



Informe de consenso desde la **adherencia** sobre la **mejora del proceso asistencial** en la **Vejiga Hiperactiva**

Ponencia en XIII jornadas de Adherencia al Tratamiento

D. José Luis Álvarez-Ossorio

Expresidente de la AEU. Jefe de Servicio de Urología del H. Puerta del Mar de Cádiz

D. José Luis Trillo

Jefe de Servicio Prestación Farmacéutica, Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana

Dña. Judith Lleberia

Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, H. de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona



LABORATOIRES
Pierre Fabre



GRUPO OAT

1. Fundamentos y metodología del consenso claVHes
2. Claves clínicas para **mejorar la adherencia terapéutica** en la vejiga hiperactiva
3. De la evidencia al sistema: estrategias para **optimizar el proceso asistencial**



Fundamentos y metodología del consenso claVHes

D. José Luis Álvarez-Ossorio

Expresidente de la AEU. Jefe de Servicio de Urología del H. Puerta del Mar de Cádiz

Qué es la VH y por qué es relevante

Qué es la VH y por qué es relevante

Vejiga Hiperactiva (VH)

Síndrome clínico caracterizado por:

- Urgencia miccional (deseo repentino e imperioso)
- Frecuencia miccional aumentada
- Nicturia
- Aislada o con incontinencia urinaria de urgencia
- Ausencia de infección del tracto urinario u otras patologías

No amenaza la supervivencia de los pacientes, pero ejerce un **alto impacto en la calidad de vida relacionada con la salud**

Qué es la VH y por qué es relevante

Prevalencia de la VH

En España se ha estimado:

- **10-22% de la población**
- **5,2 millones de personas con VH**

La prevalencia ha ido aumentando en los últimos 20 años

Se prevé que siga aumentando conforme envejece la población general

Potencial incremento de los costes asociados a VH

Qué es la VH y por qué es relevante

Algoritmos de tratamiento en VH



Medidas higiénico-dietéticas y modificación de la conducta, incluyendo entrenamiento del músculo del suelo pélvico



Antimuscarínico (GR:A)
Agonistas selectivos del receptor $\beta 3$ adrenérgico (GR:B)



Si falta de respuesta



Considerar terapia especializada:
electroestimulación del nervio tibial posterior (GR: B), toxina botulínica (GR: A)
o neuromodulación sacra (GR: A)

Tratamientos para el síndrome de vejiga hiperactiva

Tratamiento no farmacológico (primera línea)

Medidas higiénico-dietéticas y cambios de estilos de vida:

- Suprimir alimentos y bebidas que puedan exacerbar la irritación vesical y el aumento de formación de orina. Se recomienda disminuir el consumo de cafeína, té, alcohol, bebidas carbonatadas, etc. Restricción de líquidos a partir de media tarde, sobre todo si existe nicturia
- Evitar malos hábitos miccionales, como demorar el tiempo entre micciones o las micciones en intervalos muy cortos de tiempo
- Evitar el estreñimiento crónico y aumentar la fibra en la dieta
- Control del peso (en mujeres mayores con obesidad se ha comprobado un efecto positivo de la pérdida de peso mayor del 5% sobre la incontinencia urinaria)
- Ejercicio físico adaptado, evitando esfuerzos intensos que puedan provocar escapes de orina
- Abandono del hábito tabáquico
- La incontinencia por la existencia de barreras arquitectónicas y el uso de ropa inadecuada se debe tener en cuenta, sobre todo en pacientes mayores con problemas de movilidad o deterioro cognitivo

Técnicas de modificación de la conducta:

- Entrenamiento vesical y pauta miccional programada. Requiere la aceptación y colaboración del paciente, así como un buen grado de capacidad física y mental
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel). Pueden hacer desaparecer o mejorar los síntomas de todos los tipos de incontinencia urinaria
- *Biofeedback* (biorretroalimentación). Se basa en la toma de conciencia de la micción y reforzarla mediante señales táctiles, visuales o auditivas. Requiere una buena capacidad funcional y un alto grado de colaboración, junto con la intervención de un terapeuta

Tratamiento farmacológico (segunda línea)

Antimuscarínicos:

