxina botulínica intravesical o neuro-modulación de raíces sacras. Por fin cuando estos tratamientos no controlen los síntomas de VH, podemos considerar, si la clínica lo justifica, el tratamiento quirúrgico con ampliación vesical, hoy día muy poco utilizado.

En la incontinencia de esfuerzo el tratamiento quirúrgico está dirigido a aumentar el soporte de la uretra y con ello aumentar la resistencia uretral durante los esfuerzos. Cuando los ejercicios del suelo de la pelvis fracasan, el tratamiento quirúrgico podría ser indicado. Hoy en día, de entre las múltiples técnicas descritas, la colocación de bandas sintéticas suburetrales es el tratamiento estándar, por su eficacia y escaso tiempo de recuperación desde la cirugía. Consisten en colocar una malla de material sintético (de polipropileno trenzado monofilamento) por debajo de la uretra.

La IUE como síntoma de una disfunción del suelo pélvico puede asociarse a otras patologías, como el prolapso genital, que presentan un tercio de las pacientes (cistocele o prolapso vaginal anterior; rectocele o prolapso vaginal posterior; prolapso uterino y enterocele), o la incontinencia fecal. Por ello, tras una valoración

conjunta de la patología pélvica, se impone una corrección también conjunta. De ahí la importancia de la creación de “Unidades Funcionales de Suelo Pélvico”, formadas por urólogos especializados en el tema, ginecólogos, cirujanos con especial dedicación en coloproctología y digestólogos dedicados al estudio de la dinámica intestinal.

Por fin, no debemos olvidar, que cuando no podemos resolver el problema clínico, en los casos en que fracasen los tratamientos anteriores, y no está indicado el tratamiento quirúrgico los tratamientos adyuvantes como absorbentes, colectores y sondas, permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y manejar el síntoma incontinencia.

5. CONCLUSIONES

La Incontinencia Urinaria y la Vejiga Hiperactiva son problemas de salud altamente prevalentes (10-13;16-19), con frecuencia de carácter crónico, y que en muchos casos empeora con el tiempo. Afectan a ambos sexos, en todas las edades. Su prevalencia aumenta conforme aumenta la edad de la población, siendo alta en mujeres postmenopáusicas y en ancianos de ambos sexos (25). La evolución demográfica de la población española hace prever que en el futuro será aún mayor el número de personas afectados por estos problemas. Afectan de forma significativa la calidad de vida de los pacientes que la sufren y su atención supone un alto impacto económico para el Sistema Sanitario y para los/las pacientes (14).

Hay varios tipos de incontinencia, que se presentan aislados o en combinación, ya que a menudo es un problema multifactorial, y por ello varios tipos de tratamiento (24). La comprensión de la fisiopatología permite afrontar, con las herramientas disponibles, el diagnóstico diferencial de los factores que participan en la génesis de los síntomas y de esta forma alcanzar en cada paciente un diagnóstico correcto que permita un tratamiento adecuado.

Aunque la situación asistencial ha mejorado algo en los últimos años, existen problemas de formación importantes que afectan, de un lado a la educación de la población, de otro lado hay una formación inadecuada en el personal sanitario (médicos de atención primaria y especializada y enfermería) y por fin una concienciación insuficiente de las autoridades sanitarias de la magnitud del problema y de las necesidades docentes, de organización asistencial y económicas a cubrir para tratarlo. Todo ello hace que a día de hoy la Incontinencia Urinaria, la Vejiga Hiperactiva y los Síntomas del Tracto Urinario Inferior estén infradiagnosticados e infratratados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21:167-178.
2. Grupo español de urodinámica y SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* [online]. 2005;29(1):16-30. [Consultado el 03 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000100004&lng=es&nrm=i-so>. ISSN 0210-4806.

3. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003;20:327-336.
4. Madersbacher H. Overactive Bladder: A clinical Entity or a Marketing Hype?. *Eur Urol.* 2005; 47:173-276.
5. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 11ª Edición. Salvat Editores; 1974. Reimpresión 1979.
6. Tikkinen KA, Tammela TL, Rissanen AM, Valpas A, Huhtala H, Auvinen A. Is the prevalence of overactive bladder overestimated? A population-based study in Finland. *PLoS One.* 2007;2 (2):e195.
7. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* Dec 2006;50 (6):1306-1314; discussion 1314-1305.
8. Reeves P, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *Eur Urol.* 2006;50: 1050-1057.
9. Eapen RS, & Radomski SB. Review of the epidemiology of overactive bladder. *Research and Reports in Urology.* 2016; 8:71-76. DOI: <http://doi.org/10.2147/RRU.S102441>.
10. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003;20:327-336.
11. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011;108:1132-8.
12. Coyne KS1, Sexton CC, Thompson CL, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2009;104 (3):352-60.
13. Milsom, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001;87:760-766.
14. Hu, Teh-Wei et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. 2003; 61(6):1123-1128.

15. Racioppi M, Palermo G, D'Addesi A, Pinto F, Sacco E, D'Agostino D et al. Hot topics in urological health economics. A mini review. *Arch Ital Urol Androl.* 2012; 84(2):47-52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/230712830_Hot_topics_in_urological_health_economics_A_mini_review
16. Wennberg AL, Molander U, Fall M, Edlund C, Peeker R, Milsom I. A longitudinal population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in women. *Eur Urol.* 2009; 55 (4):783-91. DOI:10.1016/j.eururo.2009.01.007. Epub 2009 Jan 13.
17. Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Badenoch D, Strauss S, Haynes B, et al. Overactive bladder is associated with erectile dysfunction and reduced sexual quality of life in men. *J sex Med.* 2008; 5:2904-10.
18. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study. *Actas Urol Esp.* 2009;33:159-66.
19. Castro D, Montserrat E, Prieto M, & Badia X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Archivos Españoles de Urología.* 2005;58(2):131-138.
20. Rovner ES, Goudelocke CM. Urodynamics in the evaluation of overactive bladder. *Curr Urol Rep.* 2010;11:343-7.
21. Chapple CR, Artibani W, Cardozo LD, Castro-Diaz D, Craggs M, Haab F, et al. The role of urinary urgency and its measurement in the overactive bladder symptom syndrome: Current concepts and future prospects. *BJU Int.* 2005;95:335-40.5.
22. De Wachter S, Hanno P. Urgency: All or none phenomenon? *Neurourology and Urodynamics.* 2010; 29:616-617.
23. Jiménez Cidre MA, López-Fando L, Esteban M, et al. ¿Cómo debemos abordar el diagnóstico de la vejiga hiperactiva en mujeres? *Actas Urol Esp.* 2016;40(1):29-36.
24. Burkhard FC, Bosch J, Cruz F, Lemack A, Nambiar N, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2017. Disponible en [uroweb 2017: http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/](http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/)
25. Gormley EA, Lightner DJ, Burgio KL, Chai TC, QuentinClemens J, Culkun DJ, et al. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults:

- AUA/SUFU guideline. 2014 [Consultado el 29 de julio 2015]. Disponible en: <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf>
26. Staskin D, Kelleher C, Avery K, Bosch R, Cotterill N, Coyne K, et al. Initial assessment of urinary and faecal incontinence in adult male and female patients. *Incontinence*. 4th Health Publications. 2009. Disponible en: http://www.ics.org/Publications/ICI_4/book.pdf8
 27. Gravas S, Bach T, Bachmann A, Drake M, Gacci M, Gratzke C, et al. Treatment of non-neurogenic Male LUTS. 2017. [Consultado el 20 de julio 2017]. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/9/#2>
 28. España Pons M, Puig Clota M, Rebollo Álvarez P. Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV): Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* [online]. 2006;30 (10):1017-1024.
 29. España Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122 (8):288-292.
 30. S. Arlandis, M.A. Ruiz, C. Errando, F. Villacampa, D.F. I. Arumi, I. Lizarraga. Quality of life in patients with overactive bladder: Validation and psychometric properties of the Spanish Overactive Bladder Cuestionablemente Form. *Clin Drug Investig*, 32 (2012), pp. 523-532. DOI: <http://dx.doi.org/10.2165/11633760-000000000-00000>
 31. Cartwright R, Panayi D, Cardozo L, Khullar V. Reliability and normal ranges for the patients' perception of intensity of urgency scale (PPIUS) in asymptomatic women. Disponible en: https://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Abstracts/Publish/46/000304.pdf
 32. Jiménez MA, López-Fando L, Esteban M, Prieto L, Llorens FJ, Salinas J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn*. 2015;34:128-32.13.
 33. Asociación Española de Urología. Diario miccional de 3 días. [Consultado el 20 julio 2017]. Disponible en: http://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf

34. García Matres MJ, Brenes Bermúdez FJ. Diagnosis and management of patients with overactive bladder syndrome in urology clinics and general practitioner clinics in Spain. *Arch Esp Urol*. 2007;60:15-21.17.
35. Gómez de Vicente JM, López-Fando L, Carracedo Calvo D, et al. Análisis de Incongruencias de la versión española del Diario Miccional de Tres Días. XXII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional y Urodinámica de la AEU. Comunicación Oral. La Coruña; 2016.
36. Hashim H, Abrams P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol*. 2006;175:191-4.11.
37. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L, et al. Overactive bladder symptoms: Do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn*. 2003;22:105-8.
38. López-Fando L, Carracedo D, Jiménez M, Gómez de Vicente JM, Martínez L, Gómez del Cañizo C, et al. Análisis coste-efectividad de las principales herramientas diagnósticas en mujeres con vejiga hiperactiva: historia clínica, diario miccional y estudio urodinámico. *Actas Urol Esp*. 2015;39:40-6.20.
39. López-Fando L, Jiménez-Cidre MA, Esteban F, Prieto Chaparo L, Arlendis G, et al. Análisis del Coste del Abordaje diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Idiopática en mayores en España. *Rev Esp Econ Salud*. 2016;11(2):168-177.
40. Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. Incontinence. 6ª ed. ICS; 2017.
41. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. 2004. Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. Citado en Cochrane Library CD001308.pub2.
42. Kegel, A. Progressive resistance in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Gynecol* 1948;56:238-242.
43. Salinas, J, Virseda M. La estimulación eléctrica en el tratamiento de la incontinencia urinaria. En: Salinas J y Romero J. Urodinámica clínica. Jarpyo Edit. Madrid 1995.
44. Cardozo L, Stanton SL. Biofeedback. A 5 years review. *Br J Urol* 1984;56:220-225.
45. Cardozo L. The overactive bladder syndrome: treating patients on an individual basis. *BJU Int*. 2007; 99 (Suppl 3):1-7.
46. Chapple CR. Muscarinic receptor antagonists in the treatment of overactive bladder. *Urology*. 2000;55 (Suppl 5):33-46.

47. Wagg A, Verdejo C, Molander U. Review of cognitive impairment with antimuscarinic agents in elderly patients with overactive bladder. *International Journal of Clinical Practice*. 2010;64:1279-1286.
48. Wagg A, Compion G, Fahey A, et al. Persistence with prescribed antimuscarinic therapy for overactive bladder: a UK experience. *Br J Urol*. 2012;110:1767-1774.
49. Tyagi P, Tyagi V, Chancellor M. Mirabegron: a safety review. *Expert Opin Drug saf*. 2011;10 (2):287-294.
50. Novack GD, Lewis RA, Vogel R, Sheth N, Swearingen D, et al. Randomized, double-masked, placebo-controlled study to assess the ocular safety of Mirabegron in healthy volunteers. *J Ocul Pharmacol Ther*. 2013; 29(7): 674-80.
51. Khullar V, Amarenco G, Angulo JC, et al. Efficacy and tolerability of mirabegron, a β 3-adrenoceptor agonist, in patients with overactive bladder: results from a randomised European-Australian phase 3 trial. *Eur Urol*. 2013;63:283-295.
52. Nitti V, Auerbach S, Martin N, et al. Results of a randomized phase III trial of mirabegron in patients with overactive bladder. *J Urol*. 2013. doi: 10.1016/j.juro.2012.10.017.
53. Chapple CR, Kaplan SA, Mitcheson D, et al. Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a β 3-adrenoceptor agonist, in overactive bladder. *Eur Urol*. 2013;63: 296-305.



/ 02
CAPÍTULO

Modelo asistencial

para la gestión integral
de pacientes con incontinencia
urinaria. Situación actual y
áreas de mejora

**Víctor Baena González
y Raúl Vozmediano Chicharro**

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene por objeto describir procesos asistenciales integrados y el modelo asistencial que consideramos óptimo para la atención de la Incontinencia Urinaria (IU): la gestión por procesos (1).

Se parte de una situación en la que, salvo iniciativas aisladas de algunos Servicios o Unidades de urología, no existe una coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. El objetivo principal de la gestión por procesos consiste en mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, como base fundamental para mejorar la asistencia al paciente con IU.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analiza al detalle todos los aspectos de la asistencia que debemos prestar, ordenando dicha asistencia por niveles, en base a la evidencia clínica disponible. Se trata pues, de impulsar un cambio en la asistencia basado en la continuidad asistencial y la mejora continua de la calidad, llevándolo a cabo desde un enfoque centrado en la persona.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos estamos aludiendo a un abordaje integral de la IU, y ello conlleva el análisis de las actuaciones desde que una persona demanda asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

La IU no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma resultante de la alteración de la fase llenado y se puede presentar en

diversas enfermedades. La “International Continence Society” (ICS) la define como “toda pérdida involuntaria de orina por la uretra, objetivamente demostrable” y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud (2).

Resumiendo lo que ya se ha descrito en profundidad en el capítulo 1 de este libro, la IU se clasifica en diferentes tipos:

- Incontinencia de esfuerzo (IUE).
- Incontinencia de urgencia (IUU).
- Incontinencia mixta (IUM).
- Otras: continua, por rebosamiento, neurógena y enuresis.

La IU representa un problema de salud muy importante tanto para la persona que lo padece como para su núcleo familiar. Esto es debido a las repercusiones que conlleva, que van desde aspectos puramente médicos hasta económicos y laborales. A pesar de ello, y a las cifras elevadas de personas afectadas, la detección y reconocimiento son muy bajos, y lo que es peor, no son adecuadamente diagnosticados y tratados. Aunque no se considere una enfermedad “grave” en términos de supervivencia sí provoca un deterioro en la calidad de vida de paciente, en la carga económica y en la mayor necesidad de cuidados (3). Actualmente, existe poca colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada lo que aumenta el gasto médico y la afectación en la calidad de vida del paciente. Así mismo, debido al no considerarse una enfermedad “grave” se encuentra en desventaja incluso a la hora de tratamiento quirúrgico, eternizándose estos pacientes en las

largas listas de espera. El modelo que desarrollamos a continuación es nuestra respuesta a esta falta de comunicación y a la demanda de una mejor asistencia a este problema social que está infradiagnosticado, infratratado y en algunos casos inexistente en cuanto a los planes de actuación tanto de los distintos centros como de las administraciones.

La prevalencia de IU varía con la edad y el sexo. Las tasas de prevalencia oscilan entre 20-50 %, situándose en el 15 % en mujeres de 35 años y en 28 % en mujeres de 55 años y asciende hasta el 50 % en mayores de 65 años (4). En el meta-análisis auspiciado por el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI), se estima una prevalencia global en España de IU en la mujer del 23.6 % aumentando al 30-40 % en mujeres de mediana edad y hasta 50 % en mujeres ancianas (5,6).

Por lo tanto, la IU es una patología infradiagnosticada y en muchos casos infratratada o no tratada de forma correcta. Además, no se considera solamente un problema médico ya que entre las mujeres se asocia habitualmente con una serie de diferentes problemas psicosociales y, dependiendo del tipo de incontinencia, intensidad de la misma y expectativas, físicas, sociales y laborales del paciente

La gestión integral de pacientes en base al proceso asistencial, tiene como objetivos (1):

- La selección y utilización racional de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sobre la base de la evidencia disponible, tratando de mantener la variabilidad en la práctica urológica dentro de unos márgenes razonables.

- La continuidad asistencial/atención integrada, estableciendo criterios clínicos y organizativos comunes entre la Atención Primaria y Especializada, mediante la participación, coordinación y organización de profesionales de ambos niveles.
- La racionalización de los costes sanitarios.
- La cobertura de las necesidades de salud en el ámbito de la IU, de forma integrada y longitudinal (mientras dura el proceso o enfermedad).
- La asistencia en el nivel en que sea más eficiente o aceptada. Basándonos en la historia natural de la enfermedad y en la coordinación entre los profesionales y niveles, se establecen las actividades a realizar, el personal sanitario implicado en cada una de ellas, así como el nivel asistencial en que debe llevarlas a cabo.

1.1. Definición funcional de la gestión por procesos

Conjunto de actividades secuenciales destinadas a establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con manifestaciones clínicas de IU que precisan, tras la valoración médica, el establecimiento de medidas terapéuticas, seleccionando las más adecuadas en cada caso y garantizando la continuidad de la asistencia.

1.2. Descripción general

La descripción general del proceso asistencial debe realizarse siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente (Figuras 2.1, 2.2): la actividad o servicio que se le realiza (QUÉ),

los profesionales que las desarrollan (QUIÉN), la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO) y sus características de calidad (CÓMO), quedando reflejadas de forma secuencial en la Hoja de Ruta del paciente (1).

En este caso se definirán con precisión todos los componentes del proceso, representándolos gráficamente. Así se resumirán los pasos principales de este proyecto y expondremos brevemente las acciones que, desde nuestro punto de vista, resultan más adecuadas. Si bien actualmente, este es un proceso implantado sólo en nuestro área de salud, podría extrapolarse a nivel nacional. Tomado como base esta representación gráfica y los componentes del proceso, en cada centro pueden desarrollar un plan al detalle que estimen necesario, para asegurar que el recorrido de los pacientes sea el que más aporte a la resolución de su IU.

En los procesos asistenciales se establecen distintas arquitecturas, siendo la arquitectura I una visión general (la que aportamos nosotros), llegando a arquitectura IV, que es donde se establece desde el lugar donde pedir cita, hasta el nombre de los profesionales implicados, lugar de consulta, horarios, equipamiento necesario para un correcto estudio, instrumental-fungibles necesarios. Ésta, como es lógico, debe ser realizada y elaborada por cada centro específico.

Así mismo, se debe completar con una serie de anexos donde se aportan: cuestionarios a utilizar, subprocesos que pueden originarse, criterios de calidad, indicadores necesarios para medir resultados, etc., que habría que desarrollar de forma específica de acuerdo a las características y disponibilidad de cada centro.

Vejiga Hiperactiva en Atención Primaria

Varón

Prácticas Esenciales	Prácticas Recomendables
Historia Clínica	Cuestionarios (CACV, OAB-V8, ICIQ-SF, IPSS...)
Exploración Física	Residuo postmiccional si dificultad vaciado
Análisis de orina	DM3d

Mujer

Prácticas Esenciales	Prácticas Recomendables
Historia Clínica	Cuestionarios (CACV, OAB-V8, ICIQ-SF...)
Exploración Física	DM3d
Análisis de orina	

Criterios de Derivación

1. Hematuria
2. Dolor
3. ITU recurrente
4. Radioterapia pélvica
5. Sospecha de Cáncer de Próstata
6. Sospecha de Disfunción de vaciado, STUI moderado-severo

Sin Criterios de Derivación

1. Recomendaciones higienodietéticas en el tratamiento de la vejiga hiperactiva
2. Iniciar tratamiento con anticolinérgicos/ B3agonistas

Criterios de Derivación

1. Hematuria
2. Dolor
3. ITU recurrente
4. Prolapso sintomático
5. Radioterapia pélvica
6. Cirugía IU previa
7. Sospecha fístula
8. Masa pélvica

Falta de respuesta

Derivación a Atención Especializada

Figura 2.1. Proceso asistencial en Atención Primaria de Vejiga Hiperactiva.

Fuente: elaboración propia, basado en la Guía EAU de Incontinencia Urinaria en adultos del 2017 y del documento del consenso andaluz del 2015 (7-9).

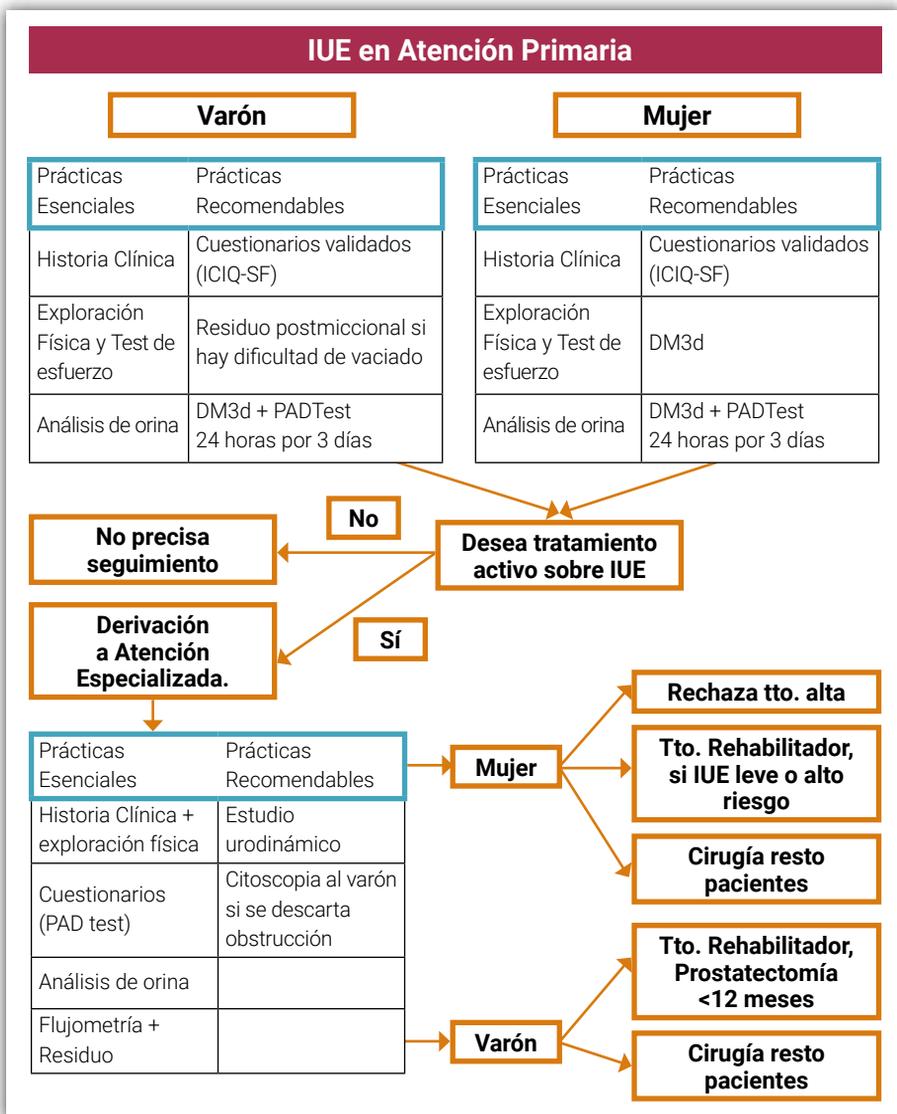


Figura 2.2. Proceso asistencial en Atención Primaria de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).

Fuente: elaboración propia, basado en la Guía EAU de Incontinencia Urinaria en adultos del 2017 y del documento del consenso andaluz del 2015 (7-9).

El algoritmo de trabajo de la página anterior es el modelo entregado a AP para el desarrollo del mismo en nuestra área de Salud. Es un algoritmo inferido de las Guías Europeas de Incontinencia de orina y del documento del consenso andaluz (7-9).

2. COMPONENTES DEL PROCESO

2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo

Diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico y se realizará mediante historia clínica y exploración física que evidencia la pérdida de orina con el esfuerzo.

Existen una serie de pruebas complementarias que podemos dividir en esenciales y recomendables en los distintos niveles profesionales en Atención Primaria y en Atención Especializada, sobre todo según la disponibilidad de organización sanitaria.

Atención primaria. Herramientas esenciales (8)

- **Historia clínica:** antecedentes personales, Tipo de incontinencia: urgencia, esfuerzo o mixta, severidad de los síntomas, asociación o no a síntomas urinarios, fármacos que toma. Tras la misma, ha de poder ser derivada encuadrándola en IUE, IUU o IUM.
- **Exploración física:** reproducir mediante test de esfuerzo la pérdida de orina con el esfuerzo (dependiendo de la disponibilidad en los distintos centros).

- **Análisis de orina:** sedimento de orina, para descartar ITU o patología orgánica miccional.

Atención Primaria. Herramientas recomendables

- **Cuestionarios:** DM3d y/o ICIQ-SF.

Atención Especializada. Unidad de Suelo Pélvico . Herramientas Esenciales

- **Historia clínica:** reconfirmar la historia por la que derivan de AP, historiar a la paciente sobre antecedentes personales, tipo de incontinencia: urgencia, esfuerzo o mixta, severidad de los síntomas, asociación o no a síntomas urinarios como hematuria, dificultad vaciado, ITU recurrentes, fármacos que toma, historia obstétrica. Tras la misma, ha de poder ser derivada encuadrándola en IUE, IUU o IUM.
- **Exploración física:** exploración abdominal, perineal, vaginal, y rectal, valoración de prolapsos, grado estrogenización, valoración capacidad contracción suelo pélvico, descartar fístulas urinarias, reproducir mediante test de esfuerzo la pérdida de orina con el esfuerzo (dependiendo de la disponibilidad en los distintos centros), valoración de presencia de hiper-movilidad uretral.
- **Análisis de orina:** confirmar estudio orina realizado.
- **Cuestionarios miccionales:** DM3d y/o ICIQ-SF.
- **Estudio mínimo funcional:** realización de flujometría + residuo miccional (siempre que se vaya a realizar un tratamiento quirúrgico).

Atención Especializada. Unidad de Suelo Pélvico. Herramientas Esenciales

Estudio urodinámico: realizarlo solo en caso de tratamiento quirúrgico y en pacientes donde vaya a suponer un cambio de actitud quirúrgica:

- Cirugía previa de incontinencia, radiación pélvica, disfunción del tracto urinario inferior (Espina bífida, esclerosis múltiple, ACV previo...).
- Hallazgos clínicos nos hagan sospechar de etiología distinta a la IUE: pérdida de orina en ausencia de esfuerzo, tras el esfuerzo y difícil de parar por los pacientes. Discrepancias hallazgos clínicos.

La mayoría de las consultas se realizarán de acto único, tras la cual el paciente será incluido para tratamiento conservador, tratamiento quirúrgico, u observación en AP si el paciente no desea ningún tipo de tratamiento.

2.2. Incontinencia urinaria de urgencia (7,9)

Diagnóstico

El diagnóstico es eminentemente clínico y se realizará mediante historia clínica, similar al estudio realizado en pacientes con IUE. En AP se debe de haber iniciado al menos un tratamiento de primera línea y tomado correctamente sin respuesta al mismo o respuesta parcial.

Atención Primaria. Herramientas esenciales

- **Historia clínica:** antecedentes personales, tipo de incontinencia: urgencia, esfuerzo o mixta, severidad de los síntomas, asociación o no a síntomas urinarios, fármacos que toma. Tras la misma, ha de poder ser derivada encuadrándola en IUE, IUU o IUM.
- **Exploración física:** reproducir mediante un test de esfuerzo la pérdida de orina al realizar un esfuerzo (dependiendo de la disponibilidad en los distintos centros), exploración general de la paciente.
- **Análisis de orina:** sedimento de orina, para descartar ITU o patología orgánica miccional (Tumor vesical).
- **Tratamiento de primera línea:** anticolinérgicos o B3-agonistas.

Atención Primaria. Herramientas Recomendadas

- **Cuestionarios:** DM3d, CACV y/o ICIQ-SF.

Atención Especializada. Unidad de Suelo Pélvico. Herramientas Esenciales

- **Historia clínica:** reconfirmar la historia por la que derivan de AP, historiar a la paciente sobre antecedentes personales, tipo de incontinencia: urgencia, esfuerzo o mixta, severidad de los síntomas, asociación o no a síntomas urinarios como hematuria, dificultad vaciado, ITU recurrentes, fármacos que

toma, historia obstétrica. Tras la misma, ha de poder ser derivada encuadrandola en IUE, IUU o IUM.

- **Exploración física:** exploración abdominal, perineal, vaginal, y rectal, valoración de prolapsos, grado estrogenización, valoración capacidad contracción suelo pélvico, descartar fístulas urinarias, reproducir mediante test de esfuerzo la pérdida de orina con el esfuerzo (dependiendo de la disponibilidad en los distintos centros), valoración de presencia de hiper-movilidad uretral.
- **Análisis de orina:** confirmar estudio orina realizado.
- **Cuestionarios miccionales:** DM3d, CACV y/o ICIQ-SF.
- **Estudio mínimo funcional:** realización de flujometría + residuo miccional (siempre que se vaya a realizar un tratamiento quirúrgico).
- **Comprobación modo correcto de administración de tratamiento primera línea en AP.**

Atención Especializada. Unidad de Suelo Pélvico. Herramientas Recomendables

- **Estudio urodinámico:** ante el fallo repetido a fármacos, previo a tratamiento quirúrgico o cuando vaya a suponer un cambio en la actitud a seguir.
- **Estudio básico para descartar patología orgánica:** ecografía abdominal, Rx abdomen, y/o citología, orina siempre que se

sospeche patología orgánica que provoque el cuadro clínico y ante el fallo repetido a tratamientos de primera línea.

2.3. Incontinencia urinaria mixta

Se tratará primero el tipo que más afecte a la calidad de vida del paciente y posteriormente abordaremos el otro componente de la incontinencia. Se tratará de igual modo que la IUE pura, pero hay que advertir a la paciente que la IUU puede mejorar, permanecer o empeorar después de la cirugía de IUE. Se recomienda advertir a la paciente de que presentan un riesgo significativamente mayor de no mejorar y/o empeorar la urgencia (8).

Incontinencia asociada a Prolapso de Órganos Pélvicos (POP)

- En pacientes con IUE concomitante con POP ésta debe ser corregida simultáneamente en el momento de la cirugía. Se debe advertir a las pacientes de un mayor riesgo de complicaciones cuando se asocian ambos procedimientos (8).
- En pacientes sin IUE el riesgo/beneficio de la corrección debe ser discutido con la paciente. Se debe advertir de un riesgo elevado a desarrollar IUE de novo y también de un riesgo mayor de desarrollar complicaciones postoperatorias si ésta se emplea. Aunque no existe un consenso al respecto en las mujeres con POP e IUE oculta, no se recomienda la corrección profiláctica de la incontinencia por lo que no se realizará la misma en pacientes sin IUE (8) .

