



Consenso sobre la Mejora del Proceso Asistencial en la Vejiga Hiperactiva desde la Adherencia

Iniciativa de



En colaboración con





Consenso sobre la Mejora del **Proceso Asistencial** en la Vejiga Hiperactiva desde la Adherencia

Iniciativa de



En colaboración con



Edita:

Grupo OAT Observatorio de la Salud, S.L.
C/Cólquide, 6. Edificio Prisma. Portal 2 - 3E
Las Rozas de Madrid. 28231 Madrid
secretaria.oat@oatobservatorio.com

© Grupo OAT 2026.

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido, almacenamiento o transmisión en cualquier forma por medio de cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin previa autorización escrita de los editores.

ISBN: 978-84-09-79987-9

Depósito Legal: M-27578-2025

DOI: <https://doi.org/10.65616/BYSF5176>

AUTORÍA

Equipo técnico:

- **Amaia Casteig**, Grupo OAT
- **María Merino**, Theorema4H
- **Natalia Carcione**, Grupo OAT

Grupo de Trabajo Multidisciplinar (en orden alfabético):

- **José Luis Álvarez-Ossorio**. Expresidente de la Asociación Española de Urología (AEU). Director del Patronato de la Fundación para la Investigación de la Urología (FIU) de la AEU. Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.
- **Rosario Azcutia Gómez**. Gerente Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- **Higinio Flores Tirado**. Grupo de Trabajo de Patología Nefrourológica, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce, Servicio Andaluz de Salud (SAS).
- **Josep Maria Guiu Segura**. Director del Área de Farmacia y del Medicamento, Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC).
- **Ángeles Guzmán Fernández**. Jefa de Servicio de Atención Primaria y Continuidad Asistencial, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL).
- **Judith Lleberia Juanós**. Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.
- **María Teresa Málaga Bernal**. Supervisora de la Unidad de Hospitalización de urología y cirugía en trasplante de órganos abdominales, y Supervisora de Consultas de Urología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- **Raquel Mesa Expósito**. FEA Farmacia Hospitalaria, Dirección General de Programas Asistenciales: Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, Servicio Canario de Salud (SCS).
- **Luis Prieto Chaparro**. Exvicepresidente de la Asociación Española de Urología (AEU). Médico Especialista en Urología, Hospital General Universitario de Alicante.
- **Julia Quevedo Rivera**. Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Directora Asistencial Médico en el Área Este del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- **Dulce Ramírez Puerta**. Vicepresidenta 1ª de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Directora Médica, Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid.
- **Angels Roca Font**. Presidenta de la Asociación para la Incontinencia (ASIA).
- **José Luis Trillo Mata**. Jefe de Servicio Prestación Farmacéutica, Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.
- **Carmen Valdés y Llorca**. Expresidenta de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) de Madrid. Vocal del Comité Científico del Grupo OAT. Médico de familia, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

ÍNDICE

ABREVIATURAS	9
---------------------	----------

Resumen ejecutivo	10
--------------------------	-----------

Justificación, objetivo y metodología	11
---------------------------------------	----

Recomendaciones consensuadas por el Grupo de Trabajo Multidisciplinar según áreas de acción	12
--	----

Recomendaciones clave	17
-----------------------	----

1

Introducción	18
---------------------	-----------

1.1. Situación actual en el manejo de la vejiga hiperactiva en España	19
--	----

1.1.1. Introducción a la enfermedad	19
-------------------------------------	----

1.1.2. Perfiles de pacientes e itinerario asistencial del paciente	21
---	----

1.1.3. Tratamientos disponibles e innovaciones terapéuticas	23
--	----

1.1.4. Toma de decisiones compartidas	25
---------------------------------------	----

1.2. Adherencia en vejiga hiperactiva: optimizando recursos y mejorando experiencias	25
1.2.1. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva	25
1.2.2. La importancia de la adherencia	28
1.2.3. El impacto de la adherencia en el abordaje de pacientes con vejiga hiperactiva	29
1.2.4. Barreras detectadas y factores clave para la mejora de la adherencia	30
1.2.5. Integración de la inteligencia artificial para mejorar la adherencia	32

2

Objetivo y metodología

34

3

Discusión sobre la mejora del proceso asistencial en vejiga hiperactiva

36

3.1. Abordaje asistencial del paciente con vejiga hiperactiva	37
3.2. Abordaje terapéutico del paciente con vejiga hiperactiva	44
3.3. Factores relacionados con la adherencia en vejiga hiperactiva	49
3.4. Intervenciones para mejorar la adherencia	52
3.5. Intervenciones para mejorar el proceso asistencial	54

4

Recomendaciones clave

56

Bibliografía

58

ABREVIATURAS

AP: Atención primaria

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

ITU: Infección del tracto urinario

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

ICC: Coeficiente de correlación intraclase (del inglés *intraclass correlation coefficient*)

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

PREMs: Medidas de la Experiencia Reportada por el Paciente (del inglés *Patient Reported Experience Measures*)

PROMs: Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (del inglés *Patient-Reported Outcome Measures*)

SNS: Sistema Nacional de Salud

VH: Vejiga Hiperactiva

The background is a solid teal color. On the left side, there are several overlapping, organic, wave-like shapes in a lighter shade of teal. These shapes are layered, with some appearing in front of others, creating a sense of depth. They resemble stylized waves or perhaps the folds of a garment.