- Fesoterodina (Toviaz®)
- Oxibutinina (Ditropan®)
- Propiverina (Mictonorm®)
- Solifenacina (Vesicare®)
- Tolterodina (Detrusitol®, Urotrol®)
- Trospio (Uraplex®)

Agonistas selectivos del receptor β_3 adrenérgico:

- Mirabegrón (Betmiga®)
- Vibegrón (Obgemsa®)

Otros tratamientos – Terapias avanzadas (tercera línea)

- Toxina botulínica (inyección en el detrusor)
- Neuroestimulación sacra eléctrica
- Estimulación transcutánea bilateral del nervio tibial posterior

Medidas paliativas

Absorbentes, colectores externos, sistemas oclusivos uretrales o catéter vesical. Su uso no excluye otras intervenciones y se utilizan de forma complementaria

Objetivo y metodología

El objetivo de este análisis es promover un **consenso multidisciplinar** con rigor científico sobre la **mejora del proceso asistencial**, tanto clínico como de gestión, de la **vejiga hiperactiva** (VH) desde el punto de vista de la **adherencia**.

Para ello, se ha creado un **Grupo de Trabajo multidisciplinar** con el fin de llegar a un acuerdo en las medidas para la optimización de los flujos asociados al proceso asistencial, que garanticen un mejor abordaje de la VH que resulte, en último término, en una mejora significativa de la adherencia.

Grupo de Trabajo del consenso

Nombre	Apellidos	Cargo
Judith	Lleberia	MD PhD. Gynaecologist and Pelvic Floor Expert. Master in Statistics. Head of Service. Jefe Ss Ginecología y Obstetricia H. de l'Esperit Sant Sta. Coloma de Gramanet
Carmen	Valdés y Llorca	Vocal Comité Científico OAT AP CS Fuencarral- DA Norte Madrid Ex-presidenta SEMERGEN Madrid
Angels	Roca	Presidenta ASIA
Jose Luis	Álvarez-Ossorio	ExPresidente AEU H. Puerta del Mar Cádiz
Luis	Prieto	ExVicepresidente AEU H.de Alicante
Higinio	Flores Tirado	Responsable Área Nefrourología de la SEMG Médico Familia en DS Málaga-Guadalorce
Julia	Quevedo	Presidenta SEDAP DAsistencial Médico en DA Este SERMAS
Dulce	Ramírez	Directora Médica H.Infanta Cristina Madrid y Vicepresidenta 1ª de SEDISA
Mª Teresa	Málaga	Vocal ANDE Supervisora Udad Urología y Tx de órganos abdominales
Jose Luis	Trillo Mata	Jefe de Servicio Prestación Farmacéutica Consellería Comunidad Valenciana, Valencia
Pep (Josep Maria)	Guiu Segura	Director de Farmacia i del Medicament del Consorci Sanitari de Catalunya
Charo	Azcútia Gómez	Gerente Asistencia de Atención Primaria, SERMAS Madrid
Angeles	Guzmán Fernández	Jefa del Ss de Cartera de Ss y Funcionamiento de Centros de AP, Gerencia Regional de Salud, SACYL
Raquel	Mesa Expósito	Farmacéutica del Servicio de Uso Racional del Medicamento de Canarias

Fases del consenso



Evaluación de medidas por **nivel de acuerdo y factibilidad de implementación** (escala 1–10) para:

- Mejora de la **adherencia terapéutica**
- Mejora del **proceso asistencial**

2

Claves clínicas para mejorar la adherencia terapéutica en la vejiga hiperactiva

Dña. Judith Lleberia

Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, H. de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona

Factores que condicionan la adherencia en VH

- Ofrecer **información detallada al paciente** sobre la enfermedad y el tratamiento (posibles efectos adversos, variabilidad de efecto entre pacientes, gestión de tiempos...).
- **Conciliar la medicación** del paciente.

Factores de la gestión asistencial

- Evaluar sistemáticamente la **adherencia terapéutica** del paciente, junto con farmacia comunitaria.
- Crear un **protocolo sencillo** adaptable entre sistemas sanitarios y niveles asistenciales.
- Optimizar el uso de las **herramientas digitales** para fortalecer una comunicación bidireccional.
- **Formar en VH a profesionales** que atienden a una pluralidad de patologías, incluyendo a farmacia comunitaria.