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el mensaje clave de este capítulo podemos resumirlo en la idea de:

- **Mejorar la relación entre atención primaria y especializada** basada en herramientas ya presentes en otras patologías como los procesos.
- **Mejorar la comunicación bidireccional** con el fin de aportar una atención integral al paciente con incontinencia.
- **Diseñar indicadores de calidad** para poder evaluar el impacto de estos procesos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª ed. Sevilla. Conserjería de salud; 2009.
2. Abrams P et al. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21:167-178.
3. Jiménez Cidre MA. Capítulo 1. Incontinencia Urinaria: aspectos fundamentales e importancia del Síndrome de Vejiga Hiperactiva. En: Álvaro Hidalgo Vega, editor. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España. Madrid: Instituto Max Weber; 2017. p. 26-66.
4. Viana Zulaica C. Incontinencia Urinaria en la mujer. *Guías Clínicas fisterra* 2004;(20). [Consultado el 20 de julio 2017]. Disponible en: www.fisterra.com/guías2/incontinencia.asp.
5. Observatorio Nacional Incontinencia. Disponible en: www.observatoriodelaincontinencia.es
6. Rebollo Álvarez P, Espuña Pons M. Situación del diagnóstico y tratamiento de la IU en España. *Arch Esp Urol.* 2003; 56(7):755-74.

7. Burkhard FC, Bosch J, Cruz F, Lemack A, Nambiar N, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2017. Disponible en uroweb 2017: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
8. Abad Vivas-Pérez, J I; Galacho Bech, Alejandro; Vozmediano Chicharro, R: Capítulo 2. Diagnóstico y tratamiento de la Incontinencia Urinaria de esfuerzo. En: Blasco Hernández, P; Leva Vallejo, Manuel; Palao Yago, Francisco (editores): Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de urología. Documento de Consenso. 2015. p.23-34. Disponible en: http://www.asociacionandaluzadeurologia.net/wp-content/uploads/libro_AAU_diagnostico_y_tratamiento_de_la_incontinencia_urina.pdf
9. Ávila Fernández, R; García Sánchez, C; Madurga Patuel, B; Torrubia Romero FJ: Capítulo 4. Diagnóstico y tratamiento de la Incontinencia Urinaria en el varón. En: Blasco Hernández, P; Leva Vallejo, Manuel; Palao Yago, Francisco (editores). Diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de urología. Documento de Consenso. 2015. p.45-62. Disponible en: http://www.asociacionandaluzadeurologia.net/wp-content/uploads/libro_AAU_diagnostico_y_tratamiento_de_la_incontinencia_urina.pdf



/ 03
CAPÍTULO

La calidad de vida

de los pacientes con
incontinencia urinaria, con el
caso específico del Síndrome
de la Vejiga Hiperactiva

Montserrat España Pons

1. INTRODUCCIÓN

Los desórdenes del suelo pélvico son un problema de salud crónico universal con importantes implicaciones sobre la vida familiar, económica y social de las personas que la padecen. Se presentan tanto en personas sanas como asociados a diferentes enfermedades, y pueden ser la consecuencia de diversas causas. La Incontinencia Urinaria (IU) y el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (VH) son dos manifestaciones comunes de este tipo de problemas.

Aunque no impliquen un pronóstico de gravedad en términos de supervivencia, a menudo se asocian a una merma sustancial de la calidad de vida (1,2). En el ámbito físico, pueden limitar la realización de actividades físicas demandantes, interrumpir el sueño, perjudicar gradualmente la autonomía personal y desembocar en otros problemas de salud. En el ámbito psicosocial, dañan la autoestima, generan inseguridades y trastornos emocionales, causan aislamiento social y perjudican las relaciones sociales, laborales y afectivas (2,3).

La vergüenza o la falsa creencia de que la pérdida involuntaria de orina es un proceso normal asociado a la edad y sin solución, contribuyó a que este problema de salud no haya sido considerado una enfermedad como tal hasta principios de los años 2000, lo cual ha dificultado su identificación y adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial (2).

La forma de abordar la enfermedad también ha cambiado. Actualmente, su diagnóstico y manejo deben realizarse aplicando distintos instrumentos para identificar y clasificar el problema, determinar su gravedad y analizar cómo afecta a la vida del pacien-

te. De hecho, **la calidad de vida es con diferencia el principal indicador de resultados relevante cuando se consulta a los pacientes con IU y VH (4).**

2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA EMPLEADA

El objetivo principal de este capítulo es dar una visión sobre el impacto que tienen la incontinencia urinaria y la vejiga hiperactiva sobre la calidad de vida de las personas que las padecen, tanto a nivel global como en distintas dimensiones particulares.

En primer lugar, repasaremos qué se entiende por calidad de vida y cuáles son los instrumentos más utilizados para medirla entre las personas con IU y VH. En segundo lugar, aportaremos una visión comparada, a partir de la última Encuesta Nacional de Salud de España (18), para determinar el impacto que tiene la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida autopercebida, en comparación con otras enfermedades crónicas contenidas en la misma.

Posteriormente, a partir de una revisión de la literatura publicada recientemente en España y a nivel internacional, repasamos la evidencia sobre calidad de vida en IU y VH, analizando qué factores son los que más inciden en la misma. Finalmente, en el apartado de discusión comentamos los resultados y tratamos de dar algunas orientaciones basadas en los mismos.

3. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD DE VIDA Y CÓMO PUEDE MEDIRSE?

La calidad de vida es un concepto multidimensional en continua evolución (5). Aunque no existe una definición única universal,

frecuentemente se relaciona con el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que la OMS define como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (6).

La CVRS se preocuparía por lo tanto por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental y social y en la percepción general de la salud alcanzada (5). Sería algo así como la percepción subjetiva de cada persona, influenciada por su estado de salud actual, sobre la capacidad para realizar aquellas actividades que son importantes para ella (7).

Así, a la medición tradicional de la salud con métodos objetivos y en unidades procedentes de la biología y la actividad clínica, se une una medición basada en indicadores subjetivos a través de los cuales el propio sujeto valora su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, traduciéndolo en un concepto de CVRS que depende en gran parte de sus propios valores y creencias, de su contexto cultural y de su historia personal.

Las medidas de resultados reportadas por los pacientes miden distintos aspectos interrelacionados de la enfermedad y su impacto terapéutico, tales como la frecuencia de síntomas, la calidad de vida relacionada con la salud, la satisfacción con el tratamiento o la productividad laboral, entre otras (Figura 3.1) (8).

Según la *International Consultation on Incontinence (ICI)*, la forma más adecuada de evaluar los síntomas y la afectación de la calidad de vida de los pacientes con IU es recogiendo la

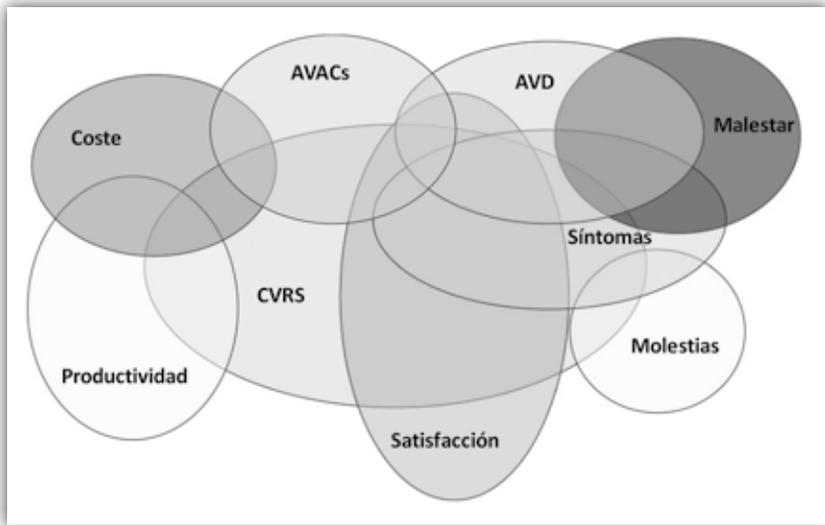


Figura 3.1. Áreas de evaluación de las medidas de resultados reportadas por los pacientes.

AVACs: Años de Vida Ajustados por la Calidad; CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; AVD: Actividades de la Vida Diaria.

Fuente: Burke (2000) (8).

opinión del paciente a través de cuestionarios de evaluación auto-cumplimentados que sean robustos desde el punto de vista de la psicometría (9). Las aportaciones que realizan los propios pacientes son relevantes, en tanto que no siempre se observa una correlación entre las valoraciones objetivas que cuantifican las pérdidas y la impresión individual, y por tanto subjetiva, del paciente (10).

Los cuestionarios clarifican las quejas y síntomas del paciente ayudando al clínico, facilitan la categorización y las compa-

raciones de los síntomas de los distintos pacientes, y ayudan a definir el impacto del tratamiento (11). Los cuestionarios pueden adoptar la tipología de puntuaciones sobre síntomas, índices, medidas de resultado reportados por el paciente o medidas de CVRS (12). Los cuestionarios de CVRS se dividen a su vez en cuestionarios genéricos y en cuestionarios específicos para cada enfermedad.

Los cuestionarios genéricos se centran en determinar el estado general de salud autopercibido por el paciente. Los más utilizados son el EuroQol-5D (EQ-5D), el SF-36 y el Nottingham Health Profile, que incluyen distintas dimensiones de la CVRS. Por ejemplo, el EQ-5D recoge las potenciales dificultades o problemas de los pacientes en 5 dimensiones (movilidad, auto-cuidado, realización de actividades cotidianas, nivel de dolor/malestar y nivel de ansiedad/depresión), a partir de las cuales es posible derivar los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) del sujeto. Los AVAC combinan las ganancias en esperanza de vida con la calidad de vida, y constituyen una de las medidas de resultados de salud más utilizadas, en tanto que permiten la comparabilidad entre enfermedades y programas (9).

La principal ventaja de los cuestionarios genéricos es su rapidez y sencillez, además de que permiten la comparabilidad entre sujetos con distintas patologías. Sin embargo, a menudo se critica su falta de sensibilidad y de capacidad discriminativa sobre los aspectos concretos de las distintas enfermedades.

Por su parte, los cuestionarios específicos de CVRS se emplean habitualmente para recoger la sintomatología de una determinada

enfermedad de manera estandarizada, incluyendo su severidad e impacto sobre la vida o el bienestar del paciente, y permiten la monitorización de la condición a lo largo del tiempo.

Durante las últimas décadas se han desarrollado multitud de cuestionarios específicamente diseñados para la incontinencia urinaria o para los síndromes relacionados con ella. Muchos de ellos son válidos para el conjunto de población con IU, mientras que algunos son específicos para mujeres o para hombres, y otros solo son aplicables en grupos de edad específicos como niños o ancianos (9).

La ICI recopila gran parte de estos cuestionarios específicos y aplica a cada uno de ellos un grado de recomendación, que puede tomar la forma de “altamente recomendable” (grado A) si se considera que el cuestionario es válido, fiable, sensible a cambios en las pruebas psicométricas estándar y relevante para las personas con IU; “recomendable” (grado B) si se considera válido y fiable; y “con potencial” (grado C) si se considera válido, fiable o sensible (9). La Tabla 3.1 recoge algunos de estos cuestionarios en función del grado de recomendación otorgado.

Uno de los cuestionarios específicos más utilizados es el *King's Health Questionnaire* (KHQ), validado para España (13) y que consta de 21 items, además de un bloque donde se le pregunta al paciente hasta qué punto le afectan 11 aspectos potencialmente relacionados con la incontinencia. El rango de puntuaciones de cada dimensión va de 0 (menor impacto de la IU y por tanto mejor calidad de vida) a 100 (mayor impacto, peor calidad de vida).

El KHQ también puede aplicarse en pacientes con VH, aunque para este síndrome existen otros cuestionarios específicos, como son el OAB-q Short Form (Overactive Bladder Questionnaire), el Overactive Bladder Satisfaction Questionnaire (OAB-SAT-q), el OAB Awareness Tool (OAB-V8) o el Primary OAB Symptom Questionnaire (POSQ) (9).

TABLA 3.1. ALGUNOS CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CVRS PARA LA IU, SEGÚN EL GRADO DE RECOMENDACIÓN DE LA INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE

GRADO A: ALTAMENTE RECOMENDABLES	
King's Health Questionnaire (KHQ)	21 ítems para evaluar el impacto de los síntomas de IU y VH sobre la CVRS. Hombres y mujeres. Validado en España
Incontinence Impact Questionnaire (IIQ)	30 ítems (7 en la versión corta) para describir la severidad de la incontinencia y su impacto en la CVRS en mujeres de 45 años o más. Validado en España
Urge Urogenital Distress Inventory (U-UDI)	9 ítems para evaluar hasta qué punto los síntomas de la IU de urgencia o mixta molestan al paciente
Urinary Incontinence-Specific Quality of Life Instrument (I-QOL)	22 ítems para evaluar la calidad de vida de mujeres con IU
Overactive Bladder Questionnaire Short-Form (OAB-q-SF)	19 ítems para evaluar la molestia sintomática del VH y su impacto en la CVRS. Hombres y mujeres

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación)

TABLA 3.1. ALGUNOS CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS DE CVRS PARA LA IU, SEGÚN EL GRADO DE RECOMENDACIÓN DE LA INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE

GRADO A: ALTAMENTE RECOMENDABLES	
Bladder Self-Assessment Questionnaire (B-SAQ) o Bladder Control Self-Assessment Questionnaire (BCSQ)	8 ítems para evaluar la presencia o molestias causadas por los síntomas del tracto urinario inferior en mujeres. Validado en España (14)
GRADO B: RECOMENDABLES	
Male Urinary Symptom Impact Questionnaire (MUSIQ)	32 ítems para capturar la salud mental y social y la percepción sobre el bienestar de hombres con IU
York Incontinence Perceptions Scale (YIPS)	8 ítems para medir aspectos psicosociales de la IU y su manejo
Female Sexual Function Index (FSFI)	19 ítems para evaluar los efectos de la IU/VH sobre múltiples dimensiones de la función sexual. Mujeres
GRADO C: CON POTENCIAL	
Incontinence Stress Index (ISI)	40 ítems (20 en la versión corta) para evaluar el estrés psicológico de las mujeres con IU
Primary OAB Symptom Questionnaire (POSQ)	5 ítems para evaluar qué síntomas del VH son los más molestos para los pacientes. Hombres y mujeres
Urinary Incontinence-4 Questionnaire (UI-4)	4 ítems para evaluar las molestias que causa la IU a las mujeres
Sexual Function Questionnaire (SFQ)	Instrumento genérico para evaluar el impacto del VH sobre la función sexual de hombres y mujeres

Fuente: European Association of Urology-ICUD (2013) (9).

4. IMPACTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

4.1. Comparación con otras enfermedades

La incontinencia urinaria constituye uno de los problemas crónicos que más merma la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que la sufren. **Cuando se compara con otras enfermedades crónicas, la evidencia publicada sugiere que el deterioro generado por la IU solo es comparable al asociado a la depresión y la artrosis, y que supera al de enfermedades como la diabetes, la artritis reumatoide o la enfermedad cardíaca** (15-17).

Para constatar si esto se produce también en España, y en qué medida, realizamos un análisis a partir de los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (18). Los años de vida ajustados por calidad se estiman a partir de las respuestas autoreportadas por los 21.007 individuos de la muestra al cuestionario EQ-5D-5L incluido en la encuesta, asignando a cada estado (a partir de las respuestas a las 5 dimensiones posibles) la utilidad correspondiente, a partir de las tarifas validadas para ello.

Tras realizar el análisis, constatamos que en España la incontinencia urinaria representa la tercera enfermedad crónica diagnosticada que mayor pérdida de AVACs produce, solo por detrás de los problemas mentales y de los eventos cardiovasculares graves, como la embolia o el infarto (Tabla 3.2).

En concreto, la IU se asocia a un valor promedio de 0,55 AVACs anuales, valor que se interpreta de la siguiente manera: las personas con incontinencia urinaria diagnosticada no experimentan

TABLA 3.2. AVACs CORRESPONDIENTES A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, ESPAÑA

DIAGNÓSTICO MÉDICO	AVAC	
	PROMEDIO	DESV. EST
Alergia crónica	0,90	0,21
Asma	0,86	0,24
Colesterol alto	0,84	0,25
Problemas de tiroides	0,83	0,26
Migraña o dolor de cabeza frecuente	0,82	0,26
Hipertensión	0,81	0,28
Úlcera de estómago o duodeno	0,81	0,27
Varices en las piernas	0,80	0,28
Problemas de próstata	0,80	0,29
Problemas crónicos de piel	0,80	0,32
Dolor de espalda crónico (lumbar)	0,79	0,28
Dolor de espalda crónico (cervical)	0,78	0,29
Tumores malignos	0,75	0,31
Diabetes	0,75	0,33
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	0,75	0,31
Artrosis, artritis o reumatismo	0,74	0,30
Infarto de miocardio	0,73	0,33
Cataratas	0,72	0,33
Otras enfermedades del corazón	0,71	0,34
Cirrosis, disfunción hepática	0,71	0,36
Ansiedad crónica	0,71	0,31
Estreñimiento crónico	0,68	0,37
Depresión crónica	0,67	0,33
Osteoporosis	0,67	0,34
Incontinencia urinaria	0,55	0,42
Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral	0,50	0,46
Otros problemas mentales	0,47	0,45

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011-2012.

diferencias entre vivir 1 o 0.55 años en este estado (es decir, 6,6 meses) con un estado de salud perfecto. Cabe señalar sin embargo que no es posible aislar la existencia de otras comorbilidades asociadas a cada enfermedad diagnosticada.

En cualquier caso, se perciben unas diferencias muy notables en calidad de vida respecto al conjunto de la población adulta, para la cual el promedio de AVACs asociados es de 0,91. Esto implica que la existencia de IU supone una merma de 0,36 AVACs respecto a la población general y de 0,32 AVACs respecto a la población diagnosticada con alguna enfermedad crónica, incluyendo la IU.

En un trabajo anterior realizado con esta misma metodología, pero para el subgrupo de mujeres de 60 años y más, se obtuvieron unos resultados similares. El estudio constató que, en este subgrupo de población, la IU también era la tercera enfermedad que más mermaba la CVRS, al asociarse a un promedio de 0,47 AVACs anuales, frente a los 0,67 de las enfermedades osteoartrotríticas, los 0,78 de otras enfermedades crónicas y los 0,96 de las mujeres sanas de ese rango de edad (19).

En el ámbito internacional, distintos estudios también han analizado el impacto comparado de la incontinencia urinaria con otras enfermedades, a través del uso de distintos índices genéricos, tal y como se comenta a continuación.

- En un estudio realizado para población general (30 años o más) en Finlandia, la CVRS se midió a través de dos índices genéricos alternativos (15). Con el índice 15D, que incluye 15 dimensiones de la salud, la incontinencia urinaria fue, junto con la depresión y la artrosis, la enfermedad crónica

asociada a unas mayores pérdidas de calidad de vida auto-percibida. En cambio, bajo el EQ-5D-3L, la IU se situó en el puesto 11 de 29, con una puntuación de 0,69. En este caso, las enfermedades con peor CVRS fueron la enfermedad de Parkinson (0,44) y el fallo cardíaco (0,59).

- En otro estudio más antiguo, realizado a partir de la encuesta de salud canadiense, la incontinencia urinaria también se situó como la tercera enfermedad crónica con peor CVRS asociada (16). En este caso, la calidad de vida se aproximó a través del *Health Utility Index-Mark III* (que incluye 8 atributos de la salud), donde la IU obtuvo una puntuación promedio de 0,70 frente a los 0,58 de la enfermedad de Alzheimer y los 0,68 del fallo cardíaco, y lejos de la puntuación promedio de 0,93 reportada por la población sana. En un subanálisis por sexos se constató que, entre los varones, la merma de calidad de vida asociada a la IU superaba a la del fallo cardíaco (0,70 vs 0,71).
- Otro estudio canadiense, también realizado a partir de la encuesta nacional de salud, pero en este caso de otro año, aplicó una metodología similar, realizando distintos subanálisis (17). El estudio reveló que la IU se situaba como la tercera enfermedad crónica que más merma la CVRS de la población general, tanto si se tenía en cuenta de manera aislada como en conjunción con otras comorbilidades. También se puso de manifiesto que su influencia relativa disminuía con la edad: la IU fue la primera causa de merma de calidad de vida entre los menores de 45 años, la tercera entre las personas de 45-64 años y la quinta entre los mayores de 64 años. Su efecto fue ligeramente mayor entre los hombres que entre las mujeres.

4.2. Calidad de vida e incontinencia urinaria

La literatura sobre calidad de vida e incontinencia urinaria es extensa. Un creciente número de trabajos ha demostrado que la incontinencia tiene un efecto perjudicial sobre la calidad de vida relacionada con la salud, medida ésta a través de una variedad de índices, tanto genéricos como específicos.

Distintos estudios han confirmado que, en general, las personas continentales tienen una mayor calidad de vida que las que padecen IU o VH. Un ejemplo de ello en el ámbito de España es el estudio de Martínez-Agulló (2010), que estimó la merma de calidad de vida que supone la IU, la VH y otros síntomas urinarios en comparación con la ausencia de esta enfermedad, a partir del cuestionario genérico SF-12 y del cuestionario OAB-q específico para vejiga hiperactiva (3). Los resultados pusieron de manifiesto la reducción que suponen los distintos síntomas urinarios sobre la CVRS, ya sea en el ámbito físico, mental, sintomático o global. El mayor impacto en la calidad de vida se observó entre los sujetos que padecían VH asociada a la incontinencia (Tabla 3.3).

A nivel internacional, un estudio italiano cuantificó cuánto de mejor era la salud física y mental de las mujeres continentales con respecto a las que padecían IU, obteniendo una diferencia de 6,2 puntos promedio en la puntuación obtenida a través del SF-12 (20). Un trabajo coreano posterior halló diferencias mayores: de 9,4 puntos en la función física y de 5,3 puntos en la salud mental, empleando en este caso el SF-36. Las diferencias también eran notables cuando se utilizó el cuestionario KHQ (21). Por su parte, un estudio multinacional concluyó que la presencia de la

TABLA 3.3. PUNTUACIONES PROMEDIO EN DOS CUESTIONARIOS DE CdV PARA LOS DISTINTOS GRUPOS SINTOMÁTICOS, ESPAÑA*

CUESTIONARIO	DIMENSIONES	IU (N=177)	VH (N=159)	IU+VH (N=306)	OTROS SU (N=248)	SIN SU (N=491)
SF-12	Física (PCS)	45,0	47,2	41,3	49,3	51,0
	Mental (MCS)	47,8	49,0	46,0	50,3	50,6
OABq	Molestia sintomática	16,7	19,2	32,2	9,2	6,2
	CVRS	89,5	86,7	82,3	92,9	94,8

SU: Síntomas Urinarios; SF-12: 12-Item Short Form, Questionnaire; PCS: Physical Component Summary (Resumen del Componente Físico); MCS: Mental Component Summary (Resumen del Componente Mental).

Fuente: Martínez-Agulló (2010) (3).

*Una menor puntuación indica una peor CdV, salvo para la dimensión de síntomas del OABq, que denota una mayor molestia sintomática (peor CdV).

IU empeoraba el bienestar con respecto a la ausencia de la enfermedad, estimando una puntuación promedio de 48,2 en la escala de *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing*, frente al 50,2 asociado a las mujeres sin incontinencia (22).

Existe una relación inversa entre calidad de vida y la gravedad de la pérdida de orina (23-25). Algunos estudios han demostrado que la calidad de vida será peor cuanto mayor sea la frecuencia (o número de escapes (26)) asociados a la IU, así como el volumen de orina perdido o el número de absorbentes consumidos (27,28). Otros estiman la merma de calidad de vida que se produce por cada incremento en el nivel de severidad asociado a la incontinen-

cia. Por ejemplo, Monz (2007) concluye que pasar de un estado de IU leve a moderado resulta en una reducción de 3,48 puntos en la escala EVA del EQ-5D, situando al factor severidad como el que más incide sobre la CVRS, junto con el número de comorbilidades (23). Algunos de los síntomas que más contribuyen a la afectación de la calidad de vida son la incontinencia en el acto sexual, la urgencia y las infecciones frecuentes en vías urinarias (29).

El subtipo de incontinencia también influye en gran medida sobre la CVRS. Según la literatura, la incontinencia mixta es la que está asociada a una peor calidad de vida y a un mayor nivel de ansiedad, seguida de la IU de urgencia y la IU de esfuerzo (23,30,31). El factor de “urgencia” parece tener una mayor influencia en la calidad de vida que la IU de esfuerzo y otros síntomas clásicos, dada su naturaleza impredecible e incontrolable (29,32,33).

La vejiga hiperactiva tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida, especialmente si va asociada a la incontinencia urinaria de urgencia. Distintos estudios han demostrado que la presentación conjunta de síntomas de VH junto con síntomas de incontinencia ocasiona un mayor impacto en la CVRS que la presentación aislada de VH o IU (3,34,35).

La edad es un factor de riesgo independiente para la incontinencia y los síntomas de la IU tienden a aumentar con la edad (29,36). Sin embargo, diversos estudios han concluido que la IU afecta en mayor grado a la CVRS de las mujeres jóvenes que a la de las mayores (2,32,37). Una posible explicación es la afectación de las actividades cotidianas y la vida sexual, así como la percepción de que se trata de una enfermedad asociada a la edad. En cambio,

otros estudios no hallan una correlación clara entre el grado de afectación de la calidad de vida y la edad de los pacientes (28,34).

La prevalencia de incontinencia es mayor en las mujeres que en los hombres, pero existe controversia acerca de si la incontinencia urinaria afecta más a los hombres o a las mujeres. En general, las mujeres tienden a reportar una menor CVRS que los hombres, lo que puede deberse a una diferente percepción de la salud, a una distinta interpretación de las preguntas de CVRS o al umbral a partir del cual los síntomas comienzan a molestar a ambos géneros (38). Pero hay estudios que concluyen que el impacto de la IU y la VH es mayor entre los hombres, a pesar de que ésta es menos severa en los varones (3,39,40). Sin embargo, otros trabajos que controlan por las comorbilidades asociadas, contradicen estos resultados, hallando resultados similares para ambos sexos (38).

La IU es una disfunción asociada a distintas comorbilidades, como la hipertensión, la diabetes, o la depresión, entre otras (41). A menudo, la causalidad de esta relación no está clara, y conviene tratar de aislar el efecto separado de cada una de ellas sobre la calidad de vida. Así, distintos estudios han demostrado que, incluso controlando por sus comorbilidades, la incontinencia urinaria sigue siendo un significativo predictor de una peor calidad de vida, tanto en las dimensiones físicas, como en las mentales y las sociales (35,42,43).

Otros autores separan el efecto aislado y conjunto de la incontinencia. Por ejemplo, un estudio australiano analizó la interrelación entre la IU, la depresión y la calidad de vida, concluyendo que la incontinencia por sí misma ya pone en peligro la salud autoperci-

bida (especialmente la mental y relacional, aproximadas a través del SF-36), pero que es la conjunción de incontinencia y depresión lo que más merma la CVRS (44). Igualmente, los efectos de la depresión se agravan si el paciente también padece incontinencia urinaria.

4.3. Dimensiones de calidad de vida afectadas por la incontinencia urinaria

En la calidad de vida autopercebida de una persona influyen su bienestar físico y mental, así como la afectación de su vida diaria, en ámbitos como su salud sexual, su vida social o la realización de actividades cotidianas (Figura 3.2). En este apartado analiza-



Figura 3.2. Dimensiones de calidad de vida afectadas por la incontinencia urinaria.

Fuente: elaboración propia a partir de Seshan (2014) (45).

remos en qué medida los síntomas de la IU afectan a cada una de estas dimensiones de la calidad de vida.

Impacto sobre el bienestar físico

No hay consenso acerca de si la IU afecta en mayor medida a las dimensiones físicas o a las emocionales. La evidencia muestra que ambas están interrelacionadas y se retroalimentan: por un lado, la debilidad psicológica lleva a una menor movilidad y, por otro lado, la urgente necesidad de ir al baño aumenta la falta de autoconfianza (43). Diversos estudios han demostrado que la incontinencia urinaria repercute negativamente en el bienestar físico de los pacientes, ya sea a través de su movilidad física, su malestar o su descanso (38).

Respecto a los problemas de movilidad, se trata de una de las cinco dimensiones contenidas en el cuestionario genérico EQ-5D, por lo que su asociación con la IU ha sido evaluada en distintos estudios. El miedo a padecer un episodio de incontinencia mientras está andando o haciendo cualquier actividad fuera de casa supone un freno para muchos pacientes con problemas de incontinencia. En un estudio realizado en nuestro país, se ha demostrado que las personas mayores con IU declaran más problemas de movilidad que las personas con artrosis, artritis o reumatismos. Así, un tercio de las pacientes de más de 60 años con IU presenta serios problemas o imposibilidad para salir a caminar, frente al 12 % de las pacientes con problemas osteoarticulares y al 9 % de la población nacional femenina sana (Figura 3.3) (19). Otro estudio nacional evidenció que las pacientes con IU reportan en

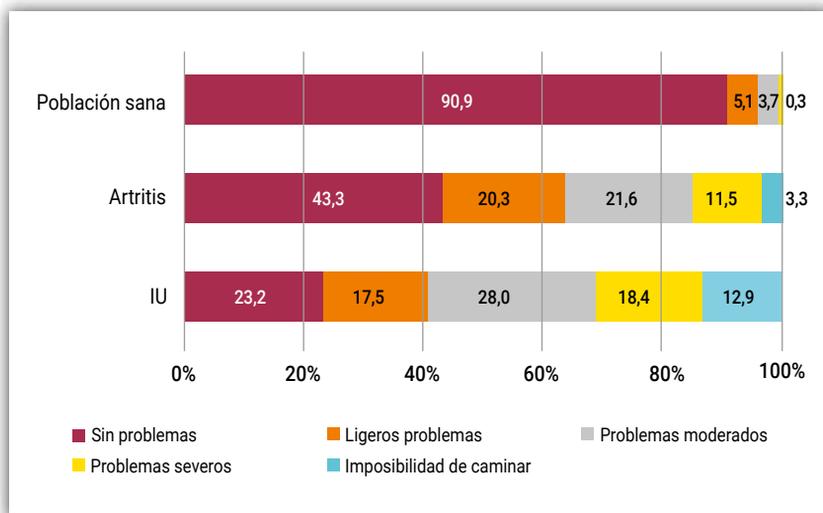


Figura 3.3. Porcentaje de mujeres de 60 años o más que reportan problemas en la dimensión de movilidad del EQ-5D-5L, por tipo de enfermedad diagnosticada, en España.

Fuente: elaboración propia a partir de Villoro (2016) (19).

mayor medida problemas de movilidad (32 % vs 11 %), y que éstos son más comunes entre aquéllas con IU continua que entre las que padecen otro tipo de IU (24). Diversos estudios realizados en el ámbito internacional también han comprobado la asociación entre la IU/VH y los problemas de movilidad física (30,38,46,47).

El riesgo de caídas accidentales es otro factor que se asocia de forma independiente a la IU. Las pacientes que padecen VH con IU de urgencia tienen necesidad de ir al baño con mucha frecuencia y en ocasiones antes de llegar ya sufren escapes involuntarios. Esta situación supone un mayor riesgo de sufrir caídas accidentales. Según un estudio estadounidense, realizado entre mujeres

mayores de 40 años, la VH aumenta en 1,8 veces el riesgo de caídas, con independencia del resto de factores considerados, y un 38 % de las mujeres con VH tienen mucho miedo a caerse, lo que supone 2,7 veces más que el grupo que no presenta VH (48).