Resumen ejecutivo

Justificación, objetivo y metodología

La vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de urgencia miccional, aislada o en combinación con incontinencia urinaria de urgencia (IUU), junto con un aumento de la frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable (1). Se ha estimado que en Europa la VH afecta al 12%-17% de la población y en España al 10%-22% (2), habiéndose estimado en un estudio reciente que unos 5 millones de personas en España padecen VH (3). Como la prevalencia aumenta con la edad, en el futuro habrá más personas con VH (4), lo que incrementará la carga sanitaria y social. En la mayoría de los pacientes con VH no se identifica una causa subyacente tras la evaluación clínica y urodinámica, por lo que se denomina VH idiopática (4)¹.

La VH constituye un problema de salud pública importante debido a su alta prevalencia y al impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (más aún si va acompañada de incontinencia urinaria), que afecta a los dominios emocional, sexual y laboral (5). En el año 2023 se estimó que suponía una carga socioeconómica anual en España de unos 497 millones de euros. En concreto, en pacientes con VH en tratamiento farmacológico, el coste anual calculado fue de 1.312 €/paciente (3).

Los tratamientos disponibles en la actualidad incluyen medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida; técnicas de modificación de la conducta; tratamiento farmacológico (tanto antimuscarínicos como agonistas selectivos del receptor β_3 adrenérgico); terapias avanzadas; y medidas paliativas. Todos ellos deben ser individualizados para cada paciente (1). La elección de tratamiento por parte del paciente con VH tras recibir la información apropiada y la toma de decisiones compartida son importantes (6). Desde el punto de vista clínico, hay que tener en cuenta las expectativas de vida y de mejoría del paciente, su grado de incomodidad, su capacidad funcional, la comorbilidad asociada a la VH y su edad (7). El tratamiento siempre va de lo menos invasivo a lo más invasivo, pudiendo combinarse distintos tratamientos a la vez (8).

En España, en el “Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento” la adherencia al tratamiento de la VH fue del 49,80%, porcentaje inferior a la media en enfermedades crónicas (51,56%) y similar al de la EPOC (49,48%), la osteoporosis (49,98%) y las enfermedades reumáticas (48,89%) (9).

Las principales razones para la interrupción del tratamiento para la VH son la falta de eficacia (expectativas de tratamiento incumplidas en los pacientes) y los efectos secundarios. Además, algunos pacientes pueden presentar una aversión general a tomar medicación de manera crónica o, en los pacientes con VH con enfermedades concomitantes y polifarmacoterapia, una tendencia a priorizar los medicamentos en función de la importancia percibida por el propio paciente, lo que da lugar a una jerarquía fármaco/afección (10). Para el tratamiento farmacológico de la VH hay que tener en cuenta la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos, para conseguir una mayor persistencia del tratamiento y mejor calidad de vida (7).

El objetivo de este estudio es promover un **consenso** con rigor científico sobre la **mejora del proceso asistencial**, tanto clínico como de gestión, de la 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.

¹ A lo largo de este documento toda alusión a la vejiga hiperactiva (VH) deberá entenderse como VH idiopática.

Recomendaciones consensuadas por el Grupo de Trabajo Multidisciplinar según áreas de acción

Abordaje asistencial

- 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 atención primaria (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.
- 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 los recursos ya existentes en educación para la salud en AP, para realizar sesiones de información sobre VH.
- **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.

Abordaje terapéutico

- Orientar el abordaje terapéutico del paciente con VH hacia la **mejora de su calidad de vida**, desde una perspectiva múltiple que incluya la implicación de pacientes, profesionales, sistemas sanitarios y sociedad en general.
- 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
 - Participación activa de equipos multidisciplinares
 - Formación específica en VH para profesionales sanitarios
 - Evaluación continua, sistemática y eficaz de los resultados en salud
 - Manejo proactivo de los efectos adversos del tratamiento
 - Educación y empoderamiento del paciente
- Los **principales factores** que se tienen en cuenta en la actualidad a la hora de **diseñar un plan terapéutico completo** son, en opinión del grupo de expertos, los siguientes:
 - El impacto en su calidad de vida
 - La eficacia del tratamiento
 - La expectativa de vida del paciente
 - Los efectos adversos derivados del tratamiento
 - La participación activa del paciente en la toma de decisiones terapéuticas
 - La presencia de otras comorbilidades y/o discapacidad
- **Garantizar la eficacia y seguridad** de los tratamientos farmacológicos, con especial atención a pacientes con comorbilidades cardiovasculares, polifarmacoterapia o deterioro cognitivo.
- **Favorecer la adherencia terapéutica**, mediante la involucración activa de los pacientes en general y el seguimiento estrecho de los pacientes en tratamiento con múltiples fármacos.