- Priorizar **actividades de valor**, orientadas a reducir morbilidad y mejorar resultados clínicos y de calidad de vida, y desincentivar actividades de bajo valor.
- Usar la **tecnología e inteligencia artificial** para redistribuir los recursos, liberando tiempo de consulta para dedicarlo a los pacientes que más lo necesitan.
- Automatizar y digitalizar la **recogida de datos**, de forma que la información relevante se integre directamente en la historia clínica y pueda explotarse de manera útil.
- Identificar estratégicamente otros **procesos asistenciales** que pueden simplificarse o externalizarse para liberar capacidad en la consulta.
- Renovar la **cultura de humanización** para que no se limite a planes normativos, sino que impregne la práctica clínica diaria con mayor tiempo de escucha, personalización y acompañamiento.

Nivel de acuerdo y factibilidad de implementación de las intervenciones para la **mejora de la adherencia terapéutica**



Mejora de la adherencia terapéutica

Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto	(A)
Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería	(B)
Mejorar el seguimiento (cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia	(C)
Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	(D)
Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	(E)
Mejorar el seguimiento (cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia	(F)
Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria	(G)
Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias	(H)
Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología	(I)
Asociar los tratamientos a una rutina diaria	(J)
Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia	(K)
Aumentar la concienciación en la población general acerca de la enfermedad	(L)
Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología	(M)



Claves del abordaje terapéutico

Abordaje terapéutico

Implementar **6 medidas clave** para seguir avanzando hacia un abordaje terapéutico más estructurado, centrado en el paciente, adaptable a las necesidades clínicas reales y basada en datos objetivos:



Estandarización basada en la evidencia científica



Formación específica en VH para profesionales sanitarios



Manejo proactivo de los efectos adversos del tratamiento

Participación activa de equipos multidisciplinares



Evaluación continua, sistemática y eficaz de los resultados en salud



Educación y empoderamiento del paciente





De la evidencia al sistema: estrategias para optimizar el proceso asistencial

D. José Luis Trillo

Jefe de Servicio Prestación Farmacéutica, Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana

Por qué mejorar el proceso asistencial

Abordaje asistencial del paciente (I)

- Llevar a cabo una **actualización de las guías clínicas que integre todas las opciones terapéuticas** disponibles para los pacientes con VH en España en la actualidad.
- Incorporar el perfil de **enfermería de AP** en la ruta asistencial del paciente con VH para la valoración de los síntomas de VH, tanto en el proceso diagnóstico como en el seguimiento posterior.
- Promover el **uso del diario miccional**, en un formato sencillo (ya sea en papel o digital), de 3 días de duración y contando con apoyo familiar para su empleo.
- Promover el uso de las **escalas de gravedad y calidad de vida**, de tipo breve, fácilmente aplicables y validadas, idealmente en formato digital con conexión a la historia clínica del paciente.

Abordaje asistencial del paciente (II)

- Para una **derivación precoz y eficaz**, tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - Formar a pacientes y población general, de manera clara y accesible.
 - Formar y sensibilizar a profesionales sanitarios de AP.
 - Incluir a perfiles como enfermería de práctica avanzada, fisioterapia y psicología.
 - Elaborar un protocolo compartido y consensuado entre especialidades.
 - Incorporar las tecnologías digitales de manera transversal en todo el proceso.
- Para una **colaboración plena con las asociaciones de pacientes**:
 - Identificar y mapear las asociaciones activas.
 - Informar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre dichas asociaciones.
 - Fomentar la colaboración entre asociaciones de pacientes, profesionales de AP (medicina y enfermería) y unidades de experiencia del paciente.
 - Aprovechar recursos existentes en educación en AP, para realizar sesiones de información sobre VH.