Por su parte, la relación entre la IU y los desórdenes del sueño también ha sido estudiada en la literatura. A menudo, la IU está ligada a la nocturia, o necesidad de levantarse durante las horas de sueño para orinar, lo cual repercute en el descanso del paciente y provoca fatiga durante el día. El impacto de la nocturia sobre la calidad del sueño y la calidad de vida será mayor cuanto mayor sea el número de episodios de micción nocturna (49,50). Según un estudio realizado en España, el 84,6 % de los pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva presentaban nocturia, siendo la mayor edad y la presencia de comorbilidades los principales factores de riesgo (51). En este tipo de pacientes, la nocturia se asocia con insomnio, y constituye un importante factor predictivo de una pobre calidad del sueño (52). De hecho, los pacientes con VH y nocturia duermen casi una hora menos que los pacientes sin este problema, y declaran tener una mayor falta de sueño (53). Además, reportan una peor calidad del sueño y un menor descanso (47,54). A su vez, este menor descanso provoca que las pacientes se sientan más habitualmente fatigadas, con problemas de concentración y con mal humor (53).

La pérdida de vitalidad secundaria (mala calidad del sueño que provoca la necesidad de levantarse a orinar varias veces por la noche) es un problema importante para los pacientes que tienen este síntoma. En un estudio sueco, los pacientes con nocturia autoreportaron un valor promedio de 57,6 en la dimensión de

vitalidad del SF-36, frente al 71,8 del grupo control (50). Entre las mujeres norteamericanas de mediana edad, la puntuación en la dimensión de vitalidad fue de 40,2 entre aquéllas con mayor interrupción del sueño y de 44,6 entre las de menor interrupción del sueño, frente al 48,4 promedio del grupo de control sin estos problemas (53).

Impacto psicológico

Como ya se ha señalado, la incontinencia urinaria afecta tanto al bienestar físico como al bienestar mental y emocional. Se trata de una enfermedad “silenciosa” que avergüenza, aísla y genera ansiedad a los pacientes que la sufren, y que puede ser un factor desencadenante de la depresión. La evidencia sobre su impacto psicológico es amplia y variada (55), aunque hay autores que especifican que éste está más relacionado con la pérdida funcional asociada a esta disfunción que con la incontinencia en sí misma (56).

Distintos estudios han evidenciado cómo los pacientes con IU afirman sentirse más solos, inseguros, deprimidos y vulnerables que los pacientes continentales (57-60). Así, el efecto negativo de la IU se observa en todas las dimensiones de bienestar mental de un índice como el ICIQ-LUTSq (Figura 3.4) (22).

Hay estudios que revelan que el bienestar emocional es la dimensión que se ve más afectada por la IU entre las personas mayores (32), y que entre un tercio y la mitad se sienten ansiosos, inseguros o frustrados debido a su incontinencia (39). No hay

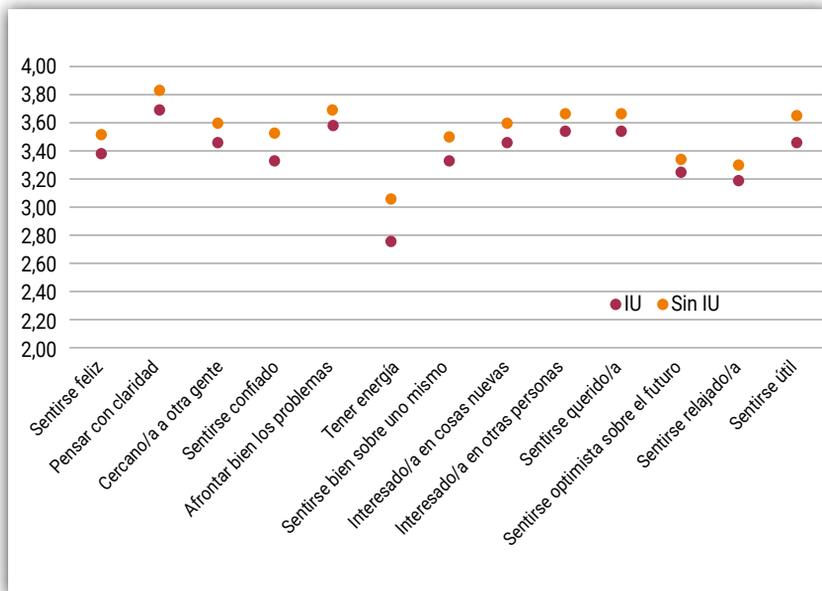


Figura 3.4. Puntuación en las preguntas de bienestar individual de mujeres con y sin IU.

Fuente: Smith (2016) (22).

Nota: bienestar mental medido a través del ICIQ-LUTSq; una mejor puntuación implica una mejor calidad de vida.

evidencia concluyente acerca de si el impacto es mayor entre los hombres que entre las mujeres (55).

Existe evidencia de la asociación significativa entre la incontinencia urinaria y distintos desórdenes psicológicos, como la ansiedad o la depresión (33). Se estima que la prevalencia de la depresión entre la población general oscila entre el 5 % y el 15 %. Sin embargo, entre las mujeres con incontinencia urinaria,

ésta asciende al 15 %-30 % (55). Tanto la depresión como la IU tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida. Pero este efecto es mucho mayor cuando se padecen ambos problemas de salud al mismo tiempo, tal y como comprobó un estudio australiano a partir de las puntuaciones promedio en el SF-36 de los cuatro subgrupos de población analizados (Figura 3.5) (44). Algunos estudios no encuentran diferencias significativas entre los distintos tipo de IU (61), mientras que otros concluyen que la IU de urgencia se asocia a un mayor impacto psicológico, dada la elevada carga emocional que conlleva la imprevisibilidad de los episodios de urgencia miccional (33,62).

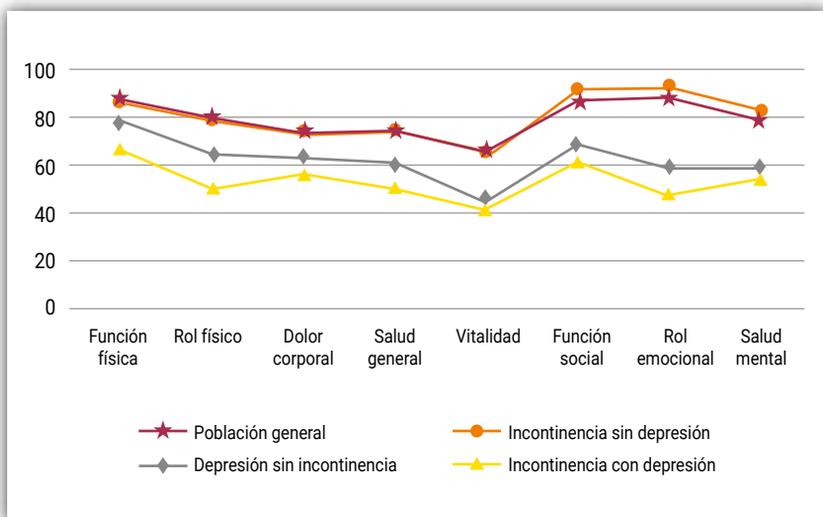


Figura 3.5. Puntuaciones promedio en las dimensiones del SF-36, ajustadas por sexo y edad, en personas con IU, depresión y ambas dolencias al mismo tiempo, frente a la población general.

Fuente: Avery (2013) (44).

El síndrome de VH, cuyo síntoma principal es la urgencia, se asocia con un mayor malestar psicológico, y con mayores niveles de ansiedad y depresión que las personas sin este problema, especialmente cuando coexiste con una incontinencia urinaria de urgencia (60).

Distintos trabajos han concluido que la VH es un predictor de ansiedad y depresión (55). Uno de ellos puso de manifiesto que un 28 % de los pacientes con VH manifestaban síntomas depresivos según el índice HADS-D (un 12 % síntomas moderados o severos de depresión) frente al 13,8 % del grupo de control (63). El estudio también reveló que, entre los pacientes con VH, la severidad de la depresión estaba correlacionada con los síntomas de la incontinencia. Anteriormente, otros trabajos poblacionales habían sugerido la relación causal entre la depresión y el síndrome de VH (64-66).

Impacto sobre las actividades cotidianas

Como consecuencia de la afectación física y mental que provoca la IU, sus efectos negativos a menudo se trasladan al ámbito de las actividades cotidianas. Igualmente, es esperable que la merma de movilidad y falta de sueño limiten de algún modo la vida laboral y las actividades cotidianas y de ocio (45,67). De hecho, según una encuesta realizada por el Observatorio Nacional de la Incontinencia, la IU es percibida como generadora de limitaciones sociales y laborales en el 47 % de los casos (68).

En el ámbito social, la IU afecta sustancialmente a las relaciones con otras personas, especialmente cuanto mayor es la gravedad de esta disfunción (69). Las pacientes declaran que

evitan salir de casa y tener una vida social activa debido al miedo a tener escapes involuntarios que les hagan sentirse socialmente incómodas (70). Cuando se aplica el KHQ, la dimensión de las relaciones personales a menudo es la más afectada (28,29). Distintos estudios han demostrado el impacto de la IU y de la VH en las relaciones sociales, poniendo de manifiesto que los pacientes se sienten incómodos en las situaciones sociales por el miedo a que se ponga en evidencia su problema de continencia y por este motivo van limitando sus actividades de ocio (54,71).

Las actividades de autocuidado suelen ser la dimensión del EQ-5D menos afectada por la IU, con menos de un 10 % de las mujeres europeas reportando problemas. En cambio, entre un 20 % y un 40 % de las pacientes presentan problemas en la realización de sus actividades cotidianas y de ocio, según un estudio multinacional realizado en 14 países europeos (72). En concreto, la realización de ejercicio físico y los viajes fueron las actividades cotidianas donde un mayor porcentaje de mujeres declararon tener problemas. La prevalencia de problemas aumentaba con el grado de severidad de la incontinencia, independientemente del tipo de IU (Tabla 3.4).

En lo que respecta al ámbito del trabajo, algunos estudios se han centrado en la relación entre la VH y los problemas laborales. Un estudio multinacional que incluyó a España confirmó que la VH con incontinencia se asocia a una menor probabilidad de tener un trabajo remunerado (31,2 % vs 42,3 %) y a una mayor pérdida de productividad laboral (promedio de 41 vs 29 en el *WPAI activity impairment* y de 33 vs 23 en el *WPAI overall impairment*) (73). Otro estudio realizado en seis países reveló que los síntomas de la VH

TABLA 3.4. IMPACTO DE LA IU SOBRE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, POR TIPO DE IU Y SEVERIDAD (% DE PACIENTES QUE REPORTAN TENER PROBLEMAS MODERADOS O TOTALES EN LAS DISTINTAS ACTIVIDADES SEÑALADAS)

	IU DE DE ESFUERZO				IU MIXTA				IU DE URGENCIA			
	Leve	Moder.	Severo	Muy severo	Leve	Moder.	Severo	Muy severo	Leve	Moder.	Severo	Muy severo
Viajar	10,0	10,0	19,3	35,6	22,8	32,8	47,5	65,2	20,6	30,1	31,1	49,5
Ejercicio físico	27,9	39,0	53,8	60,2	34,6	45,4	59,3	70,0	17,2	19,7	25,7	36,7
Irse de vacaciones	7,9	10,0	19,0	38,3	21,2	27,1	43,5	63,4	14,5	20,9	28,0	45,5
Actividades familiares	10,8	12,0	23,8	42,7	16,6	25,0	39,8	62,9	9,3	18,8	27,5	40,0
Actividades de ocio	8,6	12,2	18,7	36,9	21,9	29,6	43,7	64,1	18,6	23,8	28,5	46,9

Fuente: Monz (2005) (72).

supusieron la renuncia voluntaria o la jubilación anticipada del 27 % de los hombres y el 4 % de las mujeres de la muestra (71).

Por otro lado, también hay evidencia acerca de que los efectos específicos de la nocturia se trasladan al ámbito laboral, derivando en una menor productividad laboral y un mayor absentismo laboral. En el estudio EPIC (realizado para Canadá, UK, Alemania, Suecia e Italia), una cuarta parte de las personas con VH tuvo algún problema laboral, frente al 12 % del grupo de control (74). Según un estudio sueco, el 21 % de los pacientes con nocturia perdieron días de trabajo, frente al 12,5 % del grupo de control, si bien el número promedio de horas perdidas estaba compensado. También hubo diferencias significativas en cuanto a la productividad laboral: el 13 % de los pacientes con nocturia declaró una merma de productividad, frente al 8,6 % del grupo sin este problema (50).

Por otro lado, entre los mayores de 65 años, se ha demostrado que la presencia de IU en el momento del ingreso en una institución es un predictor de posterior desarrollo de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria (75).

Impacto sobre la vida sexual

Los desórdenes del suelo pélvico en general tienen un impacto en la función y actividad sexual (29,76,77). Entre los hombres, la VH con o sin IU se asocia con una mayor prevalencia de disfunción eréctil, así como con una menor actividad y satisfacción sexual, provocadas con los síntomas urinarios (74,78). Entre las mujeres, la IU/VH se relaciona con una disminución de la actividad y deseo sexual y con problemas relevantes en la vida sexual,

tales como vergüenza, ansiedad o dolor durante el coito. Se trata de un tema que preocupa a todas las pacientes, pero que solo un tercio se atreve a discutir con su médico (79).

La IU perjudica la función sexual, especialmente entre las mujeres de mediana edad (80-82). Para muchas de ellas, la incontinencia durante el coito constituye un tabú que deriva en ansiedad y un bajo deseo sexual, perjudicando las relaciones (83) y la calidad de vida, con independencia de otros síntomas y parámetros (84). El efecto negativo de la incontinencia se traslada también a la calidad de vida de sus parejas (85,86). Sin embargo, en edades avanzadas esta vinculación no está tan clara, siendo más bien el estado de salud el principal factor explicativo (87).

Se estima que en España alrededor de un tercio de las mujeres sexualmente activas con síntomas urinarios presenta incontinencia urinaria en el coito, siendo leve en el 65 % de los casos, moderada en el 27 % y grave en el 8 % (84).

Según estudios internacionales, las mujeres con IU durante el coito presentan más frecuentemente otros síntomas urinarios, como urgencia, frecuencia, nocturia o dolor vesical que las mujeres sin este problema (21). En España también se ha detectado esta asociación (88). La mayor frecuencia de síntomas de IU de esfuerzo se tradujo en una peor calidad de vida: el grupo de mujeres con IU durante el coito reportó una puntuación promedio de 14,1 puntos en el ICIQ-UI SF, frente al 12,1 promedio de las mujeres sin este problema (88). En otro estudio realizado en el ámbito nacional, las mujeres con IU en el coito mostraron peores puntuaciones en todas las dimensiones del KHQ que las muje-

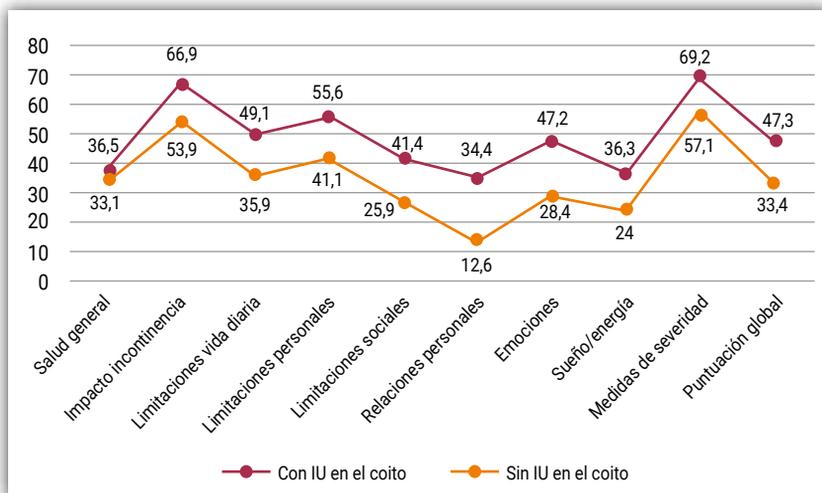


Figura 3.6. Puntuación en el KHQ y en sus dimensiones para mujeres sexualmente activas con y sin incontinencia durante el coito. España.

Fuente: España (2008) (84).

res que no presentaban este problema, siendo la diferencia de al menos 10 puntos en cada una de ellas, salvo en la percepción sobre la salud general. Las diferencias fueron especialmente acusantes en las dimensiones relativas a las limitaciones sociales y las relaciones personales (Figura 3.6) (84).

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestros días, la incontinencia urinaria se sitúa como un problema de salud relevante, con notables connotaciones psico-sociales y económicas, sobre el que cada vez hay un mayor conocimiento.

Aunque esta enfermedad oculta no supone un peligro para la vida del paciente, se sabe que deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece. Causa sufrimiento, altera el sueño, reduce la movilidad, perjudica las relaciones sociales, altera las actividades cotidianas y la vida sexual y puede generar problemas en el ámbito laboral. Así, por sí misma ya es un predictor de la menor calidad de vida autopercibida, no solo de los propios pacientes, sino también de sus parejas y cuidadores (89,90).

La incontinencia se asocia con frecuencia a otros problemas de salud, como diabetes, EPOC, enfermedades cardíacas, ansiedad/depresión, hipertensión arterial, obesidad o infecciones dermatológicas y del tracto urinario, entre otras (3,91-93). Asimismo, eleva el riesgo de sufrir caídas recurrentes y fracturas.

A lo largo de este capítulo hemos revisado los datos existentes que demuestran la asociación entre la menor calidad de vida y la IU y la VH. Hemos constatado que la incontinencia es uno de los problemas crónicos de salud que más merma la CVRS y que su impacto no se limita a un ámbito específico de la vida del paciente, sino que abarca todas sus dimensiones físicas, mentales, laborales y sociales. La afectación es especialmente grave cuando coexisten la IU y la VH.

Asimismo, los profesionales sanitarios tienen un mayor interés por detectar la incontinencia, realizar un diagnóstico completo, a través de una evaluación comprensiva (45), y aplicar el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta las circunstancias individuales del paciente y sus deseos (29,94).

Durante los últimos años, la IU ha experimentado una creciente atención por parte de todos los agentes implicados. La mayor concienciación social sobre este problema de elevada prevalencia, en parte debido a la mayor detección y al impacto del envejecimiento de la población, ha permitido comenzar a superar el tabú social. El creciente coste asociado a la enfermedad también ha elevado el interés por parte de los gestores sanitarios.

La existencia de comorbilidades puede tener importantes implicaciones sobre el manejo terapéutico de la incontinencia. Y es que, además de complicar la adecuación del tratamiento, la presencia de otras enfermedades pueden reducir la adherencia o dificultar la respuesta a una intervención clínica que requiera de la participación activa del paciente (63). Por lo tanto, la elección del tratamiento más adecuado deberá tener en cuenta distintos factores.

Se ha demostrado que la calidad de vida de los pacientes con IU/VH se puede mejorar a través de la aplicación de un tratamiento pautado que palíe sus síntomas y alivie el grado en el que éstos interfieren en la vida diaria de los pacientes, controlando también otros factores que predicen la disfunción (95-97). Cuando el tratamiento inicial conservador -que incluye los cambios en los hábitos, los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico- no es suficiente, generalmente se recurre a la cirugía en el caso de la incontinencia urinaria de esfuerzo o al tratamiento farmacológico en los pacientes con VH con o sin incontinencia de urgencia (94).

Para una toma de decisiones clínicas adecuadas, que dirijan los recursos hacia las personas que realmente lo necesitan, resulta

fundamental identificar aquellas personas que ven su vida afectada de forma importante por este problema, utilizando instrumentos validados que nos permitan determinar en qué medida la IU les está perjudicando. Posteriormente, la elección del tratamiento más adecuado debe basarse en estos hallazgos, así como en las especificidades individuales, las preferencias de cada paciente y en la evidencia científica existente acerca de los distintos tratamientos.

Para ello, **será clave seguir investigando con estudios que evalúen en qué medida los distintos tratamientos disponibles tienen un impacto en la calidad de vida de los pacientes, y realizando comparaciones entre ellos. La información a los pacientes y la formación de los profesionales también son sin duda instrumentos básicos necesarios para una adecuada implementación de las políticas de promoción de la continencia en hombres y mujeres.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Salinas, J. La Incontinencia Urinaria en el varón en España. Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2010. [Accedido el 23/01/2017] Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/001_pro/files/af_folleto_oni_ext.pdf
2. Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. Medicina clínica. 2003;120 (12):464-472.
3. Martínez-Agulló E, Ruíz J, Gómez L, Rebollo P, Pérez M. Impact of urinary incontinence and overactive bladder syndrome on health-related quality of life of working middle-aged patients and institutionalized elderly patients. Actas Urológicas Españolas. 2010;34 (3):242-250.
4. Herbison P, Hay-Smith J, Paterson H, Ellis G, Wilson D. Research priorities in urinary incontinence: results from citizens' juries. BJOG. 2009;116 (5):713-8.

5. Fernández GF-M, Pérez FR. Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*. 2005;5 (5):117-35.
6. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL Measuring Quality of Life [Internet]. 1997 [citado 23 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf
7. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9 (2):09-21.
8. Burke, L. History of Patient Reported Outcome Measurement at FDA: my perspective [Internet]. Fifth Annual patient-reported outcome Consortium Workshop; 2014. Disponible en: https://c-path.org/wp-content/uploads/2014/05/2014-Session-1_AdvancingAssessmentOutcomes.pdf
9. International Consultation on Incontinence. Incontinence. Editors: Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A [Internet]. 2013 [citado 18 de enero de 2017];5th Edition, Paris. Disponible en: <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>. European Association of Urology-ICUD. Incontinence. 5th Edition 2013. Editors: Abrams P, Cardozo L, Khoury S & Wein A. International Consultation on Incontinence, Paris February 2012. [citado 18 de enero de 2017]; Disponible en: https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf
10. Padmanabhan P, Nitti VW. Female stress urinary incontinence: how do patient and physician perspectives correlate in assessment of outcomes? *Curr Opin Urol*. 2006;16 (4):212-8.
11. Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas*. 2011;68 (2):137-42.
12. Lucas , MG, Bedretdinova, D., Bosch, JLHR, Burkhard, F, Cruz, F, Nambiar, AK, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2014. European Association of Urology. Guidelines on Urinary Incontinence 2017. [Accedido el 20/07/2017]. Disponible en <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
13. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Medicina Clínica*. 2000;114 (17):647-52.
14. España Pons, M, Puig Clota, M, Rebollo Alvarez, P. [Validation of the Spanish version of the «Bladder control Self-Assessment Questionnaire» (B-SAQ).

- A new screening instrument for lower urinary tract dysfunction]. *Actas Urol Esp.* 2006;30 (10):1017-24.
15. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, et al. The Impact of 29 Chronic Conditions on Health-related Quality of Life: A General Population Survey in Finland Using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res.* 2006;15 (8):1403-14.
 16. Mittmann N, Trakas K, Risebrough N, Liu BA. Utility Scores for Chronic Conditions in a Community-Dwelling Population. *Pharmacoeconomics.* 1999;15 (4):369-76.
 17. Schultz SE, Kopec, J. Impact of chronic conditions. *Health Reports.* 2003;14 (4):41.
 18. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta nacional de salud / Resultados / Microdatos. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Microdatos. [Accedido el 20/01/2017]. Disponibles en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195295&idp=1254735573175
 19. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jiménez M, Martínez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas.* 2016;94:52-7.
 20. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V. Impact of Urinary Incontinence and Overactive Bladder on Quality of Life. *European Urology.* 2003;43 (5):535-8.
 21. Oh S-J, Choo M-S, Kim HS, Kim JC, Lee JG, Yun JM, et al. Generic and Disease-Specific Health-Related Quality of Life in Women with Coital Incontinence: A Prospective, Multicenter Study. *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 2007;65 (1):62-7.
 22. Smith AP. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC Urol* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2017];16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4877935/>
 23. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuña-Pons M, et al. Patient Characteristics Associated with Quality of Life in European Women Seeking Treatment for Urinary Incontinence: Results from PURE. *European Urology.* 2007;51 (4):1073-82.

24. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Urinary incontinence in Mallorcan women: Prevalence and quality of life. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)*. 2013;37 (6):354-361.
25. Abrams P, Smith AP, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int*. 2015;115 (1):143-52.
26. Capelini MV, Riccetto CL, Dambros M, Tamanini JT, Herrmann V, Muller V. Pelvic floor exercises with biofeedback for stress urinary incontinence. *International Braz J Urol*. 2006;32 (4):462-9.
27. Robinson D, Pearce KF, Preisser JS, Dugan E, Suggs PK, Cohen SJ. Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures. *Obstetrics & Gynecology*. 1998;91 (2):224-228.
28. Suárez Serrano CM, Medrano Sánchez E, Díaz Mohedo E, de la Casa Almeida M, Chillón Martínez R, Chamorro Moriana G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia*. 2012;18-23.
29. España Pons M, Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urológicas Españolas*. 2006;30 (7):684-91.
30. Tincello D, Sculpher M, Tunn R, Quail D, van der Vaart H, Falconer C, et al. Patient Characteristics Impacting Health State Index Scores, Measured by the EQ-5D of Females with Stress Urinary Incontinence Symptoms. *Value in Health*. 2010;13 (1):112-8.
31. Asoglu MR, Selcuk S, Cam C, Cogendez E, Karateke A. Effects of urinary incontinence subtypes on women's quality of life (including sexual life) and psychosocial state. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014;176:187-90.
32. Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención Primaria*. 2004;34 (3):134-9.
33. Steers WD, Lee K-S. Depression and incontinence. *World Journal of urology*. 2001;19 (5):351-357.

34. Vaughan CP, Johnson II TM, Ala-Lipasti MA, Cartwright R, Tammela TLJ, Taari K, et al. The Prevalence of Clinically Meaningful Overactive Bladder: Bother and Quality of Life Results from the Population-Based FINNO Study. *European Urology*. 2011;59 (4):629-36.
35. Coyne KS, Payne C, Bhattacharyya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Value in health*. 2004;7 (4):455-463.
36. Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci*. 2013;29 (3):818-22.
37. Brazell HD, O'Sullivan DM, LaSala CA. Does the impact of urinary incontinence on quality of life differ based on age? *Int Urogynecol J*. 2013;24 (12): 2077-80.
38. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology*. 2016;91:83-9.
39. Teunissen D, Van Den Bosch W, Van Weel C, Lagro-Janssen T. «It can always happen»: The impact of urinary incontinence on elderly men and women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2006;24 (3):166-73.
40. Lagro-Janssen T, Hilkens C, Klaasen RI. Greater Emotional and Social Effect of Urinary Incontinence in Men Than Women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56 (9):1779-81.
41. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Milsom I. Comorbidities and personal burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2013;67 (10):1015-33.
42. Hawkins K, Pernarelli J, Ozminkowski RJ, Bai M, Gaston SJ, Hommer C, et al. The prevalence of urinary incontinence and its burden on the quality of life among older adults with medicare supplement insurance. *Qual Life Res*. 2010;20 (5):723-32.
43. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review. *Urology*. 2010;75 (3):491-500.

44. Avery JC, Stocks NP, Duggan P, Braunack-Mayer AJ, Taylor AW, Goldney RD, et al. Identifying the quality of life effects of urinary incontinence with depression in an Australian population. *BMC urology*. 2013;13 (1):11.
45. Seshan V, Muliira JK. Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: A review of the English literature. *ResearchGate [Internet]*. 2014;8 (2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/261411014_Dimensions_of_the_impact_of_urinary_incontinence_on_quality_of_life_of_affected_women_A_review_of_the_English_literature
46. Ternent L, Vale L, Buckley B, Glazener C. Measuring outcomes of importance to women with stress urinary incontinence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116 (5):719-25.
47. Teloken C, Caraver F, Weber FA, Teloken PE, Moraes JF, Sogari PR, et al. Overactive Bladder: Prevalence and Implications in Brazil. *European Urology*. 2006;49 (6):1087-92.
48. Moon S-J, Kim YT, Lee TY, Moon H, Kim MJ, Kim SA, et al. The Influence of an Overactive Bladder on Falling: A Study of Females Aged 40 and Older in the Community. *Int Neurourol J*. 2011;15 (1):41-7.
49. Asplund R, Aberg HE. Nocturia and health in women aged 40-64 years. *Maturitas*. 2000;35 (2):143-148.
50. Kobelt G, Borgström F, Mattiasson A. Productivity, vitality and utility in a group of healthy professionally active individuals with nocturia. *BJU International*. 2003;91 (3):190-5.
51. España-Pons M, Blasco P, Pérez M, Rebollo P. La nocturia en pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva. *Archivos Españoles de Urología (Ed impresa)*. 2010;63 (5):363-372.
52. España-Pons M, Blasco P, Pérez M, Díaz-Cuervo H. Asociación entre nocturia, satisfacción subjetiva con el sueño e insomnio en pacientes con vejiga hiperactiva. *Medicina clínica*. 2010;135 (8):357-359.
53. Newman DK, Koochaki PE. Characteristics and Impact Of Interrupted Sleep in Women With Overactive Bladder. *Urologic Nursing*. 2011;31 (5):304-12.
54. Anger JT, Nissim HA, Le TX, Smith AL, Lee U, Sarkisian C, et al. Women's Experience with Overactive Bladder Symptoms and Treatment: Insight Revealed from Patient Focus Groups. *Neurourol Urodyn*. 2011;30 (7):1295-9.

55. Avery, J, Stocks, N. Urinary incontinence, depression, and psychosocial factors - a review of population studies. *European Medical Journal*. 2016;1: 58-67.
56. Bogner HR, Gallo JJ, Sammel MD, Ford DE, Armenian HK, Eaton WW. Urinary Incontinence and Psychological Distress in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50 (3):489-95.
57. Franzén K, Johansson J-E, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: a population-based study on urinary incontinence and general living conditions. *Scand J Urol Nephrol*. 2009;43 (3):226-32.
58. Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003;189 (5):1275-82.
59. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU International*. 2005;96 (6):831-8.
60. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol*. 2016;21 (1):69-81.
61. Chiara G, Piccioni V, Perino M, Ohlmeier U, Fassino S, Leombruni P. Psychological investigation in female patients suffering from urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 1998;9 (2):73-77.
62. Stach-Lempinen B, Hakala A-L, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn*. 2003;22 (6):563-8.
63. Lai HH, Shen B, Rawal A, Vetter J. The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. *BMC Urology*. 2016;16 (1):60.
64. Perry S, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: Development of a psychological model. *British Journal of Health Psychology*. 2006;11 (3):463-82.
65. Nuotio M, Luukkaala T, Tammela TL, Jylhä M. Six-year follow-up and predictors of urgency-associated urinary incontinence and bowel symptoms among the

- oldest old: a population-based study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009;49 (2):e85-e90.
66. Hirayama A, Torimoto K, Mastusita C, Okamoto N, Morikawa M, Tanaka N, et al. Risk factors for new-onset overactive bladder in older subjects: results of the Fujiwara-kyo study. *Urology*. 2012;80 (1):71-76.
 67. Higa R, Lopes MHB de M, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16 (4):779-86.
 68. Brenes F, Almeida D, Ayus P. Percepción del Paciente con Incontinencia Urinaria. Observatorio Nacional de la Incontinencia 2010. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf
 69. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1997;104 (12):1374-9.
 70. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A, Jakiel G. Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22 (3):499-503.
 71. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU International*. 2006;97 (1):96-100.
 72. Monz B, España-Pons M, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Samsioe G, et al. Patient-reported impact of urinary incontinence—Results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas*. 2005;52:24-34.
 73. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, Piercy J, Patel V, Globe D, et al. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU International*. 2014;113 (3):484-91.
 74. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *Br J Urol*. 2008;101 (11):1388-95.
 75. Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH. The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 2009;64A (4):473-80.

76. Aslan G, Cavus E, Karas H, Oner O, Duran F, Esen A. Association Between Lower Urinary Tract Symptoms and Erectile Dysfunction. *Archives of Andrology*. 2006;52 (3):155-62.
77. Braun MH, Sommer F, Haupt G, Mathers MJ, Reifenrath B, Engelmann UH. Lower Urinary Tract Symptoms and Erectile Dysfunction: Co-Morbidity or Typical «Aging Male» Symptoms? Results of the «Cologne Male Survey». *European Urology*. 2003;44 (5):588-94.
78. Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Kopp Z, Herschorn S, et al. Overactive Bladder Is Associated with Erectile Dysfunction and Reduced Sexual Quality of Life in Men. *The Journal of Sexual Medicine*. 2008;5 (12):2904-10.
79. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive Bladder and Women's Sexual Health: What is the Impact? *The Journal of Sexual Medicine*. 2007;4 (3):656-66.
80. Chu CM, Arya LA, Andy UU. Impact of urinary incontinence on female sexual health in women during midlife. *Women's Midlife Health*. 2015;1 (1):6.
81. Huang AJ, Brown JS, Kanaya AM, Creasman JM, Rugins AI, Eeden SKVD, et al. Quality-of-Life Impact and Treatment of Urinary Incontinence in Ethnically Diverse Older Women. *Arch Intern Med*. 2006;166 (18):2000-6.
82. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res*. 2004;13 (8):1381-90.
83. Salonia A, Zanni G, Nappi RE, Briganti A, Dehò F, Fabbri F, et al. Sexual Dysfunction is Common in Women with Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence: Results of a Cross-Sectional Study. *European Urology*. 2004;45 (5):642-8.
84. Espuña Pons M, Puig Clota M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. *International Urogynecology Journal*. 2008;19 (5):621-5.
85. Lim R, Liong M, Leong W, Khan NAK. Effect of Stress Urinary Incontinence on the Sexual Function of Couples and the Quality of Life of Patients. *The Journal of Urology*. 2016;196 (1):153-8.
86. Bicalho MB, Lopes MHB de M. The impact of urinary incontinence of the lives of wives of men with incontinence: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46 (4):1009-14.

87. Tannenbaum C, Corcos J, Assalian P. The Relationship Between Sexual Activity and Urinary Incontinence in Older Women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54 (8):1220-4.
88. España-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Medicina Clínica*. 2009;133 (18):702-5.
89. Santini S, Andersson G, Lamura G. Impact of incontinence on the quality of life of caregivers of older persons with incontinence: A qualitative study in four European countries. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;63:92-101.
90. Coyne KS, Matza LS, Brewster-Jordan J. «We have to stop again?!»: The impact of overactive bladder on family members. *Neurourol Urodyn*. 2009;28 (8):969-75.
91. Waetjen LE, Liao S, Johnson WO, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, et al. Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation. *Am J Epidemiol*. 2007;165 (3):309-18.
92. Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Cinar ND, Uludag C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20 (8):947-52.
93. van Gerwen M van, Schellevis F, Lagro-Janssen T. Comorbidities Associated with Urinary Incontinence: A Case-Control Study from the Second Dutch National Survey of General Practice. *J Am Board Fam Med*. 2007;20 (6):608-10.
94. Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. 2010;
95. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The Effects of Antimuscarinic Treatments in Overactive Bladder: An Update of a Systematic Review and Meta-Analysis. *European Urology*. 2008;54 (3):543-62.
96. España-Pons M, Castro-Díaz D, Díaz-Cuervo H, Pérez M. Impact of overactive bladder treatment on the quality of life of patients over 60 with associated pathologies. *Arch Esp Urol*. 2013;66 (3):287-94.
97. Goren A, Zou KH, Gupta S, Chen C. Direct and indirect cost of urge urinary incontinence with and without pharmacotherapy. *Int J Clin Pract*. e 2014;68 (3):336-48.



/ 04
CAPÍTULO

Impacto laboral y valoración social de la Incontinencia Urinaria y del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en España

Luz M^a Peña Longobardo y Juan Oliva

1. INTRODUCCIÓN

En capítulos anteriores se ha mostrado que la Incontinencia Urinaria (IU), a pesar de no suponer un peligro de la vida de los pacientes, sí puede ocasionar una importante pérdida en varias dimensiones de la calidad de vida de las personas que la padecen. Más concretamente, los estudios realizados demuestran que la IU es uno de los problemas de salud crónicos que más negativamente afecta a la calidad de vida. Y ello, no únicamente en el ámbito físico, sino también con fuertes implicaciones en las dimensiones mental, social y en la esfera laboral, tal y como se ha descrito en profundidad en el capítulo 3 de este libro. Esta enfermedad silenciosa, no nos equivocaríamos si la calificáramos de casi invisible, puede llegar a causar sufrimiento, alterar el sueño y afectar a varios aspectos de la vida cotidiana de los pacientes, además de perjudicar las relaciones sociales, laborales y la vida sexual.

Las consecuencias que origina la IU sobre estos aspectos son elementos desencadenantes de una elevada utilización de recursos sanitarios y sociales de los pacientes, lo que conlleva una importante carga económica total. Tal y como se describirá en el capítulo 5 de este libro, el papel de la medicación que reciben los individuos con IU resulta fundamental para evitar una mayor utilización de recursos y materiales sanitarios (especialmente pañales). Así, los costes sanitarios directos, relacionados con el diagnóstico, tratamiento, atención de rutina, comorbilidades y complicaciones asociadas a IU pueden llegar a suponer una importante carga económica. No obstante, junto a las anteriores consideraciones, debemos tomar conciencia de que una importante proporción de las

personas que padecen IU han de asumir otras cargas en su entorno social y en su ámbito laboral. Por lo tanto, **la cuantificación de la carga económica de la IU no solo necesita considerar los costes estrictamente sanitarios, sino también su impacto sobre la productividad laboral y, en concreto, ha de tratar de revelar cambios en las condiciones de trabajo de las personas afectadas, así como identificar y valorar las pérdidas sociales derivadas del absentismo y “presentismo” laboral que ocasiona.**

El principal objetivo de este capítulo es analizar la influencia negativa que ocasionan el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (VH) y la IU sobre la vida laboral de las personas que las padecen. Se analizará, por una parte, el impacto laboral que ocasionan estos problemas de salud a través de la identificación del tiempo de trabajo perdido (absentismo laboral) o de problemas ocasionados en el ámbito laboral. En segundo lugar, se identificarán las estimaciones realizadas en varios estudios científicos sobre las pérdidas laborales asociadas a estos problemas. Asimismo, de manera complementaria, se acudirá a otras técnicas económicas que han tratado de revelar el impacto sobre el bienestar que ocasiona la IU, aproximándonos a la valoración social de la puesta en marcha de programas que reduzcan la frecuencia de la IU o su eliminación completa.

2. CONCEPTOS DE COSTE INDIRECTO Y PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD LABORAL

En la literatura tradicional de evaluación económica en el medio sanitario y en el campo de los estudios de coste de la enfermedad

era habitual la utilización del término “coste indirecto” para referirse a las pérdidas laborales ocasionadas por una enfermedad, lesión o problema de salud. Sin embargo, esta era una concepción limitada del término. En sentido estricto, los costes indirectos podían referirse a la alteración del tiempo empleado por una persona en la esfera del trabajo remunerado, el trabajo no remunerado (o doméstico) y el ocio. En efecto, tanto la afectación del tiempo de trabajo doméstico y su productividad, así como la del tiempo de ocio (y su capacidad de disfrute) son elementos susceptibles de ser estimados como pérdidas sociales puesto que se refieren a recursos sociales modificados a consecuencia de un problema de salud que influyen en el bienestar de las personas y de la comunidad. No obstante, la valoración del tiempo de trabajo no remunerado y del tiempo de ocio es infrecuente en la literatura científica debido a la falta de bases de datos adecuadas para su estimación. Este es el motivo principal por el que, en ocasiones, se ha identificado la parte (pérdidas laborales) por el todo (coste indirecto). Sin embargo, más recientemente los investigadores de este campo van tendiendo a sustituir el término de coste indirecto por el empleo preciso del término del recurso social valorado. En este apartado nos referiremos estrictamente al concepto de pérdida laboral.

Las pérdidas laborales son consecuencia de alteraciones en el tiempo que dedica un individuo a realizar una tarea laboral remunerada o de su capacidad productiva, bien de manera temporal, bien de manera permanente, a consecuencia de una enfermedad o lesión.

Las actividades que desempeñamos las personas en el medio laboral se traducen en la creación de bienes y servicios para nues-

tro uso personal o comunitario en sociedad. Por tanto, el tiempo de trabajo y su calidad son recursos valiosos desde la perspectiva social, de ahí que su pérdida o alteración a consecuencia de muertes prematuras, incapacidades laborales temporales o permanentes, situaciones de “presentismo” o de jubilaciones o retiros prematuros forzados por problemas de salud deban ser consideradas y valoradas adecuadamente.

Existen dos métodos empleados habitualmente en la valoración de las pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y problemas de salud. El más empleado en la literatura científica es el enfoque del capital humano. Este método está basado en las teorías económicas clásicas (1,2), las cuales consideran que una medida razonable de la productividad laboral de una persona es la remuneración que recibe a cambio de su trabajo. Por tanto, la manera de estimar una pérdida laboral es cuantificar la corriente de salarios que se dejan de percibir si se abandona en un momento dado el mercado de trabajo por causa de una enfermedad o accidente hasta su retorno (si es un abandono temporal) o hasta su edad teórica de retiro (si es permanente). El segundo método empleado es el denominado enfoque de los costes de fricción (3). Dicho enfoque considera que el único coste laboral que debería tenerse en consideración es aquél en el que se incurriría por reemplazar la ausencia (temporal o definitiva) del trabajador afectado por un problema de salud. En el caso de ausencias de corta duración, también ha de considerarse que la productividad potencialmente perdida podría recuperarse, en parte o totalmente, una vez se reincorpore la persona afectada a su puesto de trabajo o si la empresa o la entidad reorganizara la labor del resto de

trabajadores. En el caso de ausencias largas o permanentes del puesto de trabajo puede haber una sustitución de un trabajador por otro. Dicha sustitución sería más factible en sociedades con tasas de desempleo elevadas. En este caso, los costes se reducirían a un período de fricción y se debería valorar como pérdida de producción aquélla derivada de la búsqueda y formación de una persona desempleada que sustituyera al trabajador enfermo. Como puede intuirse, ambos métodos parten de asunciones muy distintas y ello se traduce en importantes diferencias en la estimación de resultados (4,5).

En el caso de las pérdidas laborales ocasionadas por la IU se ha de añadir la complicación adicional de que los problemas laborales ocasionados por esta afección pueden no traducirse en una baja laboral o en una ausencia del puesto de trabajo, pero sí en cortas ausencias o en una productividad reducida a lo largo de una jornada laboral estándar. Esta situación, conocida como “presentismo” (por contraposición al término absentismo) es más compleja de analizar, así como de alcanzar la estimación monetaria correspondiente a la alteración que supone la presencia de la IU en una persona que desempeña una actividad laboral. Para ello se precisa de los instrumentos de medida adecuados, testados científicamente, así como de encuestas realizadas específicamente para revelar la situación referida. En la literatura revisada, uno de los instrumentos comúnmente utilizados para medir el deterioro laboral es el cuestionario sobre la productividad laboral y deterioro de la actividad laboral “Work Productivity and Activity Impairment, (WPAI)”. Este cuestionario está compuesto por una serie de preguntas que recogen informa-

ción sobre el número de horas y días laborales perdidos durante los últimos siete días como consecuencia de un determinado problema de salud, así como los días en los que se tuvo determinada dificultad para llevar a cabo la actividad laboral como consecuencia de la dolencia o problema de salud estudiado. Los resultados están expresados en porcentajes cuyos valores más elevados y cercanos al 100 % suponen un mayor deterioro de la productividad laboral (6).

En el siguiente apartado veremos cómo la literatura científica ha abordado la estimación de los problemas laborales ocasionados por la IU y la VH y ha afrontado su valoración monetaria.

3. PÉRDIDAS LABORALES E INCONTINENCIA URINARIA: ¿QUÉ SABEMOS?

El impacto laboral de la IU y la VH ha sido analizado con menor frecuencia que otras enfermedades. De hecho, cabe mencionar dos tipos de trabajos diferenciados. En los primeros, se trata de analizar el impacto laboral que ocasionan estos problemas de salud a través de la identificación del tiempo de trabajo perdido o de problemas ocasionados en el ámbito laboral causados o asociados a la IU y VH. Un segundo tipo de trabajo trata de estimar la pérdida laboral asociado a este problema en unidades monetarias. Lógicamente, en este segundo tipo de trabajos en ocasiones se completan las dos partes (carga y pérdida laboral). Sin embargo, resulta significativo que un elevado número de los trabajos identificados se queden en la descripción y análisis de la carga.

3.1. Impacto laboral asociado a la Incontinencia Urinaria y al Síndrome de la Vejiga Hiperactiva

Dentro de las enfermedades que ocasionan la IU, la VH destaca por su presencia en los trabajos revisados. Este Síndrome es un problema de salud que puede llegar a ocasionar importantes pérdidas de calidad de vida relacionada con la salud, lo que se puede traducir en un deterioro en la esfera laboral de las personas que lo padecen (Tabla 4.1). De hecho, se estima que alrededor del 19 % de los varones estadounidenses que padecen VH presentan problemas en su entorno laboral como consecuencia de ello, incrementándose esta cifra hasta el 21 % en el caso de las mujeres (7). Más concretamente, el 2,5 % de los varones (1,7 % en el caso de las mujeres) tiene que ausentarse de su puesto de trabajo debido a dicho síntoma. A ello se le añade el hecho de que los trabajadores con este Síndrome tienen comparativamente una mayor probabilidad de cambiar de empleo, jubilarse anticipadamente y de ser despedidos. Una cifra que pone a las claras su potencial impacto negativo en el ámbito laboral: padecer VH supone un 50 % más de probabilidad de estar desempleado entre los varones con dicha dolencia respecto a los varones que no la padecen (7).

Otro tipo de problema adicional que las personas con VH suelen padecer es una peor percepción sobre la calidad y condición laboral de sus trabajos. Un estudio realizado en Reino Unido y Suecia estima que alrededor del 40 % de pacientes de Reino Unido (33 % en el caso de Suecia) con VH se sentían preocupados por las interrupciones que supone dicho problema en el ámbito labo-

TABLA 4.1. PROBLEMAS EN EL ÁMBITO LABORAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	TAMAÑO MUESTRA	DETERIORO LABORAL (%)	AUSENCIA EN EL PUESTO DE TRABAJO DEBIDO A LA IU O VH (%)	SENTIRSE PREOCUPADOS POR LA SITUACIÓN LABORAL (%)	LA IU CONDICIONA SU VIDA LABORAL (%)	VIDA LABORAL PERJUDICADO POR LA IU/VH (%)
Coyne, 2012 (7)	EEUU	5.795	No reportado	2,5 % hombres 1,7 % mujeres	No reportado	No reportado	No reportado
Coyne, 2011 (8)	Reino Unido y Suecia	10.000	No reportado	No reportado	40 % en RU 33 % en Suecia	18 % en RU 10 % en Suecia	No reportado
Irwin, 2006	Francia, Alemania, Italia, España, Suecia y Reino Unido	11.521	No reportado	No reportado	21 %	7 %	No reportado
Lee, 2015 (10)	Corea	625	26 % (un episodio) 31 % (entre 2-3 episodios) 45 % (más de 4 episodios)	1,4 % (un episodio de IU) 4,2 % (entre 2-3 episodios) 7 % (más de 4 episodios)	No reportado	No reportado	No reportado
Sexton, 2009 (11)	EEUU	5.696	9,3 % Hombres con VH 12,5 % Hombres con VH e IU 10,8 % Mujeres con VH 12,6 % Mujeres con VH e IU	No reportado	No reportado	No reportado	No reportado
Kamman, 2009 (13)	EEUU	13.957	8 % más VH/IU vs no VH/IU	4 % más SVH/IU vs no VH/IU	No reportado	No reportado	No reportado
Coyne, 2008 (14)	Canadá, Alemania, Italia, Suecia y España	1.434	25 % VH/IU 19 % no VH/IU	20 % VH/IU 16 % no VH/IU	No reportado	No reportado	23 % VH/IU 15 % no VH/IU
Tang, 2014b (15)	EEUU, Reino Unido, Francia, España y Alemania	1.730	10,4 % más VH/IU vs no VH/IU	1,8 % más VH/IU vs no VH/IU	No reportado	No reportado	No reportado

IU: Incontinencia Urinaria; VH: Vejiga Hiperactiva; RU: Reino Unido.

Fuente: elaboración propia.

ral, y alrededor del 18 % (10 % en el caso de Suecia) consideraba que los síntomas provocados condicionan fuertemente su vida laboral (8).

No obstante, si además de padecer VH unimos la presencia de IU, los problemas y el deterioro laboral se acentúan en gran medida (9). Concretamente, el 21 % de los pacientes que padece ambos problemas reconocía sentirse preocupado por las interrupciones constantes en el ámbito laboral que ello supone, el 3 % tuvo que cambiar de empleo, el 7 % consideraba que los síntomas condicionaban en gran medida su vida laboral y en torno al 8 % se jubiló de manera anticipada. Este estudio identifica importantes diferencias entre varones y mujeres, siendo más frecuentes los problemas laborales en los primeros.

El número de episodios de incontinencia urinaria es un factor clave que tiene repercusiones directas en el ámbito laboral de las personas que lo padecen. Así, cuanto mayor es el número de episodios, mayor es el deterioro laboral percibido. Concretamente, un estudio coreano que emplea una muestra de 625 personas, utilizando el instrumento de medida WPAI, estimó que en torno al 0,6 % de los pacientes entrevistados sin IU sufrieron absentismo laboral en la semana anterior a la realización de la entrevista, cifra que aumenta al 1,4 % en el caso de tener un episodio de IU al día, al 4,2 % entre dos y tres episodios y al 7 % en aquellos con más de cuatro episodios al día. Asimismo, un 22 % de las personas sin episodios de IU sufría deterioro en su actividad laboral, cifra que ascendía al 26 % en aquellos individuos con un episodio de IU al día, al 31 % en aquellos individuos con entre dos y tres epi-

sodios al día y al 45 % en aquellos individuos con más de cuatro episodios diarios (10).

Otro estudio demuestra que la presencia de IU deteriora la vida laboral de las personas que padecen VH (11). A partir de una muestra de 2.876 varones y 2.820 mujeres, con edades comprendidas entre los 40 y 65 años de edad, el estudio muestra que aquellas personas que padecen ambos síntomas (VH + IU) tienen un deterioro laboral mayor que las personas con VH y sin IU. Concretamente, un 0,6 % y 1,0 % de varones y mujeres sin VH ni IU presentaron deterioro laboral. Esta cifra aumenta hasta al 9,3 % y 10,8 % para varones y mujeres, respectivamente, únicamente con VH pero sin IU. Finalmente, las cifras de deterioro laboral ascienden hasta el 12,5 % y 12,6 % para varones y mujeres, respectivamente, con ambos síntomas. El estudio también concluye que los principales factores asociados a un deterioro laboral en esta población son la edad (los más jóvenes tienen una menor probabilidad de un elevado deterioro laboral), el número de enfermedades/problemas de salud y el nivel de educación (a mayor nivel de estudios, menor es la probabilidad de padecer un deterioro en la vida laboral).

Otro aspecto que destaca en la literatura es que la identificación de la presencia de IU en pacientes con otros problemas de salud agrava el deterioro laboral sufrido. Así, la incontinencia urinaria es un síntoma habitual en los pacientes con hiperactividad del detrusor neurogénico. De hecho, la presencia de la incontinencia urinaria en esta población deteriora significativamente su actividad laboral, ya que aquellas personas con este problema

más IU experimentan un mayor deterioro laboral y absentismo, en comparación con las personas con hiperactividad del detrusor neurogénico pero sin incontinencia (12).

Unos últimos ejemplos de interés para conocer el verdadero impacto de dichos problemas sobre la actividad laboral son aquellos estudios que nos permiten comparar las diferencias en la calidad y condición laboral de los pacientes con VH y/o IU respecto a la población general. Así, utilizando una muestra de 13.957 individuos con VH y/o IU, los cuales fueran comparados con 13.957 individuos de similares características pero sin los síntomas mencionados, se concluye que las personas que padecen estos problemas de salud tienen un 8 % más de deterioro laboral en su conjunto en comparación con la población sin dichos síntomas, un 4 % más de absentismo laboral y un 9 % de "presentismo" (13). Empleando la misma metodología, otro estudio llevado a cabo en cinco países diferentes (Canadá, Alemania, Italia, Suecia y España), con una muestra de 1.434 individuos con alguno de los síntomas mencionados y 1.434 individuos con las mismas características sin dichos síntomas, concluye que más del 25 % de los individuos con VH, con IU y/o con cualquier otro síntoma urinario reconoció tener problemas de índole laboral (frente a un 19 % en el caso de población general), el 20 % sufrió absentismo laboral (16 % en el caso de la población general) y el 23 % (15 % en población general) reconoció que su vida laboral se había visto perjudicada como consecuencia de los síntomas (14). Siguiendo una metodología similar, empleando el cuestionario WPAL, y utilizando una muestra de 907 individuos con IU y 700 sin IU (15), analizan las diferencias en la productividad laboral de

ambos grupos de población. Los autores concluyen que el absentismo laboral de los individuos con incontinencia urinaria es un 1,88 % mayor en comparación con aquellos individuos sin dicho síndrome y, además, presentan un 10,48 % de deterioro laboral mayor que la población sin IU.

3.2. Pérdidas de productividad laboral asociadas a la Incontinencia Urinaria y al Síndrome de la Vejiga Hiperactiva

Como hemos visto en el epígrafe anterior, la presencia de VH y de IU está fuertemente asociada a problemas que conllevan el deterioro laboral de las personas que los padecen, más cuando se dan ambos problemas de manera simultánea. Este deterioro se puede traducir en importantes pérdidas de productividad laboral. Aun siendo menos frecuentes en la literatura científica que los estudios que miden el gasto sanitario asociado a la IU o que los estudios que tratan de identificar el deterioro laboral, existen algunos trabajos que han tratado de cuantificar la magnitud de estas pérdidas laborales. La mayor parte de los mismos se han realizado en EEUU, siendo significativa la escasez de estudios en países europeos y, por ende, en España.

Un primer trabajo estadounidense a comentar, parte de un estudio de campo con una muestra de 397 personas con VH. Utilizando datos de prevalencia en el país, los autores cifran, en el año 2000, la pérdida laboral total de personas con el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en 841,2 millones de dólares, de los cuales 441,4 millones (esto es, un 52 %) correspondieron a las

pérdidas laborales en varones y 399,9 millones (un 48 %) en mujeres (16). Asimismo, el peso de las pérdidas asociadas al ámbito laboral suponía en torno al 9 % del coste total atribuido a dicho síndrome. Si comparamos dichas pérdidas con las acaecidas por incontinencia urinaria para el mismo año, éstas se sitúan en 552,5 millones de dólares, de los cuales 393,40 millones (esto es, un 70 %) son atribuibles a las mujeres y 159,1 millones (un 30 %) a los varones (17). En este caso, cabe reseñar dos aspectos. En primer lugar, el hecho de que el coste laboral asociado a la IU en el caso de las mujeres sea más elevado que en los varones (resultado no esperado a priori), se explica porque la prevalencia en mujeres es mucho más elevada. En segundo lugar, se observa una pérdida laboral asociada a la Vejiga Hiperactiva más elevada (casi 300 millones más) en comparación con la pérdida laboral asociada a la IU. Ello se explica, nuevamente, porque en EEUU la prevalencia de vejiga hiperactiva (en el año 2000) se cifraba en 34 millones de individuos frente a 2,9 millones de casos de IU.

Otro trabajo destacable es el estudio realizado por Wu (18). Los autores aplican técnicas de emparejamiento (matching techniques) para comparar las pérdidas laborales de personas con similares características sociodemográficas y clínicas, con la única salvedad de que unos padecen VH (un total de 3.077 individuos) y otros no (6.154 individuos). De este modo se intenta identificar el verdadero efecto que tiene el hecho de padecer este síndrome en el ámbito laboral. Los autores estiman que un 90 % de los individuos con la Vejiga Hiperactiva faltaron en algún momento a su puesto de trabajo por motivos médicos durante las últimas 38 semanas en las que se centra el análisis (por un 75 % en el

caso de individuos sin dicho síndrome). Un 7 % no acudió a trabajar por motivos de salud (un 4 % en el caso de los individuos sin el síntoma), y faltaron, en media, 4,4 días más al año de su puesto de trabajo debido a este problema de salud. Todo ello se traduce en unas pérdidas de productividad laboral asociadas al Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en EEUU de 1.220 \$ anuales por individuo frente a 715 \$ de pérdidas de individuos sin dicho síndrome (año de estimación: 2002). Un aspecto interesante del estudio reside en que estima que cerca del 70 % de la pérdida laboral se explica por el absentismo laboral asociado a la toma de medicación mientras que el restante 30 % se debe al absentismo por motivos de salud.

Por su parte, el objetivo del trabajo de Ganz (19) fue estimar la pérdida de productividad laboral asociada a la vejiga hiperactiva en EEUU, teniendo en cuenta su prevalencia poblacional y considerando las diferencias salariales entre los individuos con y sin dicho síndrome para el año 2007. De este modo, los autores estiman una pérdida de productividad laboral total asociada a la Vejiga Hiperactiva en EEUU de 14.600 millones de dólares, lo que correspondería a más del 20 % del coste total asociado a dicho Síndrome. En términos medios, la pérdida laboral anual por individuo se sitúa en 426 \$. Diferenciando por sexo, la pérdida laboral es significativamente más alta en los varones en comparación con las mujeres, hecho que viene explicado fundamentalmente por las diferencias salariales, especialmente entre aquellos individuos con edades comprendidas entre los 35 y 44 años de edad, donde el coste laboral per cápita es de 890 \$ y 558 \$ para los varones y las mujeres, respectivamente. Estas diferencias son

también visibles en los diferentes tramos de edad. Así, los varones con edades comprendidas entre los 25 y 34 años, tuvieron una pérdida laboral de 684 \$ (492 \$ en el caso de las mujeres de esas misma edad); varones con edades entre los 45 y 54 años, 880 \$ (574 \$ para las mujeres); y, finalmente, los varones de edades comprendidas entre los 55 y 64 años, sufrieron pérdidas por valor de 537 \$, (332 \$ para las mujeres del mismo intervalo de edad).

Otro elemento a destacar en la literatura revisada es la importancia de la adecuación del tratamiento médico seguido en la población analizada. Se ha demostrado que los pacientes con IU que recibe una medicación adecuada tienen una menor pérdida de productividad laboral en comparación con los pacientes incontinentes pero sin medicar (20). Así, con una muestra de 481 individuos con IU y con algún tipo de medicación y 709 individuos con IU y sin medicación (ambos tipos de individuos se encontraban empleados en el momento de realizar el estudio), se concluye que aquellos pacientes con IU medicados presentaron, en términos medios, 900 dólares menos de pérdida laboral en comparación con aquellos pacientes con IU y sin medicación. Adicionalmente, los varones jóvenes (menores de 45 años), con cierta obesidad y con un grado severo de incontinencia tienen una mayor pérdida laboral. Por otro lado, los individuos medicados tuvieron un 41 % de deterioro de actividad laboral (medido a través de WPAI) frente a más del 47 % en aquellos pacientes sin medicación.

En el ámbito nacional, los estudios que han estimado las pérdidas de productividad laboral asociadas a la incontinencia urinaria

son escasos. Destaca el estudio multicéntrico y longitudinal llevado a cabo por Sicras (21), donde incluyen pacientes residentes en Cataluña e Islas Baleares con VH que están polimedicados. Concretamente, los autores analizan las pérdidas laborales en esta población bajo los tres tratamientos más comúnmente prescritos en el país, cuyas características son similares: Fesoterodina, solifenacina y tolterodina, con una muestra de 859 individuos, 1.330 y 905, para cada uno de los tratamientos prescritos, respectivamente. Los autores concluyen que el coste asociado al absentismo laboral causado por VH varía significativamente dependiendo del tratamiento utilizado.

4. OTRAS VALORACIONES SOCIALES

Además de las pérdidas laborales, existen otras técnicas económicas que nos pueden ayudar a revelar el impacto sobre el bienestar que ocasiona un problema de salud concreto. Los métodos de valoración contingente son técnicas de revelación y valoración de preferencia empleadas en el ámbito del análisis coste beneficio. Este tipo de técnicas se aplican ante situaciones en las que no es posible observar el comportamiento de los agentes en situaciones reales. Sin embargo, podemos tratar de replicarlas mediante experimentos. Así, se trataría de simular situaciones hipotéticas y estudiar mediante técnicas de encuestas el comportamiento de usuarios reales o potenciales de un servicio sanitario. Para tal fin, un entrevistador representaría el papel de un oferente de un determinado servicio, mientras que las personas entrevistadas constituirían los demandantes del mismo. El objetivo del

cuestionario es presentar un escenario creíble para las personas encuestadas, de tal manera que revelen su disposición a pagar (DAP) o su disposición a aceptar a ser compensados (DAC) por la implementación (o por la retirada) de un programa que influya sobre su salud o sobre la salud de la población en general. La DAP y la DAC se estiman mediante la aplicación de los conceptos de Variación Compensatoria (VCO) y la Variación Equivalente (VE). Los lectores interesados en ampliar la información sobre estos conceptos en el marco sanitario pueden acudir a literatura especializada (véase por ejemplo: 22,23,24).

Los estudios de valoración contingente más comunes en el campo de la economía de la salud son los que tratan de revelar la DAP por la puesta en marcha de un programa que tenga efectos positivos sobre la salud. En el campo de la IU, dos estudios que aplican estos métodos a la revelación de las preferencias de pacientes por reducir la frecuencia de la incontinencia son los trabajos de O'Conor (25) y de Subak (26).

En el trabajo de O'Conor (25), 411 personas recibieron un cuestionario para revelar su disposición a pagar por un tratamiento que redujera las micciones y episodios de fuga (el porcentaje se varió entre un 25 % y un 50 %). En total, 257 personas (el 62,5 %) respondieron al mismo de manera completa y fiable. Se utilizó un formato de pregunta cerrada, donde a los entrevistados se les preguntaba si estaban dispuestos a pagar una determinada cantidad para reducir los episodios. La respuesta solo podía ser afirmativa o negativa. Tras varias pruebas pre-test, se asignaron de manera aleatoria entre las personas entrevistadas una de estas cinco posibilidades: 10 \$, 25 \$, 50 \$, 100 \$, 200 \$ y 400 \$. El valor

medio estimado de la disposición mensual a pagar por reducir los episodios de IU en un 25 % fue de 87,7 \$ (mediana: 27,2 \$). Por reducirlos un 50 % eleva la cifra de disposición a pagar hasta los 244,5 \$ (mediana: 75,9 \$). La disposición a pagar se asoció de manera significativa a la proporción de reducción esperada y a la renta familiar.