Abordaje asistencial del paciente (III)

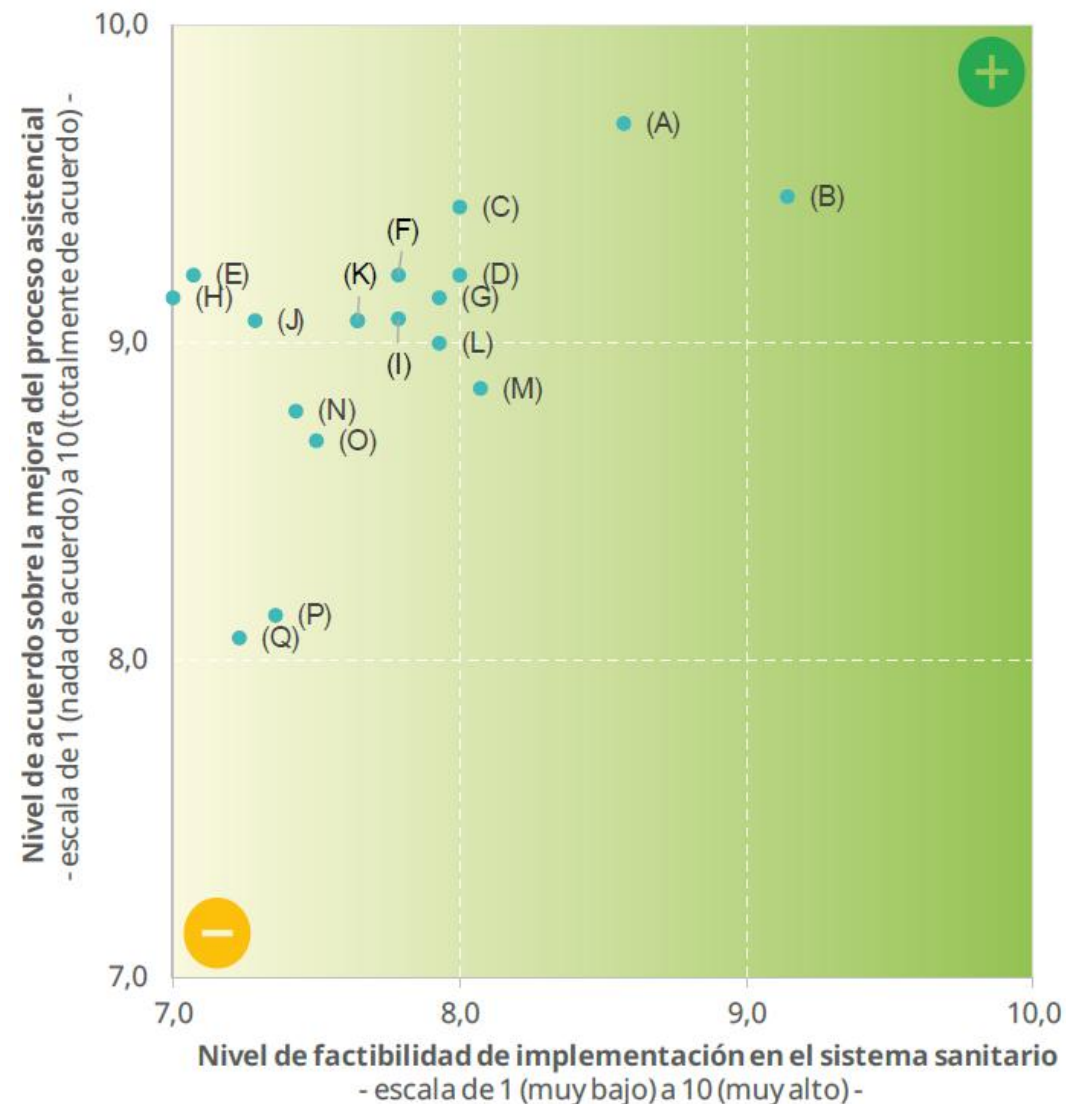
- **Minimizar el impacto del edadismo**, mediante:
 - Formación/sensibilización a profesionales/gestores.
 - Información/concienciación de la población mayor con VH sobre mitos y realidades de la edad y la VH.
 - Optimización de políticas sanitarias centradas en personas mayores.