En el trabajo de Subak (26), a una muestra de 293 mujeres de 40 o más años de edad y con 3 o más episodios semanales de IU se les pidió que imaginaran que un nuevo tratamiento para incontinencia urinaria sin efectos secundarios estuviera disponible. Este nuevo tratamiento reduciría el número de veces que se filtra la orina en un 25 %. Por ejemplo, si tiene varios episodios al día, se pasaría de 4 pérdidas diarias a 3. Se preguntó a las participantes que estimaran el dinero que estarían dispuestas a pagar por el tratamiento de su propio bolsillo con opciones de respuesta de 0 \$, 5 \$, 10 \$, 15 \$, 20 \$, 25 \$, 30 \$, 40 \$, 50 \$, 75 \$, 150 \$, o 200 \$ o más. Se hicieron preguntas similares para una reducción del 50 %, del 75 % y para una reducción total (100 %). Los resultados indican que las participantes estaban dispuestas a pagar una media de 28 \$ mensuales para obtener una mejora del 25 %, de 39 \$ para obtener una mejora del 50 %, de 49 \$ para alcanzar el 75 % y de 70 \$ para obtener una remisión total. En términos anuales, ello implica que por la menor ganancia contemplada (25 %) se estaba dispuesto a pagar 336 \$ y por la remisión total 840 \$. En el análisis se identificaron diferencias estadísticamente significativas en función de la etnia (las mujeres afroamericanas estaban dispuestas a pagar de 4 a 6 veces más) y de la renta familiar (las mujeres de hogares de mayores rentas estaban dis-

puestas a pagar más del doble que las de hogares de renta más baja). Una de las conclusiones alcanzadas en el estudio es que la valoración de las mujeres por tratamientos que redujeran, parcial o totalmente, la IU superaba holgadamente los costes de los cuidados habituales asociados a la IU.

5. DISCUSIÓN

La literatura revisada sobre el impacto que tanto la VH como la IU tienen sobre la vida laboral de las personas que las padecen, nos permite identificar varios aspectos básicos relacionados con estos problemas de salud y, en términos relativos, con otras patologías. Empezando por esta segunda cuestión, los análisis económicos que tratan de revelar el impacto de estos problemas de salud están muy concentrados en la parte del análisis del gasto sanitario y raramente se adentran en la estimación de los costes no sanitarios. En este sentido, cabe señalar un déficit importante de información en comparación con otras enfermedades como los trastornos mentales, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes cerebrovasculares, las demencias, las migrañas, el VIH o el cáncer, sin agotar la lista. En estas enfermedades se ha demostrado que los costes no sanitarios son una parte esencial de información para revelar el verdadero impacto económico de una enfermedad. **Los costes sanitarios son una información necesaria pero, centrarnos exclusivamente en los mismos, nos da una visión parcial sobre el coste de una enfermedad. Por tanto, en ese sentido, queda un amplio campo por cubrir para revelar el coste de la IU desde una perspectiva social.**

Retomando la primera idea, los aspectos básicos que nos revela la literatura científica, cabe señalar que los estudios revisados analizan el impacto laboral que ocasiona estos problemas de salud a través de su influencia en varias dimensiones de la actividad laboral.

En este sentido, se puede señalar que la presencia de la VH y de la IU:

- Ocasiona numerosos **problemas en la dimensión laboral** de las personas afectadas, sintiéndose éstas preocupadas por las interrupciones laborales asociadas a las mismas y admitiendo que la IU condiciona fuertemente su actividad laboral.
- Las personas afectadas presentan **mayores tasas de absentismo laboral** en comparación con la población sin estos problemas.
- Las personas afectadas tienen una mayor probabilidad de cambiar de empleo, jubilarse anticipadamente y de perder su empleo en comparación con la población sin IU.
- La presencia de IU deteriora en gran medida la vida laboral de las personas que ya padecían VH.
- En términos individuales, los problemas y el deterioro laboral acaecido por los varones con IU son superiores al de las mujeres con el mismo estado de salud, si bien en términos poblacionales el número de mujeres afectadas es notoriamente mayor.
- **Cuanto mayor es el número de episodios diarios de IU, mayor es el deterioro laboral acaecido.**

- La presencia de IU en pacientes con otros problemas de salud, como por ejemplo la hiperactividad del detrusor neurogénico, agrava el deterioro laboral sufrido.

Más allá de los análisis centrados en el deterioro de las condiciones laborales, un segundo tipo de trabajos han tratado de estimar las pérdidas laborales asociadas a este problema de salud. La mayor parte de los estudios identificados que estiman el coste laboral de dichos síntomas se han realizado en EEUU, siendo significativa la escasez de estudios en países europeos. Las estimaciones llevadas a cabo son muy heterogéneas y difícilmente comparables, lo cual lleva a resultados muy dispares, tanto en términos de costes laborales por paciente como al considerar las pérdidas laborales extrapoladas a un país. Tomando estas consideraciones en cuenta, cabe mencionar que en el trabajo de Hu (16) las pérdidas laborales anuales asociadas a la IU se estimaban en 552,5 millones de dólares estadounidenses, mientras que las pérdidas laborales anuales asociadas a la VH alcanzaron los 841,2 millones. Así, el montante total de las pérdidas laborales asociada a la vejiga hiperactiva es más elevado que el asociado a la IU. Ello se explica fundamentalmente porque en EEUU la prevalencia de vejiga hiperactiva es casi doce veces superior a la de IU.

En términos medios, las pérdidas laborales oscilarían entre los 1.220 \$ por individuo al año (2005) (18) y 426 dólares/año (2010) (19). Las diferencias en cuanto a las cifras estimadas se explican en gran medida por las diferencias metodológicas aplicadas en los diferentes estudios, ya que en algunos trabajos se utilizan técnicas de estimación avanzadas (técnicas de emparejamiento)

mientras que en otros se emplean técnicas simples. Otro aspecto que podrían explicar dicha heterogeneidad en cuanto a resultados es el tipo de datos utilizados (muestrales o poblacionales). Finalmente, el método de valoración del absentismo laboral (esto es, precio del salario/hora) también explica, en parte, estas diferencias en el coste por persona, así como el año de referencia empleado en el análisis.

Diferenciando por sexo, la pérdida laboral es significativamente más alta en los varones en comparación con las mujeres, hecho que viene explicado fundamentalmente por las diferencias salariales, especialmente entre aquellos individuos de mediana edad (entre los 35 y 44 años de edad). No obstante, cuando consideramos las pérdidas laborales totales asociadas a la IU, el coste laboral en el caso de las mujeres es más elevado, hecho que viene explicado por una mayor prevalencia en mujeres con IU. Asimismo, la literatura subraya la importancia de la medicación en este tipo de población. Así, los pacientes con IU que reciben una medicación adecuada tienen una menor pérdida de productividad laboral (900 dólares en términos medios menos) en comparación con los pacientes incontinentes pero sin medicar (20). En el ámbito nacional, un estudio que estima las pérdidas laborales asociadas a la vejiga hiperactiva concluye que la medicación reduce de manera importante las pérdidas laborales asociadas a este Síndrome (21).

Por último, cabe señalar que otros abordajes metodológicos para estimar el valor social de tratamientos efectivos en el campo de la IU, aplicando técnicas de valoración contingente, nos han revelado una alta valoración hacia tratamientos que redujeran la

frecuencia o que fueran capaces de eliminar las pérdidas de orina. Estos trabajos aportan una visión complementaria a los análisis de costes centrados en la valoración de recursos sanitarios, así como en la valoración de otros costes sociales, como son las pérdidas laborales.

Hay otros aspectos que sin duda influyen en el impacto social de la IU pero que escapan al objeto de este capítulo o cuya información es prácticamente nula. Por ejemplo, un ámbito fundamental en la esfera del bienestar social, que requeriría una mayor atención, es la sobrecarga que deben asumir los cuidadores no profesionales o informales (generalmente las familias) de personas con discapacidades físicas o deterioro cognitivo, si éste se ve acompañado de la presencia de Incontinencia Urinaria. Un buen ejemplo de ello es el reciente trabajo de Di Rosa y Lamura (2016) (27), donde los autores analizan la calidad de vida relacionada con la salud de 304 cuidadores informales de personas que padecen Incontinencia Urinaria o Fecal frente a un grupo de control formado por otros 305 cuidadores de personas sin problemas de incontinencia. Sus resultados no arrojan dudas: el manejo de la incontinencia tiene un impacto negativo sobre varias dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras, lo cual sugiere la necesidad de movilizar recursos de apoyo especiales para facilitar la labor de estas personas.

6. CONCLUSIONES FINALES

En general, los estudios revisados señalan que la IU y la VH se asocian a deterioros del ámbito laboral de las personas que los

padecen y ocasionan pérdidas laborales no despreciables. Por otra parte, se constata la escasez de estudios donde se estimen las pérdidas laborales asociadas a estos problemas (especialmente a nivel nacional), así como una elevada heterogeneidad entre las estimaciones identificadas. Ello pone de manifiesto la existencia de importantes lagunas de información sobre el impacto que tanto la VH como la IU tienen sobre la vida laboral de las personas que las padecen.

Como se indicará en el siguiente capítulo, el gasto sanitario que dicho problema de salud conlleva es un aspecto esencial a considerar cuando se analiza el impacto económico de la IU. Sin embargo, la falta de información sobre otros componentes de los costes no sanitarios, como las pérdidas laborales, puede llegar a ocultar una parte del verdadero impacto económico de este problema de salud. Asimismo, la consideración de los costes añadidos del cuidado informal ante la presencia de IU es un campo de la literatura aún por explorar. Por último, aunque existen algunos estudios relevantes que abordan el valor otorgado a tratamientos que mejoren o solucionen completamente estos problemas, éstos son todavía muy escasos.

En suma, se constata la necesidad de realizar estudios donde se estime el impacto económico que la IU tiene desde una perspectiva social amplia. Ello exigiría incorporar una triple vertiente: gasto sanitario, pérdidas laborales y valor económico del cuidador informal. A ello debería añadirse la realización de trabajos que revelaran el valor social asociado al desarrollo de tratamientos efectivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 1972;80 (2):223-255.
2. Grossman M. The Human Capital Model of the Demand for Health. In AJ. Culyer and JP Newhouse, editors. *Handbook of Health Economics* (North-Holland): 2000; vol. 1, pp 347-408.
3. Koopmanschap MA, Van Ineveld BM. Towards a new approach for estimating indirect costs of disease. *Soc Sci Med*. 1992;34:1005-1010.
4. Liljas B. How to calculate indirect costs in economic evaluation. *Pharmacoeconomics*. 1998;13:1-7.
5. Oliva J, Lobo F, Lopez-Bastida J, Zozaya N, Romay R. Indirect costs of cervical and breast cancer in Spain. *Eur. J. Health Econ*. 2005;6:309-313.
6. Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*. 1993 Nov;4 (5):353-65.
7. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, Clemens JQ, Chen CI, Bavendam T, et al. Impact of overactive bladder on work productivity. *Urology*. 2012;80 (1):97-103.
8. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS, Ebel-Bitoun C, Milsom I, Chapple C. The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU Int*. 2011;108 (9):1459-71.
9. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int*. 2006 Jan;97 (1):96-100.10.
10. Kyu Sung Lee, Myung Soo Choo, Ju Tae Seo, Seung June Oh, Hyeong Gon Kim, Kwong Ng, Kyung Jin Lee, Jonathan T. Tan, and Joon Chul Kim. Impact of overactive bladder on quality of life and resource use: results from Korean Burden of Incontinence Study (KOBIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:89.
11. Sexton CC, Coyne KS, Vats V, Kopp ZS, Irwin DE, Wagner TH. Impact of overactive bladder on work productivity in the United States: results from EpiLUTS. *Am J Manag Care*. 2009;15 (4 Suppl):S98-S107.

12. Tang DH, Colayco D, Piercy J, Patel V, Globe D, Chancellor MB. Impact of urinary incontinence on health-related quality of life, daily activities, and healthcare resource utilization in patients with neurogenic detrusor overactivity. *BMC Neurol.* 2014;14:74.
13. Kannan H, Radican L, Turpin RS, Bolge SC. Burden of illness associated with lower urinary tract symptoms including overactive bladder/urinary incontinence. *Urology.* 2009;74 (1):34-8.
14. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int.* 2008;101 (11):1388-95.
15. Tang DH, Colayco DC, Khalaf KM, Piercy J, Patel V, Globe D, Ginsberg D. Impact of urinary incontinence on healthcare resource utilization, health-related quality of life and productivity in patients with overactive bladder. *BJU Int.* 2014;113 (3):484-91.
16. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, LeBlanc K, Piantentini A, Stewart WF, Corey R, et al. Estimated economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology.* 2003;61 (6):1123-8.
17. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology.* 2004;63 (3):461-5.
18. Wu EQ, Birnbaum H, Marynchenko M, Mareva M, Williamson T, Mallett D. Employees with overactive bladder: work loss burden. *J Occup Environ Med.* 2005;47 (5):439-46.
19. Ganz ML, Smalarz AM, Krupski TL, Anger JT, Hu JC, Wittrup-Jensen KU, Pashos CL. Economic costs of overactive bladder in the United States. *Urology.* 2010;75 (3):526-32, 532.e1-18.
20. Goren A, Zou KH, Gupta S, Chen C. Direct and indirect cost of urge urinary incontinence with and without pharmacotherapy. *Int J Clin Pract.* 2014 Mar;68 (3):336-48.
21. Antoni Sicras-Mainar, Ruth Navarro-Artieda, Amador Ruiz-Torrejón, Marc Sáez-Zafra, Gabriel Coll-de Tuero. Impact of Loss of Work Productivity in Patients With Overactive Bladder Treated With Antimuscarinics in Spain: Study in Routine Clinical Practice Conditions *Clin Drug Investig.* 2015;35 (12):795-805.

22. O'Brien B, Gafni A. When Do the "Dollars" Make Sense? Toward a Conceptual Framework for Contingent Valuation Studies in Health Care. *Medical Decision Making*. 1996;16 (3):288-299.
23. Puig-Junoy J, Damau E. Una revisión del método de la valoración contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España. *Hacienda Pública Española*. 2000;154 (3):139-158.
24. Bayoumi AM. The Measurement of Contingent Valuation for Health Economics. *Pharmacoeconomics*. 2004;22 (11):691-700.
25. O'Connor RM, Johannesson M, Hass SL, Kobelt-Nguyen G. Urge incontinence. Quality of life and patients' valuation of symptom reduction. *Pharmacoeconomics*. 1998;14 (5):531-9.
26. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group. The "Costs" of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol*. 2006;107 (4):908-16.
27. Di Rosa N, Lamura G. The impact of incontinence management on informal caregivers' quality of life. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28:89-97.



/ 05 CAPÍTULO

Carga económica

derivada de la Incontinencia
Urinaria y del Síndrome de la
Vejiga Hiperactiva en España

Renata Villoro

1. INTRODUCCIÓN*

La Incontinencia Urinaria (IU) y el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (VH) han sido crecientemente reconocidas no solo como enfermedades que afectan el bienestar físico, psicológico y social, sino que también inciden de manera sustancial sobre la carga económica de la sociedad, en términos del uso de recursos sanitarios y sociales que realizan los pacientes (1). Tal y como se ha analizado en el Capítulo 3 de este libro, el impacto que tienen sobre la calidad de vida del paciente es muy significativo, y puede requerir de un consumo de recursos sanitarios y sociales importante, llevando incluso a la necesidad de institucionalizar a las personas de la tercera edad que padecen IU o VH con IU (2).

La carga económica y social de una enfermedad en un período de tiempo dado (por ejemplo, un año) puede interpretarse como el beneficio total que obtendría la sociedad en dicho período si la enfermedad no existiese o hubiera sido erradicada anteriormente mediante un programa preventivo (3). Aún si la erradicación completa de la IU y de la VH se considera imposible, conocer la magnitud del impacto socioeconómico de estas afecciones permitiría darles su justa importancia frente a otras enfermedades crónicas más “visibles” y consideradas prioritarias actualmente. De esta manera, una aproximación a la carga económica de la IU y la VH permitiría evaluar de manera informada la importancia de asignar recursos sanitarios a su prevención y atención, en un contexto de

* Agradezco las valiosas aportaciones de Néboa Zozaya y de María Merino, del Instituto Max Weber, para mejorar la estructura y los contenidos de este capítulo, así como el inestimable trabajo estadístico de Teresa Gómez, también del Instituto Max Weber. Por supuesto, la responsabilidad de cualquier error en los contenidos del capítulo es solamente mía.

permanentes demandas competitivas por los (escasos) recursos sanitarios. Por otro lado, conocer la dimensión de las diferentes partidas de costes asociados a la IU y la VH es fundamental a la hora de tomar decisiones óptimas sobre la asignación de recursos destinados a la detección temprana, la prevención, y el manejo de estas enfermedades en el SNS, lo que a su vez puede ayudar a disminuir su impacto social en el futuro cercano.

En España, la estimación de la carga económica asociada a la IU y a la VH se ve desafiada por la escasez de datos económicos relacionados con el uso de recursos sanitarios, no sanitarios, los gastos de bolsillo y las pérdidas de productividad de los pacientes. Este capítulo tiene por objeto aproximar el impacto socioeconómico que tienen la IU y la VH en nuestro país. Dado que el Capítulo 4 se ha dedicado por completo a revisar la literatura sobre las pérdidas de productividad laboral, este capítulo complementa la información y se centra en la descripción de los costes directos de la IU y la VH en España. Para ello, revisamos la literatura publicada sobre carga económica de estas enfermedades, y analizamos por primera vez los datos sobre uso de recursos de las personas diagnosticadas con IU en la Encuesta Europea de Salud para España (EESA).

En el siguiente apartado revisamos brevemente lo que se entiende por carga económica de la IU y la VH, los costes que incluye y la manera de recogerlos. El apartado 3 recoge los resultados de la literatura publicada para otros países sobre la carga socioeconómica de la IU en general y los distintos tipos de IU, incluyendo la VH. El cuarto apartado resume los resultados publicados para España, y analiza los resultados de la última EESA en

relación al consumo de recursos sanitarios de los pacientes que declaran haber sido diagnosticados de IU (incluyendo VH con IU). Por último, se discuten los resultados encontrados en los apartados anteriores, y sus implicaciones en el marco de la asignación óptima de los recursos sanitarios destinados a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la IU y la VH.

2. ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO NOS REFERIMOS A LA CARGA ECONÓMICA DE LA IU Y DE LA VH?

Los estudios de carga de la enfermedad consideran tres grandes tipos de costes relacionados con la enfermedad: 1) directos, 2) indirectos, y 3) intangibles. Los costes directos se pueden dividir entre sanitarios y no sanitarios. Los primeros incluyen todos los costes relativos al uso de recursos empleados en el manejo de la enfermedad, tales como las pruebas diagnósticas, las visitas médicas, las hospitalizaciones y la medicación. Los costes directos no sanitarios se refieren al valor monetario de actividades que no están directamente relacionadas con el manejo de la patología pero que se llevan a cabo como consecuencia de la misma, tales como el transporte del paciente a los centros médicos, y la ayuda que recibe el paciente en su domicilio por parte de cuidadores profesionales (remunerados) o familiares (no remunerados) para realizar sus actividades cotidianas. Por su parte, los costes indirectos valoran en términos económicos las pérdidas de productividad laboral debidas al absentismo, presentismo, bajas laborales temporales o permanentes, mortalidad prematura y jubilación temprana, que resultan de la enfermedad. Por último, los costes

intangibles incluyen el impacto sobre la calidad de vida y la carga emocional y psicológica que la enfermedad conlleva. Estos costes son difíciles de estimar en términos monetarios y por lo mismo generalmente se excluyen de los estudios de carga económica. Por otro lado, la carga económica asociada a una enfermedad concreta debería también incluir los costes de las consecuencias de dicha enfermedad, como son las complicaciones y comorbilidades que, de no existir la enfermedad estudiada, tampoco existirían (3). Los costes asociados a estas complicaciones se clasificarían a su vez en costes directos, indirectos e intangibles, sumándose a las partidas de costes correspondientes. La suma de todos estos costes constituye la carga social de la enfermedad.

La Figura 5.1 muestra los componentes de la carga económica y social de la IU, que también aplican en VH con IU (4). Los costes directos sanitarios incluirían los costes de las visitas al médico y enfermería de atención primaria, las visitas al especialista (ginecólogo, urólogo u otros), las pruebas diagnósticas y médicas, los fármacos, las terapias de comportamiento, los tratamientos quirúrgicos, y los pañales y productos absorbentes utilizados por el paciente. Los costes directos no sanitarios incluirían el traslado a los centros sanitarios, los cuidados recibidos en casa y las admisiones en instituciones de cuidado social. Los costes indirectos englobarían las pérdidas de productividad ya referidas en el Capítulo 4 de este libro. Habría que sumar además aquellos costes debidos a las consecuencias directamente asociadas a la IU como, por ejemplo, los costes directos e indirectos asociados de la depresión o ansiedad que causa esta patología, las caídas y fracturas óseas, las infecciones de la piel y las infecciones urinarias.

La carga económica puede evaluarse desde cuatro perspectivas diferentes, dependiendo de sobre qué agente recaen los costes: la del pagador o financiador, la del proveedor, la del paciente, y la perspectiva social, que engloba todos los costes asumidos por la sociedad en su conjunto (Figura 5.1). Cada una de estas perspectivas incluye únicamente los costes que atañen al agente sobre el que recaen. Dado que el impacto económico de la IU y la VH que recae sobre todos los agentes de la sociedad puede ser significativo, limitar la perspectiva a la del SNS o a la del paciente

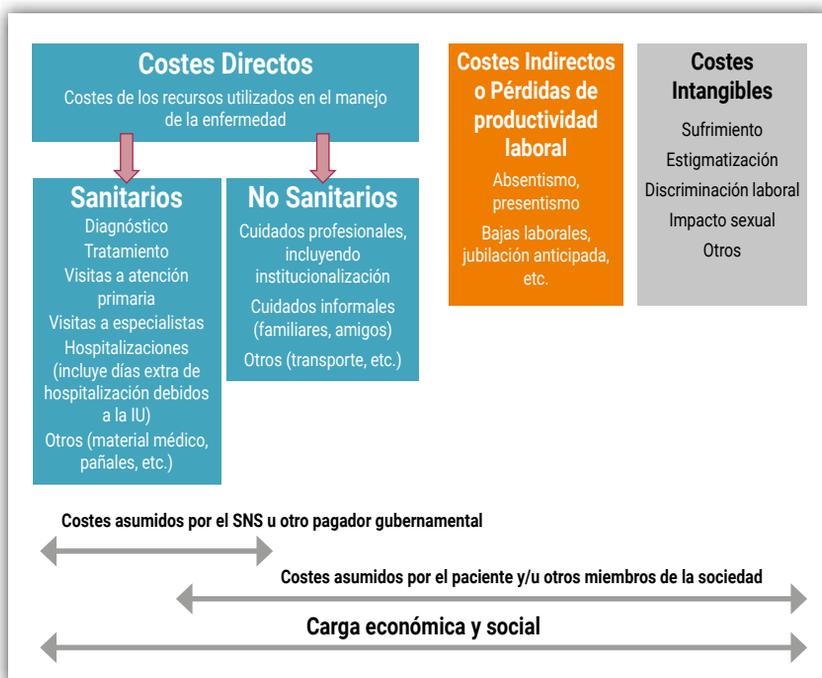


Figura 5.1. Componentes de la carga económica y social de la incontinencia urinaria.

Fuente: elaboración propia, a partir de Drummond et al (4).

implicaría dejar de lado componentes de costes importantes. Lo ideal para los tomadores de decisión es conocer la carga de la IU y la VH desde una perspectiva social. Ésta, además, facilita en un momento dado la comparación de la carga económica de la IU con la de otras enfermedades crónicas.

3. CARGA ECONÓMICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN OTROS PAÍSES

Diversos estudios han analizado la carga económica de la IU y de la VH en otros países, demostrando el impacto sustancial que tienen estas patologías sobre el sistema sanitario o sobre la sociedad en general. La mayoría de los estudios estiman la carga para alguna subpoblación de pacientes (distinguiendo por género, edad o institucionalización) y para algún tipo concreto de IU (incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta, síndrome de la vejiga hiperactiva con o sin incontinencia, etc.). También varían en cuanto a la representatividad de los costes (nivel nacional, regional, hospitalario), las partidas de costes reportadas (directos –ya sea totales o algunos de ellos–, pérdidas de productividad, o intangibles), la ventana de tiempo en la que se reportan (mensual, anual, o no determinada), la metodología empleada para el cálculo de los costes (bottom-up o top-down) y los datos epidemiológicos utilizados. Todas estas variaciones metodológicas impiden una comparación entre los resultados de los estudios.

La Tabla 5.1 resume los resultados de algunos de los estudios sobre la carga económica de la IU a partir del año 2000, en países

TABLA 5.1. CARGA ECONÓMICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, PAÍS, POBLACIÓN, TAMAÑO MUESTRAL	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE POR PACIENTE
Hu, 2004 (costes de 2000) (6), EEUU Hombres y mujeres ≥ 18 años, Modelo basado en prevalencia	<p>Coste total: 19.540 M\$ (Pacientes institucionalizados: 5.325 M\$; Pacientes no institucionalizados: 14.215 M\$)</p> <p>Costes directos sanitarios: Pruebas diagnósticas: 440,6 M\$; Consultas médicas: 1.395,3 M\$; Medicación: 250,9 M\$; Cirugía: 2.284,4 M\$; Terapia de conducta: 18,4 M\$; Pañales: 6.520,4 M\$; Infecciones de la piel, urinarias, fracturas, estancia hospitalaria prolongada: 7.485,7 M\$</p> <p>Costes directos no sanitarios: Admisión a instituciones: 3.951,5 M\$; Cuidados profesionales: 592,2 M\$</p> <p>Pérdidas de productividad laboral: 552,5 M\$</p> <p>Coste total por paciente (no institucionalizado): 801 \$</p>
Tediosi, 2000 (7), Italia Mujeres > 40 años, N= 229 (solo IUE)	<p>Costes directos sanitarios: 181.690 M€</p> <p>Coste directo sanitario por paciente: 173,3 €.</p> <p>Diagnóstico: 41,38 €; Pañales: 123,93 €; Medicación: 8,04 €</p>
Karachalios, 2016 (8), Grecia Mujeres 20-80 años, N=531	<p>Costes directos sanitarios: 128,92 M€</p> <p>Coste por paciente: Pañales: 113,76 €; Visitas médicas: 50,95 €; Medicación: 5 €</p>
Penning van-Beest, 2005 (9), Países Bajos Mujeres ≥ 40 años, N= 1663	<p>Costes directos sanitarios por paciente: 392 €</p> <p>Consultas médicas: 15,02 €; Fisioterapia: 17,02 €; Medicación: 15,95 €; Cirugía (incluye diagnóstico y hospitalización): 130,18 €; Pañales y otros productos absorbentes: 200 €</p>

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación)

TABLA 5.1. CARGA ECONÓMICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, PAÍS, POBLACIÓN, TAMAÑO MUESTRAL	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE POR PACIENTE
Papanicolaou, 2005 (10), Alemania Mujeres > 18 años, N= 1737	Costes directos sanitarios por paciente: 515 € Diagnóstico: 48 €; Visitas médicas: 56 €; Medicación: 77 €; Cirugía: 95 €; Pañales: 261 €
Papanicolaou 2005(10), Reino Unido e Irlanda Mujeres > 18 años, N = 889	Costes directos sanitarios por paciente: 359 € Diagnóstico: 24 €; Visitas médicas: 101 €; Medicación: 81 €; Tratamiento conservador: 32 €; Cirugía: 40 €; Pañales: 97 €
Subak 2006 (costes de 2005) (11), EEUU Mujeres ≥ 40 años, N= 301	Costes sanitarios directos por paciente: Pañales, compresas, coladas, limpieza en seco: 548,66 \$ Costes intangibles por paciente: 840 \$
Goren 2014 (12), EEUU (solo IUU) Hombres y mujeres ≥ 18 años, N=1.190	Costes directos por paciente con tratamiento: 27.291 \$. Las consultas médicas son 18.175 \$ Costes directos por paciente sin tratamiento: 21.493 \$. Las consultas médicas son 13.679 \$

IU: Incontinencia Urinaria; IUE: Incontinencia Urinaria de Estrés; IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia; EEUU: Estados Unidos; €: euros; \$: dólar estadounidense; M: millones.

Fuente: elaboración propia a partir de Papanicolaou, 2005 (10), Subak 2006 (11), Goren 2014 (12).

Nota: Con el fin de presentar la información de la manera más estandarizada posible, todos los costes se reportan de manera anualizada, y algunos costes han sido reclasificados siguiendo la clasificación representada en la Figura 5.1, con lo que podrían existir diferencias entre los resultados desglosados en los artículos originales y los presentados en esta tabla.

Europeos (exceptuando España) y Estados Unidos (EEUU). Las revisiones de literatura, como es el caso de Hampel (2004) (5) y Mil-som (2014) (6) se omiten y, en su lugar, se reportan directamente los hallazgos de los estudios relevantes incluidos en las mismas.

Como se puede apreciar en la Tabla 5.1, la diversidad del tipo de costes reportados por los estudios de carga es muy significativa. Hasta donde tenemos conocimiento, el único estudio que presenta datos de carga social a nivel nacional es el de Hu (2004) para EEUU en el año 2000 (7), que estima costes directos e indirectos con base en datos secundarios de uso de recursos y tasas de prevalencia de la IU en hombres y mujeres adultos. Los autores encuentran que el coste total de la IU fue de 19,5 mil millones de dólares estadounidenses, diferenciando entre el coste de los pacientes institucionalizados y el de los no institucionalizados. En este estudio, el coste de las consecuencias (complicaciones) de la IU representó el 42 % del coste directo, seguido del coste del tratamiento farmacológico (31 %), del coste de los pañales (17 %), y del diagnóstico (1 %). Por su parte, Tediosi et al (2000) presentan costes directos sanitarios de la incontinencia urinaria de esfuerzo para mujeres italianas mayores de 40 años (8). El total asciende a 181.690 millones de euros, incluyendo solamente los costes de diagnóstico, pañales y medicación. Destaca que los pañales representan el 94 % del coste sanitario directo, mientras que la medicación representa solo el 6 %. Los costes encontrados por Tediosi (2000) son significativamente inferiores a los del único otro estudio que refiere costes directos sanitarios a nivel nacional en otro país europeo: Grecia (9). En efecto, Karachalios et al (2016) estima los costes directos sanitarios de las mujeres con IU entre 20 y 80 años en 128.916.086 millones de euros anuales. De estas pacientes, solo el 2 % recibían algún tipo de medicación para la IU, y solo el 47 % habían realizado visitas médicas relacionadas con su IU. Los costes de los pañales representaron el 67 % del total de los costes directos incluidos, mientras que la medicación representó solo el 3 % (9).

Los demás estudios de costes presentados en la Tabla 5.1 no reportaron cifras a nivel nacional, sino solo costes medios por paciente. El análisis de Penning- van Beest (2005) en los Países Bajos encuentra que los costes directos medios de la IU en mujeres de 40 años o más recientemente diagnosticadas de IU ascendieron a 392 € por mujer después de un año de seguimiento (10). De estos, 200 € (51 %) correspondieron a pañales y productos absorbentes, 7 % a consultas médicas, 4 % a fisioterapia, 4 % a medicación, y 33 % a cirugía. Los costes directos medios fueron decrecientes con la edad, de 530 € por mujer, entre las más jóvenes (40-54 años), a 300 € por mujer entre las mayores de 75 años, mostrando la importancia de la detección temprana. Papanicolau et al (2005) calculan costes directos sanitarios para Alemania, Reino Unido e Irlanda en mujeres adultas, utilizando datos del estudio PURE (11). En Alemania, los costes sanitarios directos medios por paciente fueron de 515 euros al año, donde los pañales representaron el 51 %, la medicación el 15 % y el diagnóstico el 9,3 %. En Reino Unido e Irlanda estos mismos costes fueron menores, ascendiendo a 359 euros anuales por paciente, donde los pañales representaron el 27 %, la medicación el 22,5 % y el diagnóstico el 6,6 %. Por su parte, el estudio de Subak (2006), realizado en mujeres de 40 años o más con IU en EEUU, reporta que el gasto medio anual de bolsillo en pañales y otros recursos absorbentes, lavandería y lavado en seco debidos exclusivamente a su la IU, alcanzó los 549 \$ anuales por mujer. Este mismo estudio es el único que presenta resultados de costes intangibles, valorados en una media de 840 \$ al año por mujer, y medidos a través de la disposición a pagar para resolver las limitaciones ocasionadas por la IU y recuperar la calidad de vida anterior a la aparición de los síntomas (12). Cabe señalar que un

estudio realizado en pacientes suecos estimó que la nocturia provoca la pérdida de 0,09 AVACs al año por persona, lo cual equivale a un coste intangible de entre 2.700 y 5.400 euros (14).

La Tabla 5.2 resume los resultados de algunos de los estudios sobre la carga económica de la VH (con o sin IU) a partir del año 2000, en países europeos (exceptuando España), Estados Unidos (EEUU) y Canadá.

A diferencia de los estudios sobre la carga de la IU, todos los estudios realizados sobre la carga de la VH reportan estimaciones a nivel nacional, aunque solo tres de ellos estiman costes totales. Todos ellos para hombres y mujeres adultos en EEUU, desde una perspectiva social y con base en datos secundarios de prevalencia y uso de recursos. Estos costes aproximaron los 12.600 millones de dólares estadounidenses en el año 2000 (7) y podrían oscilar entre los 33.496 millones (15) y los 65.900 millones de dólares en el año 2007 (16). El estudio de Ganz et al (2010), que refiere esta última cifra, indica además que el coste total nacional proyectado al año 2020 podría llegar a alcanzar los 82.600 millones de dólares (16).

Otro estudio (17), realizado en 5 países europeos y 1 norteamericano, estimó los costes directos sanitarios por paciente como se muestra en la figura 5.2.

Por partidas de costes nacionales, Hu (2004) encuentra que los costes de los pacientes institucionalizados representan el 25 % de los costes totales de la VH (7). En comparación con los costes que este mismo artículo encuentra para la IU, los autores señalan que a pesar de que la VH tiene una prevalencia general mayor a la de la IU (prevalencia de la VH: 16,9 % en mujeres y 16 %

TABLA 5.2. CARGA ECONÓMICA DEL SÍNDROME DE LA VEJIGA HIPERACTIVA (CON O SIN INCONTINENCIA URINARIA) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN PAÍS, POBLACIÓN, TAMAÑO MUESTRAL	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE POR PACIENTE
<p>Onukwugha 2009 (costes de 2007) (14), EEUU Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia</p>	<p>Coste total: 36.510 M\$ Costes directos: 33.496 M\$ Medicamentos: 2.492 M\$; Visitas médicas: 14.667 M\$; Hospitalizaciones: 3.857 M\$; Pañales: 8.114 M\$; Infecciones de la piel, urinarias, fracturas: 4.365 M\$ Pérdidas de productividad laboral: 3.015 M\$ Coste por paciente: 561 \$</p>
<p>Hu, 2004 (costes de 2000) (6), EEUU Hombres y mujeres ≥ 18 años, Modelo basado en prevalencia</p>	<p>Coste total: 12.600 M\$ (pacientes institucionalizados: 9.100 M\$; pacientes no institucionalizados: 3.500 M\$) Costes directos sanitarios: Pruebas diagnósticas: 93,4 M\$; Consultas médicas: 756 M\$; Medicación: 1.189 M\$; Cirugía: 557,7 M\$; Pañales: 4.917 M\$; Infecciones piel, urinarias, fracturas, estancia hospitalaria prolongada: 3.939 M\$ Costes directos no sanitarios: Cuidados profesionales: 278,7 M\$; Admisión a instituciones: 1.957,1 M\$ Pérdidas de productividad laboral: 826,9 M\$ Coste por paciente no institucionalizado: 267 \$</p>
<p>Ganz 2010 (costes de 2007) (15), EEUU Hombres y mujeres ≥ 18 años, Modelo basado en prevalencia</p>	<p>Coste total: 65.900 M\$ Costes directos sanitarios: 51.400 M\$ Pañales, productos absorbentes y cremas: 2.300 M\$ Pérdidas de productividad laboral: 14.600 M\$ Costes totales por paciente: 1.925 \$ Costes directos sanitarios por paciente: 1.499 \$ Pañales, productos absorbentes y cremas: 66 \$ Costes indirectos (pérdidas de productividad): 426 \$</p>

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación)

TABLA 5.2. CARGA ECONÓMICA DEL SÍNDROME DE LA VEJIGA HIPERACTIVA (CON O SIN INCONTINENCIA URINARIA) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN PAÍS, POBLACIÓN, TAMAÑO MUESTRAL	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE POR PACIENTE
Irwin 2009 (costes de 2005) (16), Reino Unido Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia	Costes directos sanitarios: 1.007,45 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 579 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 233 M€ Costes directos sanitarios por paciente: 515 € Medicación: 33 €; Pañales: 48 €; Pruebas diagnósticas: 5 €; Visitas atención primaria: 225 €; Depresión asociada a VH: 204 €; Infecciones urinarias, de la piel y fracturas: 13 € Admisión a instituciones (>60 años): 381 €
Irwin 2009 (costes de 2005) (16), Canadá Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia	Costes directos sanitarios: 379,01 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 338 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 65 M€ Costes directos sanitarios por paciente: 370 € Medicación: 62 €; Pañales: 56 €; Pruebas diagnósticas: 5 €; Visitas atención primaria: 129 €; Depresión asociada a VH: 118 €; Infecciones urinarias, de la piel y fracturas: 19 € Admisión a instituciones (>60 años): 385 €
Irwin 2009 (costes de 2005) (16), Alemania Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia	Costes directos sanitarios: 1.191,96 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 1.600 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 375 M€ Costes directos sanitarios por paciente: 432 € Medicación: 81 €; Pañales: 66 €; Pruebas diagnósticas: 3 €; Visitas atención primaria: 31 €; Depresión asociada a VH: 251 €; Infecciones urinarias, de la piel y fracturas: 21 € Admisión a instituciones (>60 años): 1.038 €

(Continúa en la página siguiente)

(Continuación)

TABLA 5.2. CARGA ECONÓMICA DEL SÍNDROME DE LA VEJIGA HIPERACTIVA (CON O SIN INCONTINENCIA URINARIA) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, PAÍS, POBLACIÓN, TAMAÑO MUESTRAL	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE POR PACIENTE
Irwin 2009 (costes de 2005) (16), Italia Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia	<p>Costes directos sanitarios: 572,33 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 1.800 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 212 M€</p> <p>Costes directos sanitarios por paciente: 297 € Medicación: 91 €; Pañales: 102 €; Pruebas diagnósticas: 1 €; Visitas atención primaria: 32 €; Depresión asociada a VH: 82 €; Infecciones urinarias: 5 €; Infecciones de la piel: 2 €, Fracturas: 2 € Admisión a instituciones (>60 años): 1.580 €</p>
Irwin 2009 (costes de 2005) (16), Suecia Hombres y mujeres ≥18 años, Modelo basado en prevalencia	<p>Costes directos sanitarios: 332,94 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 261 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 66 M€</p> <p>Costes directos sanitarios por paciente: 584 € Medicación: 89 €; Pañales: 80 €; Pruebas diagnósticas: 34 €; Visitas atención primaria: 184 €; Depresión asociada a VH: 197 €; Infecciones urinarias, de la piel y fracturas: 35 € Admisión a instituciones (>60 años): 562 €</p>

VH: Vejiga Hiperactiva; EEUU: Estados Unidos; €: euros; \$: dólar estadounidense; M: millones.

Fuente: elaboración propia a partir de Irwin 2009 (17).

Nota: Con el fin de presentar la información de la manera más estandarizada posible, todos los costes se reportan de manera anualizada, y algunos costes han sido reclasificados por los autores de este capítulo siguiendo la clasificación representada en la Figura 5.1, con lo que podrían existir diferencias entre los resultados desglosados en los artículos originales y los presentados en esta tabla.

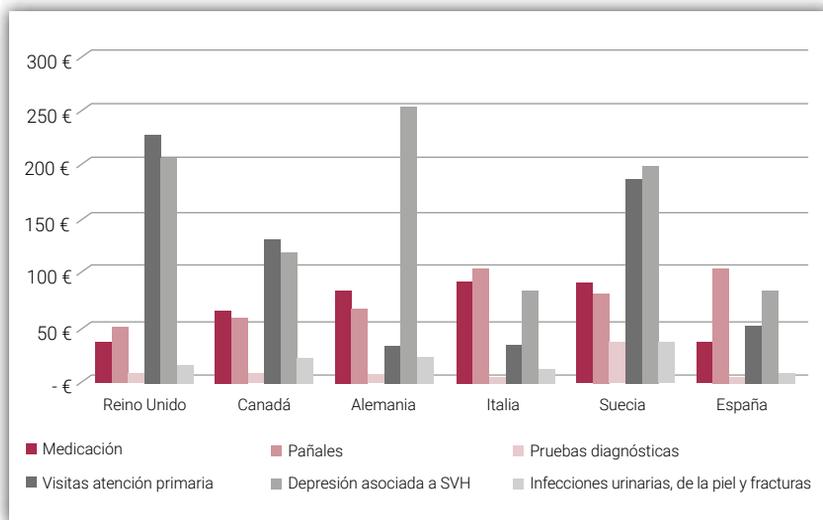


Figura 5.2. Costes directos sanitarios por paciente.

Fuente: elaboración propia, a partir de Irwin et al (18).

hombres; prevalencia de la IU: 12 % en mujeres y 5 % en hombres), la VH implica menores costes totales porque las personas con VH que no padecen episodios de incontinencia incurren en un menor uso de recursos sanitarios en promedio, por otra parte, según Onukwugha (2009), los costes totales son mayores en personas menores de 65 años que en individuos de 65 años o más (15).

Los costes directos sanitarios en pacientes no institucionalizados en EEUU oscilarían entre los 267 y los 1.499 dólares anuales por paciente, en 2000 (7) y 2007 (16), respectivamente. Según el estudio de Onukwugha (2009) el coste de los pañales equivalió al 24,2 % de los costes directos totales, mientras los medicamentos representaron el 7,4 % (15).

En cuanto a los países europeos reportados en la Tabla 5.2, los costes directos sanitarios oscilarían entre 297 euros en Italia y 584 euros en Suecia en el año 2005. Estos últimos datos provienen del estudio de Irwin (2009) (17) que, utilizando la prevalencia y el uso de recursos encontrados en el estudio EPIC (18), estima los costes directos de la VH (con o sin IU) a nivel nacional para Canadá, Alemania, Italia, España, Suecia y Reino Unido, actualizando los hallazgos previos reportados por Reeves (2006) (19). Los resultados para España se presentan de forma independiente más adelante. Los resultados para los otros cinco países indican que los costes asociados a la depresión causada por la VH representan un porcentaje considerable (entre 27,6 % en Italia y 58,1 % en Alemania) de los costes directos sanitarios. Cabe señalar que, aun si no todos los pacientes con VH sufren de IU, el porcentaje del coste directo sanitarios por paciente que representan los pañales oscila entre el 9,3 % en el Reino Unido y el 34,3 % en Italia. Por otro lado, los costes directos no sanitarios (que en este estudio solo incluyen la admisión de los pacientes a instituciones de cuidado) oscilan entre los 261 millones de euros en Suecia los 1.800 millones de euros en Italia, país en el que superan a los costes directos sanitarios totales, al igual que sucede en Alemania.

4. CARGA ECONÓMICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y EL SÍNDROME DE LA VEJIGA HIPERACTIVA EN ESPAÑA

La Tabla 5.3 resume los resultados de los estudios encontrados sobre la carga económica de la IU y la VH a partir del año 2000, en España.

TABLA 5.3. CARGA ECONÓMICA DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y EL SÍNDROME DE LA VEJIGA HIPERACTIVA EN ESPAÑA

AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, POBLACIÓN, TAMAÑO DE MUESTRA	COSTE ANUAL TOTAL Y COSTE ANUAL POR PACIENTE
Montesino-Semper, 2013 (19) Mujeres con IUE, IUM o IUP, N= 69	<p>Coste anual medio por paciente con cirugía: 1.220 € (incluye visitas médicas pre y post-cirugía, estudios urodinámicos, hospitalizaciones, medicación post-quirúrgica, reintervenciones durante el primer año)</p>
Papanicolaou, 2005 (10) Mujeres > 18 años con IU, N= 1710	<p>Costes directos sanitarios por paciente: 655 € Diagnóstico: 177 €; Visitas médicas: 162 €; Medicación: 41 €; Tratamiento conservador: 11 €; Cirugía: 103 €; Pañales: 179 €</p>
Irwin, 2009 (costes de 2005) (16) Hombres y mujeres ≥18 años con VH Modelo basado en prevalencia	<p>Costes directos sanitarios totales: 366,69 M€ Costes directos no sanitarios (admisión a instituciones): 23 M€ Pérdidas por absentismo laboral (<65 años): 142 M€ Costes directos sanitarios por paciente: 269 € Medicación: 35 €; Pañales: 102 €; Pruebas diagnósticas: 1 €; Visitas atención primaria: 49 €; Depresión asociada a VH: 82 €; Infecciones urinarias, de la piel y fracturas: 7 € Admisión a instituciones (>60 años): 30 €</p>

IU: Incontinencia Urinaria; IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo/Estrés; IUM: Incontinencia Urinaria Mixta; IUP: Incontinencia Urinaria asociado a Prolapso de Órganos Pélvicos; VH: Vejiga Hiperactiva; M: Millones.

Fuente: elaboración propia.

Nota: Con el fin de presentar la información de la manera más estandarizada posible, todos los costes se reportan de manera anualizada, y algunos costes han sido reclasificados por los autores de este capítulo siguiendo la clasificación representada en la Figura 5.1, con lo que podrían existir diferencias entre los resultados desglosados en los artículos originales y los presentados en esta tabla.

Los costes económicos de la IU y la VH han sido estimados en tres estudios relativamente recientes. El más reciente (20) analiza solamente los costes sanitarios asociados al tratamiento quirúrgico para la IU en mujeres, como parte de un análisis de coste-efectividad de los mismos, encontrando un coste medio por paciente de 1.220 euros a lo largo de un año. Los resultados de Papanicolaou (2005), que utilizan el estudio PURE (21), calculan un coste medio anual de 655 euros por mujer diagnosticada de IU (11). De este coste, los pañales representan la mayor proporción (27,3 %), mientras que la medicación y el tratamiento conservador corresponden a los menores porcentajes (6,25 % y 1,7 %, respectivamente) (11). Por su parte, Irwin et al (2009) estimaron que los costes directos sanitarios de hombres y mujeres con VH en 2005 ascendieron a 366,69 millones de euros, lo que representa una media de 269 € anuales por paciente. De estos, el gasto en pañales supuso 102 €, las consecuencias clínicas directas de la VH (depresión, infecciones y fracturas) equivalieron a 82 €, las visitas a atención primaria 49 €, la medicación 35 €, y el gasto en pruebas diagnósticas 1 € (Figura 5.3). Por su parte, la admisión a instituciones de personas con VH mayores de 60 años se estimó en 30 euros anuales por paciente, con lo que los costes directos no sanitarios sumaron 23 millones de euros anuales (17).

Como se aprecia, los datos de costes directos (tanto sanitarios como no sanitarios) más recientes para España son escasos y fueron publicados hace más de 10 años. La carga actual relativa a los costes directos de la IU se puede aproximar analizando el uso de recursos de las personas diagnosticadas de la enfermedad. La información más reciente sobre consumo de recur-

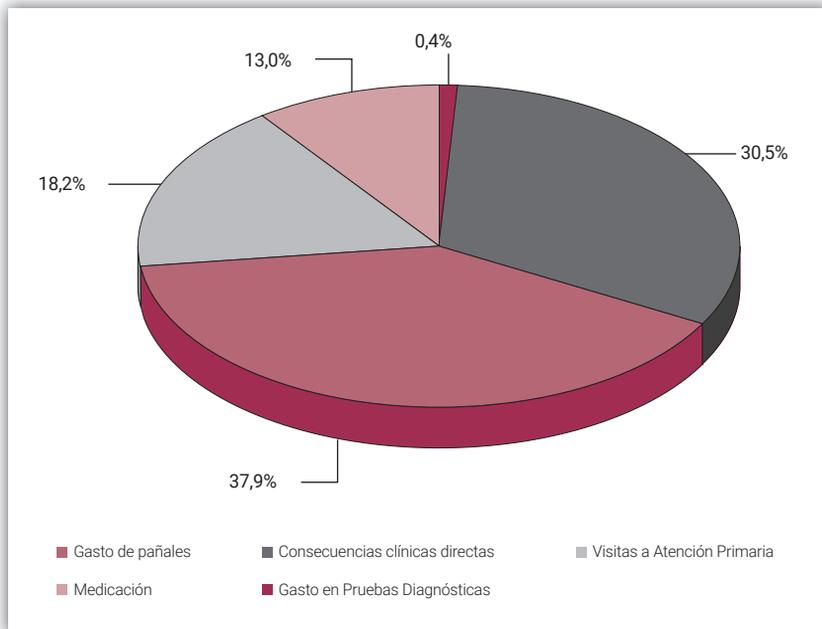


Figura 5.3. Componentes del coste anual por pacientes con VH en España (%). Fuente: elaboración propia, basado en Irwin et al (17).

Los recursos sanitarios de la población española proviene de la Encuesta Europea de Salud para España (EESE, 2014) (22). Para aproximar el consumo de las personas con IU, analizamos los resultados de esta encuesta seleccionando a las personas que declararon haber sido diagnosticadas de IU por un médico. Cabe señalar que la EESE no permite distinguir entre diferentes tipos de IU (IU de esfuerzo, IU de urgencia, IU mixta, VH con IU), ni tampoco permite saber si el uso de recursos reportado estuvo directamente relacionado con la IU del paciente. Es por ello que, para

poder relativizar el uso de recursos de los pacientes con IU, lo comparamos, cuando fuese posible, con el de las personas diagnosticadas de otras enfermedades crónicas prevalentes o con el de la población sana.

En la EESE, donde el 51,2 % de la población estudiada fueron mujeres, y la edad media fue de $47,8 \pm 18,8$ años, el 4,1 % reportó estar diagnosticado de IU y el 63,9 % de Otras Enfermedades Crónicas (OEC). El 32 % no fue diagnosticado con ninguna enfermedad crónica (población sana). A continuación, se presentan los resultados sobre su consumo de recursos sanitarios.

4.1. Consultas de Atención Primaria y Especializada

El 56 % de las personas con IU realizó una o más visitas al Médico de Atención Primaria (MAP) en el último mes y el 27,2 % al especialista, porcentajes significativamente mayores a los de las personas con OEC y la población sana. La Tabla 5.4 muestra los porcentajes de población que realizaron visitas al MAP y al Médico Especialista (MAE) en el último mes, los últimos 12 meses y más, así como el número medio de consultas realizadas en el último mes. El número medio de visitas realizadas al médico de primaria por las personas con IU en el último mes fue significativamente mayor que las visitas medias de la población con OEC y sanas.

En comparación con población sana y población con otras enfermedades crónicas, y controlando por factores influyentes, como la edad, el sexo y número de enfermedades concomitan-

TABLA 5.4. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE REALIZARON CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

CONSULTAS DE PRIMARIA Y ESPECIALIZADA	EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	ENTRE 4 SEMANAS Y 12 MESES	HACE 12 MESES O MÁS	NUNCA	Nº CONSULTAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS MEDIA (DE)
Última consulta al MAP*	29,0 %	48,3 %	22,1 %	0,5 %	1,3 (0,91)
IU*	56,6 %	38,3 %	4,9 %	0,2 %	1,6 (1,47)
OEC*	34,8 %	50,1 %	14,8 %	0,3 %	1,3 (0,89)
Sanos*	13,9 %	46,0 %	39,1 %	1,0 %	1,2 (0,57)
HTA	45,9 %	46,9 %	7,1 %	0,1 %	1,4 (1,05)
EPOC	51,7 %	40,3 %	7,9 %	0,1 %	1,6 (1,15)
Diabetes mellitus	50,8 %	45,0 %	4,0 %	0,1 %	1,5 (1,35)
Última consulta al MAE**	14,2 %	40,3 %	40,9 %	4,6 %	1,4 (1,22)
IU**	27,2 %	51,5 %	21,1 %	0,2 %	1,5 (1,26)
Sanos**	7,1 %	29,6 %	53,4 %	9,8 %	1,2 (0,56)
OEC**	16,9 %	45,0 %	35,9 %	2,2 %	1,4 (1,31)
HTA	19,9 %	45,9 %	32,5 %	1,7 %	1,5 (1,44)
EPOC	24,0 %	49,0 %	26,3 %	0,7 %	1,9 (2,38)
Diabetes mellitus	22,0 %	49,4 %	26,6 %	2,0 %	1,7 (1,85)

MAP: Médico de Atención Primaria; MAE: Médico de Atención Especializada; IU: Incontinencia Urinaria; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa de medias y porcentajes entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

** Diferencia significativa entre IU, OEC y población sana: porcentajes ($p < 0,001$) y medias ($p = 0,008$); diferencia significativa de medias IU vs Sanos ($p = 0,003$); diferencia no significativa de medias ente IU vs OEC ($p = 0,172$).

tes, las personas con IU asisten 3 veces al médico de cabecera y 3,7 veces al especialista por cada visita que realizan las personas sanas, así como 1,2 veces al especialista por cada visita realizada por personas con HTA, EPOC o Diabetes mellitus (Tabla 5.5).

Asimismo, en comparación con otras enfermedades crónicas, la población con IU visitó con mayor frecuencia a especialistas

TABLA 5.5. ODDS RATIOS DEL USO DEL SERVICIO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA DE LA POBLACIÓN CON IU FRENTE A OTRAS ENFERMEDADES (GRUPO DE COMPARACIÓN)

GC	SIN CONTROL DE EDAD, SEXO Y Nº DE COMORBILIDADES (IU FRENTE A GC)		CONTROLANDO POR EDAD, SEXO Y Nº DE COMORBILIDADES (IU FRENTE A GC)	
	VISITAS MAP	VISITAS MAE	VISITAS MAP	VISITAS MAE
OEC	2,441	1,834	0,961	1,024
Sanos	8,073	4,869	3,003	3,719
HTA	1,649	1,617	0,985	1,194
EPOC	1,328	1,278	0,929	1,183
Diabetes mellitus	1,381	1,401	0,954	1,264

GC: Grupo de comparación; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

en salud mental, enfermeras y de servicios de radiología que la población sana o con OEC (Figura 5.4).

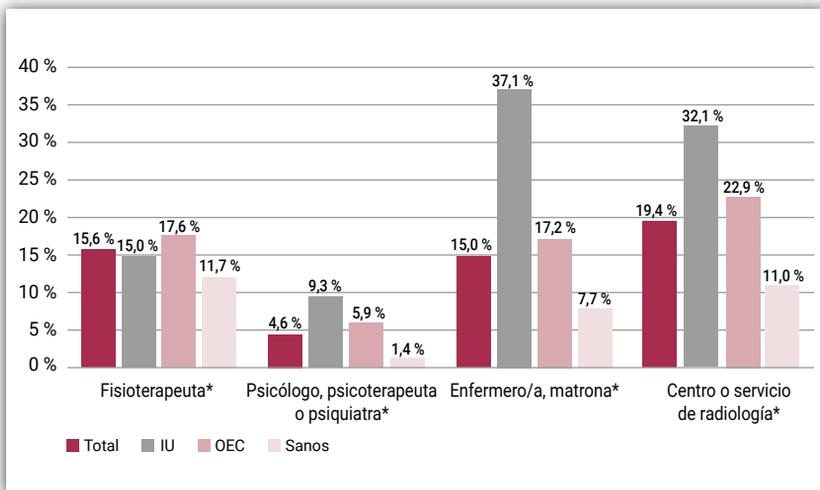


Figura 5.4. Asistencia a otros profesionales sanitarios en el último año.

IU: Incontinencia Urinaria; OEC: Otras Enfermedades Crónicas.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa de porcentajes entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

4.2. Pruebas médicas y de radiodiagnóstico

La Tabla 5.6 presenta la frecuencia con la que la población con IU se realizó diferentes pruebas médicas durante el último año, reflejando mayor frecuencia de realización que las personas diagnosticadas con otras enfermedades. De manera sistemática, el porcentaje de personas con IU que se realizaron pruebas fue mayor al de la población general y la población sana, y comparable al de otras enfermedades crónicas.

TABLA 5.6. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE SE REALIZARON PRUEBAS MÉDICAS Y DE RADIODIAGNÓSTICO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

	ANALÍTICA*	RADIOGRAFÍA*	TAC O ESCÁNER*	ECOGRAFÍA*	RESONANCIA MAGNÉTICA*
Población general	69,60 %	27,06 %	7,84 %	16,17 %	7,76 %
IU	89,51 %	40,96 %	20,16 %	24,32 %	13,58 %
OEC	76,88 %	31,40 %	9,66 %	18,90 %	9,56 %
Sanos	52,53 %	16,60 %	2,65 %	9,68 %	3,44 %
HTA	86,07 %	34,29 %	12,72 %	18,33 %	10,86 %
EPOC	81,88 %	44,90 %	16,82 %	21,84 %	13,11 %
Diabetes mellitus	92,53 %	35,73 %	15,70 %	21,23 %	12,16 %

GC: Grupo de comparación; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa de porcentajes entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

La Tabla 5.7 presenta las Odds ratios de las pruebas realizadas en personas diagnosticadas de IU frente a población sana y con otras enfermedades, tanto sin controlar por ningún otro factor como teniendo en cuenta las características de sexo, edad y número de comorbilidades. Se aprecia cómo las personas con IU se realizan más TACs y ecografías que las personas diagnosticadas de HTA, EPOC o Diabetes mellitus.

TABLA 5.7. ODDS RATIOS DE LAS PRUEBAS REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN POBLACIÓN CON IU FRENTE A OTRAS ENFERMEDADES (GRUPO DE COMPARACIÓN)

GC	SIN CONTROL DE EDAD, SEXO Y N° DE COMORBILIDADES (IU FRENTE A GC)					CONTROLANDO POR EDAD, SEXO Y N° DE COMORBILIDADES (IU FRENTE A GC)				
	A	RAD.	TAC	ECO.	RM	A	RAD.	TAC	ECO.	RM
OEC	2,566	1,515	2,360	1,379	1,487	0,861	0,773	0,994	1,013	0,810
Sanos	7,711	3,484	9,291	2,997	4,411	1,299	1,587	4,341	2,794	2,061
HTA	1,451	1,398	1,954	1,484	1,354	0,866	0,896	1,239	1,221	0,990
EPOC	2,081	0,891	1,354	1,246	1,139	1,191	0,691	1,256	1,251	1,127
Diabetes mellitus	0,738	1,320	1,498	1,213	1,203	0,497	0,945	1,161	1,136	0,976

GC: Grupo de comparación; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; A: Análisis; Rx: Radiografía; TAC: Tomografía Axial Computarizada; ECO: Ecografía; RM: Resonancia Magnética.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

4.3. Hospitalizaciones

En el último año, el 21,4 % de la población de IU tuvo uno o más ingresos hospitalarios (sin tener en cuenta ingresos motivados por parto o cesárea), comparados con el 7,7 % de la población general y el 9,2 % de la población con otras enfermedades crónicas. De media, las personas con IU que ingresaron en hospitales estuvieron 9,2 ($\pm 21,9$) días ingresados, número estadísticamente superior a la estancia media de las personas con OEC (7,3 \pm 19 días) (Tabla 5.8).

TABLA 5.8. HOSPITALIZACIONES Y NÚMERO MEDIO DE INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN POBLACIÓN CON IU FRENTE A OTRAS ENFERMEDADES

	Sí (%)*	Nº INGRESOS* MEDIA (DE)	Nº DÍAS INGRESADO* MEDIA (DE)	Nº NOCHES INGRESADO* MEDIA (DE)
Población general	7,70 %	1,4 (1,19)	7,1 (18,9)	9,7 (22,48)
IU	21,40 %	1,6 (1,17)	9,2 (21,97)	13,6 (27,27)
OEC	9,20 %	1,4 (1,23)	7,3 (18,95)	9,6 (21,75)
Sanos	3,00 %	1,2 (0,88)	4,5 (16,15)	6,8 (21,59)
HTA	12,70 %	1,4 (0,99)	8,6 (20,96)	11,3 (23,81)
EPOC	21,80 %	1,7 (1,7)	9,3 (12,32)	14,1 (20,36)
Diabetes mellitus	17,20 %	1,7 (1,52)	9,4 (24,01)	13,9 (28,32)

IU: Incontinencia Urinaria; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa de porcentajes y medias entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

4.4. Urgencias

Durante el último año, el porcentaje de población con IU que acudió a un servicio de urgencias fue del 45,1 %, con un número medio de asistencias de 2,3 ($\pm 2,9$), siendo significativamente superior, tanto en el número de visitas como en la frecuencia de asistencia, que la población sana o con OEC y comparable al de las personas con EPOC, como se muestra en el Figura 5.5.

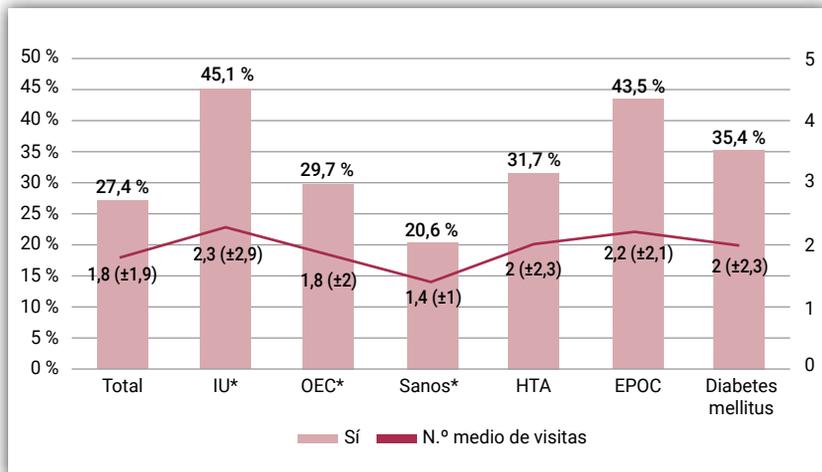


Figura 5.5. Uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses en población con IU frente a otras enfermedades.