Nivel de acuerdo y factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial



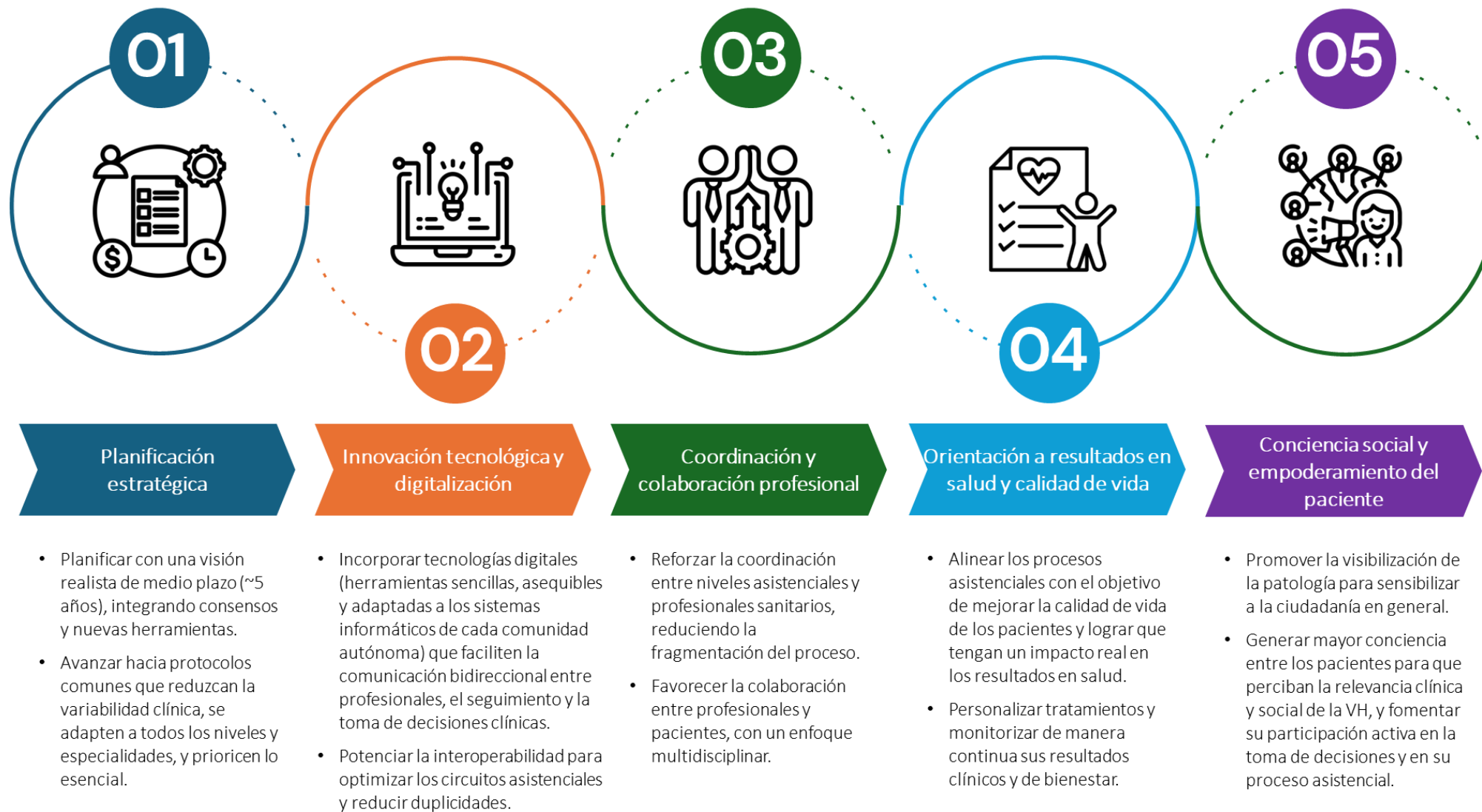
Mejora del proceso asistencial

Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y especializada	(A)
Involucrar a enfermería	(B)
Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)	(C)
Formar e informar al paciente sobre su enfermedad	(D)
Disminuir el tiempo de espera hasta la consulta especializada	(E)
Humanizar la atención a pacientes con VH	(F)
Formar en VH a otros profesionales (atención primaria, urgencias, farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.)	(G)
Implementar el uso de herramientas para evaluar PROMs y PREMs	(H)
Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	(I)
Intensificar el seguimiento (cantidad y calidad)	(J)
Involucrar a farmacia comunitaria	(K)
Involucrar a ginecología/urología	(L)
Derivar a profesionales especializados en la patología	(M)
Involucrar a fisioterapia	(N)
Implementar el uso de herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida	(O)
Aumentar la concienciación en la población general acerca de la enfermedad	(P)
Involucrar a psicología	(Q)
Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer)	(R)



Ejes estratégicos finales

Recomendaciones clave





Descárgatelo aquí