IU: Incontinencia Urinaria; OEC: Otras Enfermedades Crónicas; HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa de medias y porcentajes entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

4.5. Consumo de fármacos

El 94,6 % de las personas con IU consumió fármacos recetados por un médico en las últimas dos semanas (porcentaje similar al de las personas con HTA y con Diabetes mellitus), a diferencia del 19,3 % de la población sana o el 70,1 % de las personas con OEC (Figura 5.6).

Entre los medicamentos más consumidos por las personas con IU en las dos últimas semanas, se encuentran los empleados para paliar el dolor (67,8 %), para control de la tensión arterial

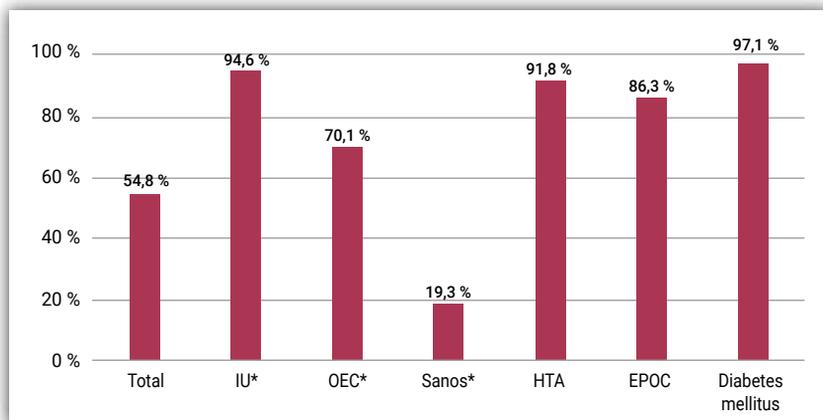


Figura 5.6. Consumo de fármacos recetados por un médico en las 2 últimas semanas en población con IU frente a otras enfermedades.

IU: Incontinencia Urinaria; OEC: Otras Enfermedades Crónicas, HTA: Hipertensión Arterial; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EESE 2014.

* Diferencia significativa entre porcentajes entre IU, OEC y población sana ($p < 0,001$).

(57,2 %), para el estómago y/o alteraciones digestivas (51,9 %), los tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (47,7 %), la medicación para el control de la diabetes (23,1 %), y los antidepresivos y estimulantes (22,7 %).

5. FACTORES QUE AFECTAN LA CARGA ECONÓMICA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ADHERENCIA

La carga económica global de cualquier enfermedad se ve afectada principalmente por la prevalencia de la misma, por el uso de

recursos de los pacientes y por sus pérdidas de productividad. A su vez, estas variables pueden estar determinadas por diversos factores. Entender cuáles son estos factores puede ayudar a la toma de decisiones sobre asignación del presupuesto con miras no solo a mejorar la calidad de vida de los pacientes sino también a reducir la carga global de la enfermedad.

En el caso de la IU y la VH, los principales factores determinantes de la prevalencia estimada, el uso de recursos sanitarios o las pérdidas de productividad han sido identificados y son básicamente tres: **el diagnóstico certero, el tratamiento adecuado, y la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes**. A continuación, revisamos brevemente los hallazgos empíricos de estudios previos sobre estos temas.

El infradiagnóstico de la IU y la VH ha sido estudiado antes (6,10,13,23), encontrando que sus causas radican en que los pacientes no suelen buscar ayuda sanitaria por vergüenza (24,25), o por la creencia errónea de que no existen tratamientos efectivos (25,26), pero también porque el personal sanitario muchas veces no realiza las preguntas adecuadas para diagnosticar la enfermedad (27). Al infradiagnóstico se unen los casos del diagnóstico no certero como causas de la falta de tratamiento oportuno de los pacientes (27-29). El **no identificar ni tratar adecuadamente a las personas con IU puede impactar significativamente en los costes sanitarios y los costes intangibles**. Suehs et al (2016) encontraron que los pacientes diagnosticados de VH que recibían medicación antimuscarínica tuvieron mayores costes sanitarios anuales (12.001 \$ de media) que aquellos con otra medicación (9.373 \$ de media,

$p < 0,001$) (29). En la misma línea, el estudio de Goranitis (2016) demostró que resulta eficiente invertir en pruebas diagnósticas certeras tales como los estudios urodinámicos, aún si su coste es elevado, porque consiguen que el tratamiento sea el adecuado para el paciente y a la larga se traducen en ahorros sustanciales en medicación no necesaria (23).

Por otro lado, el infratratamiento ha sido estudiado en diversos trabajos. Un trabajo realizado en EEUU estimó que solo el 24 % de las mujeres diagnosticadas de IU habían recibido alguna recomendación de tratamiento (farmacológico o no) por parte de su médico, y solo el 6,6 % había recibido un tratamiento farmacológico (14). En los Países Bajos, menos del 30 % de las mujeres recién identificadas con IU fue tratada activamente por su incontinencia y la mayoría solo recibió productos absorbentes (10). En Grecia, solo el 4 % de las mujeres diagnosticadas de IU recibía algún tipo de tratamiento, y solo el 2 % estaban medicadas (9). En España, Hunskar et al (2004) encontraron que solo el 2 % y el 3 % de las mujeres incontinentes recibieron tratamiento farmacológico o cirugía, respectivamente (30). Estas tasas fueron de 3 % y 8 %, respectivamente, en el Reino Unido, 7 % y 3 %, respectivamente, en Francia, y el 5 % en ambos casos, en Alemania (30).

La falta de tratamiento implica un uso de pañales y productos absorbentes importante. En los estudios antes citados, la proporción de pacientes que utilizaba pañales y productos absorbentes diariamente osciló entre el 37 % en Grecia (9) y el 59 % en Alemania (30). Los datos de uso de productos absorbentes para España oscilan entre 52 % (30) y 74,83 % en el estudio más

reciente (31). **Esta utilización de pañales repercute de manera sostenida y directa en los costes directos sanitarios y podría disminuir significativamente si los síntomas de los pacientes fuesen tratados de manera eficaz.**

Por último, se ha encontrado que los pacientes adherentes al tratamiento son significativamente más productivos que los no adherentes, lo que implica menores pérdidas de productividad para la sociedad (32,33). Entre los factores que predicen un mayor grado de adherencia, se encuentra un menor nivel de co-pago del tratamiento por parte del paciente (32,33), arrojando luz sobre la importancia del bajo coste de los tratamientos para el paciente (o incluso su gratuidad) para incrementar la adherencia al tratamiento.

Así, mejora en las tasas de diagnóstico temprano, en las de tratamiento adecuado y en las tasas de adherencia al tratamiento podrían incrementar en el corto plazo la partida de medicación dentro de los costes sanitarios directos, tal y como lo demuestra Goren (2014) (13), **el coste sanitario total de la IU podría disminuir si estas mejoras se traducen en una disminución del uso de pañales y de visitas médicas, y en una mejor productividad de los pacientes. Todo esto podría sobre-compensar el incremento en la carga debido a los costes de la medicación, traduciéndose en una carga global menor de la enfermedad.**

6. CONCLUSIONES

Este capítulo ha dejado de manifiesto que la IU y la VH están asociadas a un coste económico considerable, que puede variar

entre países o entre estudios debido a diferencias de los sistemas sanitarios o metodológicas. En España, la falta de datos recientes sobre el consumo de recursos sanitarios y no sanitarios de los pacientes diagnosticados de IU o de VH impide estimar de manera precisa la carga económica de estas afecciones. Sin embargo, de los resultados de trabajos anteriores, tanto nacionales como internacionales, y del análisis que realizamos de los resultados de la EESE, podemos esbozar las siguientes conclusiones:

- Es muy probable que los costes directos sanitarios constituyan el componente más importante de la carga total de estas enfermedades en España. Esto sucede en todos los estudios previos realizados en diferentes países, independientemente del sistema sanitario.
- El gasto en pañales y productos absorbentes suele ser uno de los motores más importantes de los costes directos sanitarios (19). En España, en el 2005, los costes asociados a los pañales representaron el 37,9 % de los costes directos sanitarios (17). Para poner este porcentaje en perspectiva, en el mismo estudio, la medicación, las visitas médicas y las pruebas diagnósticas representaron el 13,0 %, el 18,2 % y el 0,4 %, respectivamente. Si, según los datos más recientes con los que contamos sobre personas con VH en España, el 74,83 % de los pacientes utiliza pañales y productos absorbentes (31), podemos inferir que la proporción del gasto asociado a estos productos sigue siendo muy significativa.
- Aun si la proporción de los costes correspondiente a medicación, visitas médicas y pruebas diagnósticas es relativa-

mente baja comparada con la del uso de pañales, esto no significa que el consumo de recursos de las personas con IU o VH sea menor al de otras enfermedades crónicas más “visibles”. Los resultados de la EESE muestran que las personas con IU consumieron recursos sanitarios similares o incluso superiores a los de las personas con otras patologías. Controlando por edad, sexo y número de comorbilidades, los pacientes con IU realizaron más visitas al médico especialista, se realizaron más TACs y ecografías, y consumieron igual o más fármacos que las personas con HTA, EPOC o Diabetes mellitus, por solo dar algunos ejemplos. Aunque la EESE no está diseñada para recoger información de pacientes con IU o VH, y el uso de recursos de los pacientes diagnosticados de IU, puede deberse a dicha enfermedad o a alguna otra enfermedad concomitante, estos resultados permiten acercarnos al exceso de consumo de recursos que pueden tener las personas con IU en comparación con la población general y con otras enfermedades crónicas. Aunque en este trabajo no hemos estimado los costes asociados a dicho exceso, podemos inferir, como lo han hecho otros estudios, que estos costes pueden llegar a ser muy significativos para el SNS (34).

- Las consecuencias o complicaciones de la IU y la VH suelen ser factores que afectan de manera significativa su carga económica. En España, solamente la depresión, las infecciones de piel y urinarias y las fracturas, todas ellas consecuencias directas de la IU, equivalieron al 30,5 % del coste sanitario total (17).

- Los costes directos no sanitarios –que incluyen admisiones a instituciones, traslado de los pacientes, y cuidados recibidos, entre otros– también pueden ser partidas considerables de la carga total. En España, solo los costes de admisión a instituciones aproximaron en 2007 los 23 millones de euros anuales en personas mayores de 60 años (17). Ni los costes del traslado de los pacientes ni los de los cuidados informales (familiares y amigos no remunerados) fueron considerados en ninguno de los estudios de carga económica revisados. Sin embargo, en España estos costes podrían ser importantes teniendo en cuenta que, según los datos más recientes, el 28,49 % de los hombres y el 36,41 % de las mujeres que padecen VH cuentan con la ayuda de un cuidador informal (31). Dado que la carga emocional de la IU y de la VH puede ser significativa, considerada como coste intangible, podría incrementar considerablemente la carga económica de la IU y la VH. Sin embargo, con excepción del estudio de Subak (2006) (12), éstos no fueron considerados en los estudios de carga analizados.
- No existen estudios que analicen la interrelación entre las diferentes partidas de costes de la IU. Sin embargo, está demostrado que **la inversión en pruebas diagnósticas ciertas se traduce en una mayor probabilidad de elección del tratamiento adecuado, traduciéndose en mejoras clínicas significativas** (23,28). Esto último puede traducirse en una disminución de consultas médicas, de uso de pañales, y en menores pérdidas de productividad, llevando a una disminución en la carga total de la enfermedad. Estudios futuros

para conocer la interrelación entre las diferentes partidas de costes podrían ayudar a determinar el impacto que puede tener un mayor incremento en gasto de diagnóstico y tratamiento sobre la carga global.

Como conclusión general podemos afirmar que, a pesar de las limitaciones de los trabajos anteriores y de la EESE, la dimensión de la carga económica de la IU y la VH parece ser suficientemente grande como para otorgarle especial importancia a actuaciones de mejora en la atención sanitaria de los pacientes que sufren estas patologías. **Políticas sanitarias específicamente diseñadas para mejorar el diagnóstico, el tratamiento adecuado y la adherencia al tratamiento podrían reducir el sufrimiento asociado a la IU y la VH y a su vez reducir la carga económica y social de estas enfermedades.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Burkhard FC, Bosch J, Cruz F, Lemack A, Nambiar N, et al. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. 2017. Disponible en uroweb 2017: <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>
2. Salinas, J. La Incontinencia Urinaria en el varón en España. Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2010.
3. Akobundu E, Ju J, Blatt L, Mullins CD. Cost-of-illness studies : a review of current methods. *PharmacoEconomics*. 2006;24 (9):869-90.
4. Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (Oxford university press, 2015).
5. Hampel C, Artibani W, Espuña Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, et al. Understanding the Burden of Stress Urinary Incontinence in Europe: A Qualitative Review of the Literature. *Eur Urol*. 2004;46 (1):15-27.

6. Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Wein AJ. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Eur Urol.* 2014;65 (1):79-95.
7. Hu T-W, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology.* 2004 Mar;63 (3):461-5.
8. Tediosi F, Parazzini F, Bortolotti A, Garattini L. The cost of urinary incontinence in Italian women. A cross-sectional study. *Gruppo di Studio Incontinenza. PharmacoEconomics.* 2000 Jan;17 (1):71-6.
9. Karachalios C, Bakas P, Grigoriadis C, Liapis I, Liapis A. Economic parameters associated with the management of female urinary incontinence in the Greek population. *HJOG [Internet].* 2016 Dec 23 [cited 2017 Jan 31];15 (3). Available from: <http://www.hjog.org/journal/index.php/HJOG/article/view/123>
10. Penning van-Beest FJ, Sturkenboom MC, Bemelmans BL, Herings RM. Undertreatment of Urinary Incontinence in General Practice. *Ann Pharmacother.* 2005;39 (1):17-21.
11. Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C, Monz B, Quail D, Schulenburg MG von der, et al. Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. *Maturitas.* 2005;52:35-47.
12. Subak LL, Brown JS, Kraus SR, Brubaker L, Lin F, Richter HE, et al. The 'Costs' of Urinary Incontinence for Women. *Obstet Gynecol.* 2006;107 (4):908-16.
13. Goren A, Zou KH, Gupta S, Chen C. Direct and indirect cost of urge urinary incontinence with and without pharmacotherapy. *Int J Clin Pract.* 2014;68 (3):336-48.
14. Kobelt G, Borgström F, Mattiasson A. Productivity, vitality and utility in a group of healthy professionally active individuals with nocturia. *BJU Int.* 2003;91 (3):190-5.
15. Onukwughu E, Zuckerman IH, McNally D, Coyne KS, Vats V, Mullins CD. The Total Economic Burden of Overactive Bladder in the United States: a Disease-Specific Approach. *Am J Manag Care.* 2009;15:S90-7.
16. Ganz ML, Smalarz AM, Krupski TL, Anger JT, Hu JC, Wittrup-Jensen KU, et al. Economic Costs of Overactive Bladder in the United States. *Urology.* 2010;75 (3):526-532.e18.

17. Irwin DE, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Int.* 2009;103 (2):202-9.
18. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *Eur Urol.* 2006;50 (6):1306-15.
19. Reeves P, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, et al. The Current and Future Burden and Cost of Overactive Bladder in Five European Countries. *Eur Urol.* 2006;50 (5):1050-7.
20. Montesino-Semper MF, Jimenez-Calvo JM, Cabases JM, Sanchez-Iriso E, Hualde-Alfaro A, García-García D. Cost-effectiveness analysis of the surgical treatment of female urinary incontinence using slings and meshes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171 (1):180-6.
21. Monz B, Espuña-Pons M, Hampel C, Hunskaar S, Quail D, Samsioe G, et al. Patient-reported impact of urinary incontinence—Results from treatment seeking women in 14 European countries. *Maturitas.* 2005;52:24-34.
22. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014 [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 30]. Available from: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042014.pdf>
23. Goranitis I, Barton P, Middleton LJ, Deeks JJ, Daniels JP, Latthe P, et al. Testing and Treating Women after Unsuccessful Conservative Treatments for Overactive Bladder or Mixed Urinary Incontinence: A Model-Based Economic Evaluation Based on the BUS Study. Shimosawa T, editor. *PLOS ONE.* 2016;11 (8):e0160351.
24. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *Br J Urol.* 2008;101 (11):1388-95.
25. Freire MM, Cougil MS, Diz PG, Paternain MV, Ramos MB, Ramos FC. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria.* 2004;34 (3):134-139.
26. Diokno AC, Burgio K, Fultz NH, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC. Medical and self-care practices reported by women with urinary incontinence. *Am J Manag Care.* 2004;10 (2; PART 1):69-80.

27. Salinas J C, Díaz A, Brenes D, Cancelo M, Cuenllas A, Verdejo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*. 2010;23 (1):52-66.
28. Suehs BT, Davis C, Franks B, Yuran TE, Ng D, Bradt J, et al. Effect of Potentially Inappropriate Use of Antimuscarinic Medications on Healthcare Use and Cost in Individuals with Overactive Bladder. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64 (4):779-87.
29. Reimundez, G. Incontinencia Urinaria. La enfermedad Silenciosa. *Rev Esp Econ Salud*. 2002;27-30.
30. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int*. 2004;93 (3):324-30.
31. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento. Resultados de Adherencia en Patologías Crónicas: Vejiga Hiperactiva. Astellas Pharma (Documento interno); 2017.
32. Kosilov KV, Alexandrovich LS, Gennadyevna KI, Viktorovna SO, Sergeevna ZN, Ivanovich AI. Social, Economic, and Medical Factors Associated With Solifenacin Therapy Compliance Among Workers Who Suffer From Lower Urinary Tract Symptoms. *Int Neurourol J*. 2016;20 (3):240-9.
33. Kleinman NL, Odell K, Chen C-I, Atkinson A, Zou KH. Persistence and adherence with urinary antispasmodic medications among employees and the impact of adherence on costs and absenteeism. *J Manag Care Pharm*. 2014;20 (10):1047-1056.
34. Villoro R, Merino M, Hidalgo-Vega A, Jiménez M, Martínez L, Aracil J. Women with urinary incontinence in Spain: Health-related quality of life and the use of healthcare resources. *Maturitas*. 2016;94:52-7.



/ 06
CAPÍTULO

Efecto de la adherencia

al tratamiento y su impacto
en la carga de la enfermedad

Pedro Blasco Hernández

1. LA ADHERENCIA COMO CONCEPTO

1.1. Definición de adherencia

La adherencia se define de forma general como la medida en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con un profesional sanitario para el tratamiento de una determinada enfermedad (1). Este concepto de adherencia se apoya en dos elementos fundamentales: incluye toda conducta acordada con el profesional sanitario (cambios en estilo de vida, dietas, hábitos, ejercicio físico, etc.) y no solo la toma de un determinado medicamento, y establece como esencial la existencia de un acuerdo de consenso previo entre paciente y profesional sanitario.

La adherencia es un concepto multidimensional, interviniendo en ella factores dependientes del paciente (expectativas, preocupación por la enfermedad, efectos adversos, impacto en la calidad de vida, etc.), del tipo de tratamiento (mecanismo de acción, efectos adversos, efectividad, etc.), de los profesionales sanitarios (falta de formación en la toma de decisiones consensuadas, relación médico-paciente, etc.) y del propio sistema sanitario (Figura 6.1).

A pesar de las numerosas investigaciones en este campo, la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas a día de hoy sigue siendo un problema de gran magnitud a nivel global.

1.2. Persistencia, cumplimiento y adherencia

Los términos persistencia, cumplimiento y adherencia son habitualmente usados de forma indistinta aunque realmente existen



Figura 6.1. Entornos implicados en la adherencia al tratamiento.

Fuente: elaboración propia.

matices entre ellos. El Grupo de Trabajo de Cumplimiento y Persistencia de Medicamentos de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en 2008 matizó los distintos conceptos, tal y como se recoge a continuación (2).

Persistencia

La persistencia de la medicación describe el acto de continuar el tratamiento durante el tiempo que ha sido prescrito sin que exista un intervalo de incumplimiento significativo, suele definirse como una variable dicotómica que define a los pacientes como “persistentes” o “no persistentes” (2). También puede medirse

como variable continua y expresando el grado de cumplimiento en porcentajes.

Cumplimiento

El cumplimiento de la medicación describe el acto de conformidad con las recomendaciones sobre el día a día del tratamiento tal y como es prescrito en términos de tiempo, dosis y frecuencia. Puede definirse como la medida en que un paciente actúa de acuerdo con el intervalo prescrito y la dosis de un régimen de dosificación. El cumplimiento se mide como dosis administradas por período definido de tiempo y se comunica comúnmente como un porcentaje (2).

Adherencia

El concepto de adherencia establecido en 2003 abarca un concepto más amplio que el concepto de cumplimiento terapéutico establecido en 1975 (3): por un lado, mientras que el cumplimiento terapéutico no precisa de la existencia de un acuerdo previo entre paciente y profesional sanitario, este acuerdo es la base del concepto de adherencia; y, por otro, no solo se circunscribe al tratamiento médico sino a toda conducta acordada entre profesional sanitario y paciente encaminada a curar la enfermedad o mejorar la calidad de vida del paciente.

La “exigencia” de este acuerdo previo entre profesional y paciente establece matices muy importantes a la hora de realizar el abordaje terapéutico de una patología crónica o que requie-

ra un tratamiento de larga duración y se ha demostrado crítica en la toma de decisiones encaminadas a mejorar la adherencia a un determinado tratamiento. Debe establecerse así un nuevo marco de relación entre profesional sanitario y paciente en relación con el curso de la enfermedad, posibilidades de curación, duración del tratamiento, opciones terapéuticas, calidad de vida y toma de decisiones en cuyo contexto, y no otro, debe evaluarse la adherencia.

1.3. La adherencia en el tratamiento de la incontinencia de orina. Un problema de concepto

El documento “Adherencia a tratamientos de larga duración. Evidencia para la acción” publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 (1) describe las enfermedades crónicas como “las enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan una discapacidad residual, son causadas por alteraciones patológicas irreversibles, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación o se puede esperar que requiera un largo período de supervisión, observación o cuidado”. **A día de hoy la incontinencia de orina no se considera en términos generales enfermedad crónica pero resulta a todas luces evidente que por sus características clínicas y evolución podría perfectamente incluirse en la definición anterior y más evidente aún que su comportamiento a nivel de adherencia, sobre todo en el caso de la vejiga hiperactiva, remeda el de cualquier enfermedad crónica como la diabetes mellitus, asma, depresión, etc.**

Por otro lado, si nos centramos en el Síndrome de Vejiga Hiperactiva, su definición Abrams (2002) (4), se convierte en sí misma en una importante limitación para la evaluación de la adherencia dado que se trata de una definición basada en síntomas, sin un sustrato patológico conocido, que no dispone de pruebas complementarias objetivas útiles para su diagnóstico y evaluación de su evolución clínica y cuyo diagnóstico y tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: la objetivación de síntomas mediante el diario miccional de tres días y la evaluación del impacto sintomático y afectación de calidad de vida mediante el uso de cuestionarios denominados Patient-Reported Outcomes (PRO's) (5,6).

En resumen, además de los múltiples factores que intervienen de forma general en la adherencia, la incontinencia urinaria se encuentra con dos problemas conceptuales añadidos que condicionan aún más la adherencia al tratamiento y su evaluación: no es percibida como una enfermedad crónica por los pacientes (7) ni por los profesionales sanitarios y su diagnóstico y evaluación de resultados de tratamiento puede basarse únicamente en dos herramientas: el diario miccional y los cuestionarios de calidad de vida (5).

1.4. Factores que intervienen en la adherencia en Incontinencia Urinaria

La adherencia es un concepto multidimensional donde intervienen múltiples factores dependientes del paciente, del profesional sanitario, de la relación profesional paciente y también de cómo se evalúen los resultados obtenidos por el tratamiento (Figura 6.2).



Figura 6.2. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de la Incontinencia Urinaria.

Fuente: elaboración propia.

Factores dependientes del tipo de tratamiento

El tratamiento médico sigue siendo en la actualidad el pilar fundamental del abordaje terapéutico de la Vejiga Hiperactiva e incluye dos mecanismos de acción fundamentales: anticolinérgico y agonista, cada uno con su perfil de eficacia y seguridad. El factor dependiente exclusivamente del fármaco que puede provocar una falta de adherencia es la presencia de efectos adversos derivados de su uso. Si admitimos que la eficacia de un fármaco es inicialmente conocida por su desarrollo clínico y su efectividad lo es tras un tiempo de uso regular por el colectivo médico, la falta de adherencia por falta de efectividad se encuadraría más en un problema de comunicación médico/paciente

y una falta de consenso en la toma de decisiones basada en unas expectativas realistas que en un factor dependiente del tratamiento exclusivamente.

Los ensayos clínicos aleatorios a doble ciego ponen de manifiesto un abandono de tratamiento anticolinérgico que oscila entre el 6 % y el 31 % a las 12 semanas de tratamiento (7). Esta tasa de abandono tendió a incrementarse en las extensiones de los estudios. Según el tipo de antimuscarínicos, las tasas de interrupción durante 12 semanas fueron del 7 % al 19 % para tolterodina, del 13 % al 31 % para oxibutinina oral, 6 % al 9 % para solifenacina y 14 % al 20 % para fesoterodina.

Se admite que estas tasas de abandono son de forma general mucho más altas en la práctica clínica habitual, con tasas de abandono que oscilan entre el 21 y el 78 % según los estudios consultados (7).

Entre los pacientes en tratamiento con agonista (mirabegrón) la persistencia a los 12 meses fue más alta que la conseguida con los anticolinérgicos (39 % vs 14-35 %). Además, los pacientes que tomaban mirabegrón demostraron un cumplimiento significativamente mayor que aquellos que tomaban antimuscarínicos (64,5 % para mirabegrón vs 18,6 % a 49,2 % para los diversos antimuscarínicos) (8).

Factores dependientes del paciente

Una de las causas más frecuentes para el abandono del tratamiento por parte de pacientes con VH, además de la presencia

de efectos adversos, es que “el tratamiento no funcionó como esperaba”. En un estudio observacional realizado por MacDiarmid en Estados Unidos entre pacientes diagnosticadas y tratadas de Vejiga Hiperactiva, la mitad de la población incluida en el estudio esperaba más de un 70 % de reducción de síntomas mientras un 25 % esperaba más de un 90 % de reducción (9). La falta de unas expectativas adecuadas del resultado del tratamiento es uno de los factores que más influyen en el abandono del tratamiento por parte de los pacientes.

Por otro lado, como en toda enfermedad crónica los problemas emocionales o factores psicosociales pueden dificultar la adherencia al tratamiento o amplificar el impacto de los síntomas. Cada paciente es un individuo singular y su vivencia de enfermedad también lo es de forma que síntomas o efectos adversos similares en intensidad pueden provocar impactos muy distintos en la calidad de vida y en la actitud de distintos pacientes (9). Frente a esta variabilidad individual los profesionales sanitarios necesitan medir de forma objetiva dicho impacto, su evolución con el tratamiento, su reaparición en caso de abandono del mismo o la satisfacción del paciente con el resultado obtenido. En el marco de una patología con una definición basada en síntomas, los resultados percibidos por el paciente (PRO´s) son las herramientas críticas en la evaluación de resultados. Así, por ejemplo, Kim et al (10) aprecian en su estudio con PRO´s una puntuación significativamente mayor en OABq-SF entre los pacientes persistentes en el tratamiento.

Un enfoque útil en la evaluación de la adherencia al tratamiento desde la perspectiva del paciente es el basado en la creencia del

paciente en el marco de necesidad/preocupación por el tratamiento (9,11,12). Este marco establece un balance entre la necesidad que siente el paciente por ser tratado, debido al impacto de la enfermedad en su calidad de vida, frente a la preocupación del mismo por los efectos adversos del tratamiento. En base a este balance los pacientes mantienen tres actitudes fundamentales:

- **Paciente adherido al tratamiento:** son pacientes que presentan una buena adherencia al tratamiento. En este tipo de paciente pesa más el impacto de los síntomas en su calidad de vida y la necesidad de ser tratado que los efectos adversos que presenta el fármaco. La consecuencia es que el paciente presenta una adecuada adherencia al tratamiento.
- **Paciente no adherido accidental:** son pacientes que presentan una persistencia razonable pero no una adherencia adecuada. Estos pacientes presentan un balance necesidad/preocupación similar a los pacientes adheridos pero por diversas razones no realizan el tratamiento de forma adecuada (olvidos, trabajo, etc.). Estos pacientes pueden beneficiarse de estrategias para mejorar la adherencia como llamadas telefónicas, visitas de enfermería, etc.
- **Pacientes no adheridos voluntariamente:** estos pacientes no presentan ni una buena persistencia ni una adecuada adherencia al tratamiento. En este tipo de paciente la preocupación por los efectos adversos pesa más que la necesidad de ser tratados, sobre todo una vez han aparecido los efectos adversos. Estos pacientes difícilmente van a responder a estrategias para mejorar la adherencia que no pasen por

una adecuada exposición del problema y del balance riesgo/beneficio del tratamiento por parte del profesional sanitario en el seno de una relación colaborativa.

Con frecuencia, esta diferencia de actitud entre pacientes no adheridos accidentales y no adheridos voluntarios suele pasar desapercibida al profesional sanitario si este no está adiestrado en la atención de pacientes con problemas crónicos.

Factores dependientes de los profesionales sanitarios.

Dificultad de trabajo con PRO's

La evaluación adecuada de un paciente con vejiga hiperactiva se basa en el uso del diario miccional y cuestionarios de impacto en calidad de vida (5). Aunque a priori este tipo de evaluación puede antojarse muy sencilla, diversos estudios han demostrado la dificultad de un porcentaje no desdeñable de pacientes para completar el diario miccional de una forma útil para el diagnóstico o cumplimentar los cuestionarios de calidad de vida.

Los sistemas sanitarios actuales y sus profesionales se desenvuelven mucho mejor en la evaluación de pruebas objetivas (niveles de glucemia, PSA, pruebas de imagen, etc.) que en la evaluación sintomática del paciente mediante el uso de diario miccional y cuestionarios y aunque es cierto que ese tipo de evaluación objetiva no mejora la adherencia (1) sí es cierto que es la más extendida entre los profesionales.

Diversos estudios avalan que la evaluación con PRO's de un paciente es más sensible para la detección de síntomas que la

historia clínica en solitario ya que permite la objetivación de los síntomas de los pacientes que en muchas ocasiones no son mencionados durante la entrevista clínica (5,6).

Factores dependientes de la relación profesional sanitario/paciente.

Falta de hábito en trabajar en un contexto de consenso de perspectivas

A menudo los trabajos que evalúan la adherencia a los distintos tratamientos en pacientes con incontinencia urinaria concluyen que uno de los problemas que redundan en una escasa adherencia al tratamiento es la falta de unas expectativas realistas por parte del paciente.

Por otro lado, el concepto adherencia en sí mismo “exige” la existencia de un consenso entre profesional y paciente para el inicio del tratamiento en su concepto más amplio (tratamiento médico y/o modificación de hábitos). Este consenso permitirá trabajar de forma colaborativa en un marco de expectativas realistas que con seguridad va a mejorar la adherencia (2,13). El crear este marco de trabajo puede antojarse sencillo pero resulta tremendamente complicado en el desarrollo de una atención clínica habitual.

El establecimiento de un marco de expectativas realistas requiere desde el punto de vista del profesional sanitario:

- Conocimiento de la enfermedad/condición.
- Conocimiento de su arsenal terapéutico en profundidad.

- Evaluación adecuada de la situación clínica del paciente (DM3d y PRO's en el caso de la Vejiga Hiperactiva).
- Información clara y exhaustiva del estadio de la enfermedad, opciones de tratamiento en cada caso concreto y posibilidades de mejoría/curación.
- Interpretación adecuada de las demandas del paciente. Evaluación del paciente en el marco necesidad de tratamiento/preocupación por los efectos adversos.
- Establecimiento de un marco de expectativas realistas para el trabajo y obtención de resultados con el paciente.

Desde el punto de vista del paciente este debería:

- Informar sobre sus expectativas de resultados con el tratamiento.
- Integrarse en una dinámica de trabajo que habitualmente no se basa en pruebas objetivas y que por lo tanto requiere de la implicación activa por su parte para conseguir un diagnóstico adecuado mediante la cumplimentación de diario miccional y cuestionarios.

Volvamos al principio. **Si se admite de forma generalizada que uno de los factores que intervienen en una baja adherencia de los pacientes al tratamiento es la falta de expectativas reales, por su parte debemos admitir también que es un marco de trabajo a desarrollar, si no el crucial, para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.**

1.5. ¿Cómo evaluamos los resultados? La importancia de la perspectiva

La adherencia, al igual que otros resultados del tratamiento, puede ser evaluada de muchas formas distintas, pero deberemos establecer un patrón concreto de medida para cada patología. En el caso de la Incontinencia Urinaria de Urgencia, el patrón que mejor se corresponde con la realidad es que se objective la percepción del paciente dado que esa será la principal herramienta para la toma de decisiones sumada a la objetivación de síntomas mediante el diario miccional de tres días.

Los PRO´s son herramientas que permiten captar resultados subjetivos percibidos por el paciente, particularmente importantes cuando la presencia de efectos adversos o su percepción de mejoría/falta de eficacia son puntos críticos en la adherencia al tratamiento.

Usar los PRO´s como herramienta de medida significa que será la vivencia de enfermedad y el impacto en su calidad de vida percibido por el paciente objetivado en forma de cuestionario, el patrón que seguiremos para la toma de decisiones y evaluación del resultado del tratamiento.

Kim et al (8) en un estudio realizado sobre 952 pacientes evaluó los resultados obtenidos por el paciente en relación con la adherencia, la persistencia y el cumplimiento terapéutico. Los pacientes que mostraron persistencia en el tratamiento a los 24 meses (56,8 %) mostraron una mejor puntuación en los PRO´s usados en la evaluación (EQ-5D, OABSS y/o OABq-SF) que los pacientes no persistentes (43,2 %) (2).

2. IMPACTO DE LA FALTA DE ADHERENCIA EN LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

Tal y como se ha puesto de manifiesto en el capítulo anterior de este libro, son pocos los estudios que en la actualidad evalúan la carga de la enfermedad atribuible a la Incontinencia Urinaria en general o a la Vejiga Hiperactiva en particular en España. Génova-Maleras (14) evaluó la carga de enfermedad en pacientes mayores de 60 años en España en 2008, atribuyendo a enfermedades genitourinarias en general (excluyendo tumores malignos) el 1,9 % de Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (AVAD) perdidos en pacientes mayores de 60 años y en el 2,5 % de pacientes mayores de 80 años, dando un total de 2.078.556 AVADs perdidos. Por otro lado, la Vejiga Hiperactiva presenta una alta prevalencia en Europa (1,8 - 30,1 %) con incremento de la misma conforme aumenta la edad de la población.

Aunque son pocos los estudios que estiman los costes de la Incontinencia de Urgencia, estos se presentan como sustanciales, incrementándose con el paso de los años. Se estima que los costes directos de la Incontinencia Urinaria de Urgencia en el conjunto de Alemania, Italia, España, Suecia y Reino Unido pasará de 4.200 millones de euros en 2005 a 5.200 millones de euros en 2020, con un incremento medio de coste por país del 26 % (15). El tratamiento de esta patología supone el 70 % del coste directo total y de ellos, aproximadamente el 50 % corresponde al uso de absorbente. En nuestro entorno el uso de absorbentes puede llegar a suponer en un distrito de Atención Primaria con atención a medio millón de personas un coste aproximado de 4 millones de euros/año (16).

Es poca la evidencia que evalúa de forma concreta el impacto de la falta de adherencia en la carga de la enfermedad en nuestro medio pero sí el impacto económico y el incremento en el consumo de recursos que provoca el cambio de tratamiento médico en pacientes con Vejiga Hiperactiva. En un estudio realizado sobre 13.000 pacientes en Inglaterra, el coste de pacientes que llegaban a tratarse con 3 anticolinérgicos distintos se incrementaba un 30 % sobre las pacientes tratadas con un solo anticolinérgico (17).

3. MEDIDAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA

A lo largo de este apartado proponemos una serie de posibles medidas encaminadas a mejorar la adherencia al tratamiento en el ámbito de la Incontinencia Urinaria y la Vejiga Hiperactiva, que pasan por facilitar la administración del tratamiento, impulsar la formación en adherencia, potenciar la atención integrada de la patología, o reforzar el trabajo colaborativo (Figura 6.3).

3.1. Facilitar la administración del tratamiento

Facilitar la administración del tratamiento es el primer objetivo a la hora de mejorar la adherencia y el campo posiblemente que más se ha desarrollado en los últimos años (18).

Se mejora la adherencia:

- Simplificando la posología en la medida de lo posible.
- Ajustando tratamientos concomitantes eliminando medicación innecesaria en pacientes polimedicados.



Figura 6.3. Medidas para mejorar la adherencia en el ámbito de la Incontinencia Urinaria.

Fuente: elaboración propia.

- Valorando rutas de administración diferentes a la vía oral en determinados pacientes.
- Entregando al paciente información clara sobre la posología, ruta de administración y duración del tratamiento.
- Usando recordatorios de la toma de medicación (llamadas telefónicas, contacto de enfermería, etc.) (19).

3.2. Formación en adherencia

Es un hecho común entre profesionales dedicados al diagnóstico y tratamiento de la Vejiga Hiperactiva atribuir la falta de adherencia a las características del fármaco, a su falta de eficacia y, sobre todo a su perfil de seguridad; sin embargo, se admite de forma general que la adherencia es un fenómeno multidimensional influido por factores dependientes no solo del fármaco sino del paciente, de los profesionales, etc. Es por ello que resulta evidente que ceñirse a la visión “farmacológica” de la adherencia permitirá mejorarla en determinados aspectos, pero siempre de forma limitada ya que nos estaremos restringiendo a uno solo de los factores, obviando otros. **Mejorar la adherencia requiere actuar a varios niveles y, para empezar, una formación en la totalidad de los campos que influyen en la misma.**

Un programa de formación en adherencia debería incluir:

- Formación básica en el concepto global de adherencia y en particular en los problemas de adherencia a patologías crónicas y de larga duración.
- Formación dedicada a cada uno de los niveles que intervienen en la atención: atención primaria, enfermería, urología, ginecología, etc.
- Formación en el trabajo con PRO´s y evaluación de resultados en salud basados en la información que aporta el paciente.
- Elaboración de herramientas para mejorar la adherencia.
- Formación en la evaluación de perfiles de pacientes crónicos y su posición frente al tratamiento (13).

3.3. Atención integrada

Se admite de forma general que la integración interniveles en la atención de una patología mejora los resultados en salud en el abordaje de cualquier patología (1). Muchos han sido los modelos de integración y planes de acción integrados en los distintos sistemas públicos de salud (diagnóstico precoz del cáncer de próstata, atención temprana en unidades de salud mental, etc.) todos dirigidos a conseguir unos mejores resultados en salud, entre ellos, una mejor adherencia.

Desde el punto de vista de la adherencia, una atención integrada interniveles e interdisciplinar, se convierte en sí misma en una herramienta muy potente para mejorar la adherencia. Este modelo de acción integrada es perfectamente aplicable a la incontinencia en general y a la Vejiga Hiperactiva en particular y permite (18):

- Una mejor accesibilidad al sistema sanitario.
- Disminución en los tiempos de espera.
- Una mejor valoración del paciente en Atención Primaria y por lo tanto una mejor atención temprana.
- Una cumplimentación de diario miccional útil para el diagnóstico en una tasa mucho mayor que en Atención Especializada.
- Mayor satisfacción percibida por parte de los pacientes y los profesionales implicados.

La elaboración de un plan integral de atención a la Vejiga Hiperactiva debería incluir de forma ideal:

- Establecer el circuito de pacientes con los distintos perfiles de pacientes a ser atendidos en cada nivel de atención, las acciones a realizar en cada nivel y el personal que debe realizarlas.
- Aportar la documentación necesaria para el desarrollo del mismo (cuestionarios, diario miccional, documentos de derivación, etc.).
- Implementar medios de comunicación entre profesionales de manera que permita circular la información de manera útil para el programa.
- Aportar la formación específica en Incontinencia Urinaria adaptada a la realidad de cada centro y los profesionales implicados.
- Dar soporte desde Atención Especializada a Atención Primaria de una forma continuada y cercana (coordinación sobre casos, circuitos de pacientes, situaciones especiales, etc.).

3.4. Trabajo con pacientes, trabajo colaborativo

La falta de adherencia a un determinado tratamiento a menudo es interpretada por parte de los profesionales de la salud como un “fallo” del paciente cuando en realidad se trata en muchos casos de una decisión libre por su parte. La decisión de no adherirse a un tratamiento por parte de un paciente se basa tanto en elemen-

tos objetivos, como es la información de que dispone sobre su enfermedad, sobre la eficacia, efectos adversos y duración del tratamiento, como en elementos subjetivos tales como la confianza y el tipo de relación establecida con el profesional sanitario, expectativas de curación/mejoría o el balance preocupación por la enfermedad/miedo al efecto adverso del tratamiento (20).

Una relación colaborativa entre sanitario y paciente se asocia a una mayor adherencia (21) (sobre todo si la paciente es mujer) al intervenir de forma positiva en la decisión de adherirse al tratamiento. **Establecer una relación colaborativa entre sanitario y paciente no depende exclusivamente del factor tiempo, no es un problema de cantidad en ese sentido, sino que es, sobre todo, un problema de calidad del tiempo dedicado.** Una relación colaborativa requiere:

- Establecer una relación de comunicación bidireccional médico-paciente.
- Una adecuada transmisión de información en los dos sentidos, sobre la enfermedad y tratamiento por parte del sanitario, sobre hábitos de vida, situación social, laboral y, sobre todo, expectativas de mejoría/curación por parte del paciente.
- Espacio para la expresión de dichas expectativas por parte del paciente.
- Objetivación de síntomas e impacto en calidad de vida (resultados) como herramienta de comunicación.

Establecer una relación colaborativa entre sanitario y paciente no puede depender únicamente de la experiencia del profesional,

sino que precisa de una formación específica que permita a los profesionales establecer un marco de trabajo adecuado.

Decía William Osler (1849-1919) que *“el buen médico trata la enfermedad, el médico excelente trata al paciente que padece la enfermedad”*. Es probable que todas las herramientas encaminadas a mejorar la adherencia, tales como el establecimiento de un marco de relación colaborativo médico-paciente, la objetivación de síntomas mediante el diario miccional y la evaluación del impacto de la Vejiga Hiperactiva en la calidad de vida del paciente no sean nada nuevo y que no estemos inventando nada, sino adaptando a nuestros tiempos y nuestros sistemas sanitarios las herramientas usadas desde siempre por los profesionales sanitarios para atender a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sabaté E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003:1-211.
2. Kim TH, Choo MS, Kim YJ, Koh H, Lee KS. Drug persistence and compliance affect patient-reported outcomes in overactive bladder syndrome. Quality of Life Research. Springer International Publishing; 2015;25 (8):2021-9.
3. Blackwell B. Treatment adherence. The British Journal of Psychiatry. 1976;129 (6):513-31.
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002;21 (2):167-78.
5. Jimenez Cidre MA, López-Fando L, Esteban M, Franco A, Arlandis S, Castro D, et al. How should we address the diagnosis of overactive bladder in women?

- Actas Urológicas Españolas. 2016 Jan-Feb;40(1):29-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=how+should+we+address+the+diagnosis+of+overactive+bladder>
6. Khullar V, Amarenco G, Angulo JC, Blauwet MB, Nazir J, Odeyemi A, et al. Patient-Reported Outcomes with the beta3-adrenoceptor agonist mirabegron in phase III trial in patients with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*. 2016;35:987-994
 7. Blasco P, Valdivia MI, Oña MR, Roset M, Mora AM, Hernández M. Clinical characteristics, beliefs, and coping strategies among older patients with overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2017 Mar;36(3):774-779.
 8. Kim TH, Lee KS. Persistence and compliance with medication management in the treatment of overactive bladder. *ICUrology*. 2016;57:84-93.
 9. Wagg A, Franks B, Ramos B, Berner T. Persistence and adherence with the new beta-3 receptor agonist, mirabegron, versus antimuscarinics in overactive bladder: Early experience in Canada. *Can Urol Assoc J*. 2015;9 (9-10):343-8.
 10. Kim TH, Choo MS, Kim YJ, Koh H, Lee KS. Drug persistence and compliance affect patient-reported outcomes in overactive bladder syndrome. *Qual Life Res*. 2016;25:2021-2029.
 11. Errando-Smet C. Utilidad de los cuestionarios en pacientes con vejiga hiperactiva y síntomas del tracto urinario inferior; *Med Clin (Barc)*. 2014;143 (12):539-541.
 12. Foot H, La Caze A, Gujral G, Cottrell N. The necessity concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2016;99 (5):706-17.
 13. Marschall-Kehrel D, Spinks J. The Patient-Centric Approach: The Importance of Setting Realistic Treatment Goals. *European Urology Supplements*. European Association of Urology. 2011;10 (1):23-7.
 14. Génova- Maleras R, Alvarez-Martín E, Catalá-López F, Fernández N, Morant-Ginestar C. Aproximación a la carga de enfermedad en personas mayores en España. *Gac Sanitt* 2011;25 (S):47-50.
 15. Milson I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *European Urology* 2014;65:79-95.

16. González J, López J, Márquez M, Ramos R. J. Implantación de una estrategia para mejorar la calidad de la prescripción en absorbentes de incontinencia urinaria. *Rev. O.F.I.L.* 2014;24;3:165-171.
17. Hamid R, Loveman C, Morton R, Millen J, Hassan Y. Burden on secondary care of overactive bladder patients who are inadequately managed with anticholinergics in England. *Value in Health.* 2014;17:323-686.
18. Blasco P, Valdivia M I, Oña M R, Rodríguez M V, Jurado R, Caro P, Gutierrez M, Martín C, Rivas J: Are incontinence guidelines useful applicable tools or more scientific approach to the problem?; *Neurourol Urodyn.* 2013;32 (6):507-932.
19. Wagg A. Overactive bladder: strategies to ensure treatment compliance and adherence. *Clinical Interventions in Aging.* 2016;11:755-760.
20. Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M, Osborne JB. The physician-patient working Alliance: Theory, research and future possibilities. *Patient Education and Counselling.* In press
21. Arbuthnott A, Sharpe D. The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient Education and Counselling.* 2009;77:60-67.

/ 07 CAPÍTULO

Conclusiones y recomendaciones para fomentar la eficiencia y mejorar el abordaje integral del paciente con IU y/o Síndrome de la Vejiga Hiperactiva

Todos los autores

Este libro ha puesto de manifiesto que la Incontinencia Urinaria y la Vejiga Hiperactiva son problemas de salud altamente prevalentes, de carácter crónico, que afectan de forma significativa a la calidad de vida y cuya atención supone un alto impacto socioeconómico para el sistema sanitario y para los pacientes. La evolución demográfica española hace prever que en el futuro el número de personas afectadas por estos problemas será mayor.

Este último capítulo tiene por objeto contribuir a la mejora de la gestión de los pacientes con IU desde una perspectiva clínica y económica, recogiendo las recomendaciones de los capítulos anteriores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Diagnóstico y tratamiento

- Considerar la VH como un problema crónico, con elevada prevalencia y elevado impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores
- Con las herramientas disponibles realizar el diagnóstico diferencial de los factores que participan en la génesis de los síntomas y **alcanzar así en cada paciente un diagnóstico correcto que permita un tratamiento adecuado.**
- Incluir en la **historia clínica** preguntas que permitan realizar una aproximación inicial de los **factores relevantes para el diagnóstico y tratamiento.**

- **Establecer el grado de molestia y el deseo de tratamiento por parte del paciente.** La exploración física dirigida incluirá la exploración abdominopelviana y una exploración neurológica básica.
- **Utilizar cuestionarios sintomáticos** (instrumentos validados) cumplimentados por los pacientes y de calidad de vida como herramientas para conocer la forma en que los pacientes perciben su salud y el impacto que los tratamientos, o cambios conductuales, tienen en su calidad de vida. Esto no solo facilita la estandarización de la información sino también una toma de decisiones clínicas adecuadas, que dirija los recursos hacia las personas que realmente lo necesitan.
- La **elección del tratamiento más adecuado** debe basarse en los resultados de los instrumentos aplicados, así como en las especificidades individuales, las preferencias de cada paciente y en la evidencia científica existente acerca de los distintos tratamientos.
- **Evaluar cuáles son los problemas de accesibilidad al tratamiento farmacológico, para que más pacientes puedan beneficiarse de la terapia farmacológica activa.** En los casos en que ésta fracase y no esté indicado el tratamiento quirúrgico, los tratamientos adyuvantes como absorbentes, colectores y sondas permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y manejar los síntomas de la incontinencia.
- **Sería deseable que los centros hospitalarios contaran con una Unidad Funcional de Suelo Pélvico.** Su importancia radi-

ca en que la IU como síntoma de una disfunción del suelo pélvico puede asociarse a otras patologías, por lo que, tras una valoración conjunta de la patología pélvica, se impone una corrección también conjunta.

- Aunque la situación asistencial ha mejorado en los últimos años, se necesita **mejorar la formación del personal sanitario e incrementar la concienciación por parte de las autoridades sanitarias sobre la magnitud del problema** y sobre las necesidades docentes, de organización asistencial y económicas para tratarlo adecuadamente.
- **Aplicar un tratamiento pautado que palíe los síntomas** y alivie el grado en el que estos interfieren en la vida diaria de los pacientes, controlando también otros factores que predicen la disfunción.
- Cuando el tratamiento inicial conservador es insuficiente, recurrir a la cirugía en el caso de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo o al tratamiento farmacológico en los pacientes con VH con o sin Incontinencia de Urgencia.
- Resulta clave **seguir investigando en qué medida los distintos tratamientos disponibles tienen un impacto en la calidad de vida de los pacientes, y realizando comparaciones entre ellos**. La información a los pacientes y la formación de los profesionales también son instrumentos básicos necesarios para una adecuada implementación de las políticas de promoción de la continencia en hombres y mujeres.

Adherencia

- **Facilitar la administración del tratamiento simplificando la posología en la medida de lo posible**, ajustando los tratamientos concomitantes, valorando rutas de administración diferentes en determinados pacientes.
- **Entregar al paciente información clara sobre la posología**, ruta de administración y duración del tratamiento, y **emplear recordatorios de la toma de medicación**.
- Impulsar la **formación básica** en el concepto global y particular de **adherencia** en cada uno de los niveles que intervienen en la atención (atención primaria, enfermería, urología, ginecología, etc.)
- **Impulsar la formación en el trabajo con PRO's y evaluación de resultados en salud**; elaboración de herramientas para mejorar la adherencia; y formación en la evaluación de perfiles de pacientes crónicos y su posición frente al tratamiento.
- **Potenciar una atención integrada interniveles e interdisciplinar** para lograr una mejor accesibilidad al sistema sanitario, disminuir los tiempos de espera, mejorar la atención temprana y aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales.
- Idealmente, la elaboración de un **plan integral de atención a la Vejiga Hiperactiva** debería incluir el establecimiento de un circuito de pacientes con los distintos perfiles a ser atendidos en cada nivel de atención, las acciones a realizar en cada nivel y el personal que debe realizarlas, aportando

la formación e información necesarias para su desarrollo y dando soporte desde atención especializada de una forma continuada y cercana.

- **Reforzar el trabajo colaborativo entre el personal sanitario y el paciente**, para intervenir de forma positiva en la decisión de adherirse al tratamiento. Esto requiere establecer una relación de comunicación bidireccional médico-paciente, sobre la enfermedad, su tratamiento y las expectativas del paciente.

Utilización eficiente de recursos

- Para obtener una estimación fiable de la utilización de recursos sanitarios de los pacientes con IU y VH, es necesario **diseñar y llevar a cabo estudios que recojan datos recientes de consumo de recursos** en una muestra representativa de pacientes.
- **Incluir el consumo de recursos causado por las comorbilidades asociadas a la IU o la VH**, como la depresión y las infecciones urinarias o dermatológicas en los estudios de uso de recursos.
- **Incluir los costes de admisión a instituciones y los costes del cuidado informal en las partidas de costes directos no sanitarios.**
- Para conocer el impacto real de la patología en la sociedad, **es imprescindible contar con datos sobre las pérdidas de productividad laboral asociadas a la IU.**

- La implementación de un abordaje ideal de la IU conlleva un esfuerzo de inversión que no puede evaluarse dentro de los parámetros habituales de los análisis de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio, ya que estos métodos no miden el resultado en términos de impacto social. **Es deseable estimar el valor social de un abordaje ideal de la IU o la VH, que permita a los decisores sanitarios tomar conciencia del retorno que tiene para la sociedad una propuesta alternativa de actuación**, así como orientar, en último término, sus decisiones en la gestión diaria.
- En suma, se constata la necesidad de realizar estudios donde se estime el impacto económico que la IU tiene desde una **perspectiva social amplia**. Ello exigiría incorporar una triple vertiente: **gasto sanitario, pérdidas laborales y valor económico del cuidado informal**. A ello debería añadirse la realización de trabajos que revelaran el valor social asociado al desarrollo de tratamientos efectivos.

LISTA DE ABREVIATURAS

\$	Dólares americanos
€	Euros
ACV	Accidente Cerebro-Vascular
AEU	Asociación Española de Urología
AP	Atención Primaria
AVAC	Años de Vida Ajustados por Calidad
AVAD	Años de Vida Ajustados por la Discapacidad
AVD	Actividades de la Vida Diaria
BCSQ	Bladder Control Self-Assessment Questionnaire
B-SAQ	Bladder Self-Assessment Questionnaire
CACV	Cuestionario de Autoevaluación de la Condición Vesical
CdV	Calidad de Vida
CES-D	Center for Epidemiology Studies Depression Scale
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
DAC	Disposición a aceptar a ser compensado
DAP	Disposición a pagar
DE	Desviación estándar
DM	Diario Miccional
DM3d	Diario Miccional de 3 días
ECO	Ecografía
EESE	Encuesta Europea de Salud en España
EEUU	Estados Unidos
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EQ-5D	European Quality of Life 5 - Dimensions
EQ-5D-3L	European Quality of Life 5 - Dimensions - 3 Levels
EQ-5D-5L	European Quality of Life 5 - Dimensions - 5 Levels
EUD	Estudio urodinámico
EVA	Escala Visual Análoga
FSFI	Female Sexual Function Index

GC	Grupos de comparación
GR	Grado de recomendación
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale
HD	Hiperactividad de Detrusor
HTA	Hipertensión Arterial
IC	Intervalo de Confianza
ICC	Insuficiencia Cardiaca Congestiva
ICI	International Consultation on Incontinence
ICIQ	International Consultation on Incontinence Questionnaire
ICIQ-LUTSq	ICIQ - Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life
ICIQ-OABq	ICIQ - Overactive Bladder Quality of Life
ICIQ-SF	ICIQ - Short - Form
ICIQ-UI SF	ICIQ - Urinary Incontinence Short - Form
ICS	International Continence Society (Sociedad Internacional de Continencia)
IFU	Investigación Funcional en Urología
IIQ	Incontinence Impact Questionnaire
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPSS	International Prostate Symptom Score
I-QOL	Urinary Incontinence-Specific Quality of Life Instrument
ISI	Incontinence Stress Index
ITU	Infección del Tracto Urinario
IU	Incontinencia Urinaria
IUE	Incontinencia Urinaria de Esfuerzo/Estrés
IUM	Incontinencia Urinaria Mixta
IUP	Incontinencia Urinaria asociado a Prolapso de Órganos Pélvicos
IUU	Incontinencia Urinaria de Urgencia
KHQ	King's Health Questionnaire
M	Millones
MAE	Médico de Atención Especializada
MAP	Médico de Atención Primaria
MUSIQ	Male Urinary Symptom Impact Questionnaire
NANC	No adrenérgicos, no colinérgicos
OAB	Overactive Bladder (Vejiga Hiperactiva)
OABq-SF	Overactive Bladder Questionnaire Short-Form

OAB-SAT-q	Overactive Bladder Satisfaction Questionnaire
OABSS	OAB Symptom Score
OAB-V8	AOB Awareness Tool
OEC	Otras enfermedades crónicas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONI	Observatorio Nacional de Incontinencia
POP	Prolapso de Órganos Pélvicos
POSQ	Primary OAB Symptom Questionnaire
PPBC	Patient Perception of Bladder Condition
PPIUS	Patient Perception of Intensity of Urgency Scale
PRO	Patient-Reported Outcomes (Resultados informados de pacientes)
PSA	Antígeno Prostático Específico
QoL	Quality of Life (Calidad de vida)
RM	Resonancia Magnética
RPM	Residuo Post-Miccional
Rx	Radiografía
SF-12	12-Item Short-Form
SF-36	36-Item Short-Form
SFQ	Sexual Function Questionnaire
SINUG	Sociedad Iberoamericana de Neurología y Uroginecología
SNS	Sistema Nacional de Salud
STUI	Síntomas del Tracto Urinario Inferior
SU	Síntomas Urinarios
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TTO	Tratamiento
TUI	Tracto Urinario Inferior
UI-4	Urinary Incontinence-4 Questionnaire
US\$	Dólar estadounidense
U-UDI	Urge Urogenital Distress Inventory
VCO	Variación Compensatoria
VE	Variación Equivalente
VH	Vejiga Hiperactiva
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WPAI	Work Productivity and Activity Impairment
YIPIS	York Incontinence Perceptions Scale

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Cuestiones a tener en cuenta al valorar los resultados de epidemiología de VH.....	29
Tabla 1.2.	Diagnóstico diferencial. Síndrome de Vejiga Hiperactiva	40
Tabla 1.3.	Herramientas diagnósticas para el estudio de la Urgencia y dimensiones de la Urgencia	42
Tabla 1.4.	Pruebas diagnósticas recomendadas por la ICS para el diagnóstico inicial de la IU y VH	47
Tabla 1.5.	Fármacos anticolinérgicos para el tratamiento de la VH.....	51
Tabla 3.1.	Algunos cuestionarios específicos de CVRS para la IU, según el grado de recomendación de la International Consultation on Incontinence.....	86
Tabla 3.2.	AVACs correspondientes a las enfermedades crónicas, España.....	89
Tabla 3.3.	Puntuaciones promedio en dos cuestionarios de CdV para los distintos grupos sintomáticos, España.....	93
Tabla 3.4.	Impacto de la IU sobre actividades de la vida diaria, por tipo de IU y severidad (% de pacientes que reportan tener problemas moderados o totales en las distintas actividades señaladas).....	105
Tabla 4.1.	Problemas en el ámbito laboral	129
Tabla 5.1.	Carga económica de la Incontinencia Urinaria en el ámbito internacional.....	156
Tabla 5.2.	Carga económica del Síndrome de la Vejiga Hiperactiva (con o sin Incontinencia Urinaria) en el ámbito internacional.....	161
Tabla 5.3.	Carga económica de la Incontinencia Urinaria y el Síndrome de la Vejiga Hiperactiva en España.....	166
Tabla 5.4.	Porcentaje de personas que realizaron consultas de Atención Primaria y Especializada.....	170
Tabla 5.5.	Odds ratios del uso del servicio de consultas de Atención Primaria y Especializada de la población con IU frente a otras enfermedades.....	171
Tabla 5.6.	Porcentaje de personas que se realizaron pruebas médicas y de radiodiagnóstico en los últimos 12 meses.....	173
Tabla 5.7.	Odds ratios de las pruebas realizadas en los últimos 12 meses en población con IU frente a otras enfermedades	174
Tabla 5.8.	Hospitalizaciones y número medio de ingresos en los últimos 12 meses en población con IU frente a otras enfermedades.....	175

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Coste de la VH comparado con patologías prevalentes.....	32
Figura 1.2. Prevalencia de la Vejiga Hiperactiva en mujeres en España.....	35
Figura 1.3. Prevalencia de Vejiga Hiperactiva en pacientes institucionalizados en España.....	36
Figura 2.1. Proceso asistencial en Atención Primaria de Vejiga Hiperactiva.....	69
Figura 2.2. Proceso asistencial en Atención Primaria de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).....	70
Figura 3.1. Áreas de evaluación de las medidas de resultados reportadas por los pacientes.....	83
Figura 3.2. Dimensiones de calidad de vida afectadas por la Incontinencia Urinaria.....	96
Figura 3.3. Porcentaje de mujeres de 60 años o más que reportan problemas en la dimensión de movilidad del EQ-5D-5L, por tipo de enfermedad diagnosticada, en España.....	98
Figura 3.4. Puntuación en las preguntas de bienestar individual de mujeres con y sin IU.....	101
Figura 3.5. Puntuaciones promedio en las dimensiones del SF-36, ajustadas por sexo y edad, en personas con IU, depresión y ambas dolencias al mismo tiempo, frente a la población general.....	102
Figura 3.6. Puntuación en el KHQ y en sus dimensiones para mujeres sexualmente activas con y sin incontinencia durante el coito. España.....	108
Figura 5.1. Componentes de la carga económica y social de la Incontinencia Urinaria.....	154
Figura 5.2. Costes directos sanitarios por paciente.....	164
Figura 5.3. Componentes del coste anual por pacientes con VH en España (%).....	168
Figura 5.4. Asistencia a otros profesionales sanitarios en el último año.....	172
Figura 5.5. Uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses en población con IU frente a otras enfermedades.....	176
Figura 5.6. Consumo de fármacos recetados por un médico en las 2 últimas semanas en población con IU frente a otras enfermedades.....	177
Figura 6.1. Entornos implicados en la adherencia al tratamiento.....	191
Figura 6.2. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de la Incontinencia Urinaria.....	195
Figura 6.3. Medidas para mejorar la adherencia en el ámbito de la Incontinencia Urinaria.....	205