Factores relacionados con la adherencia terapéutica

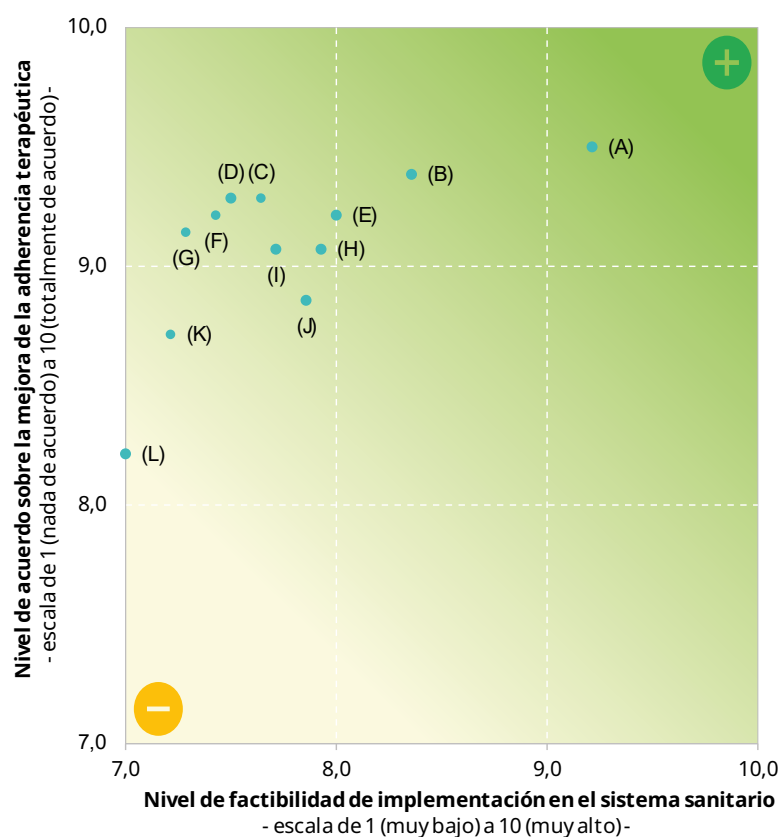
- **Factores individuales**
 - Ofrecer información detallada al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento (posibles efectos adversos, variabilidad de efecto entre pacientes, gestión de tiempos...).
 - Conciliar la medicación del paciente.
- **Factores de la gestión asistencial**
 - Evaluar sistemáticamente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

- **Factores humanísticos**

- 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 de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con VH



LEYENDA:

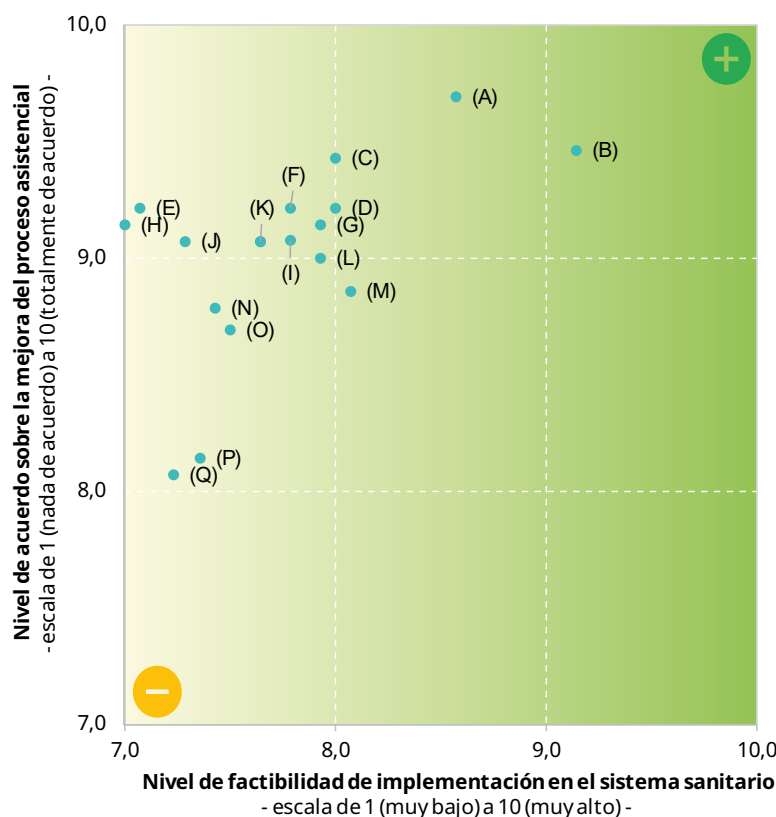
- (A) Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto
- (B) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería
- (C) Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia
- (D) Implementar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

Nota metodológica: tanto el nivel de acuerdo sobre la mejora de la adherencia terapéutica como el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoraron en una escala de 1 (nada de acuerdo o muy bajo, respectivamente) a 10 (totalmente de acuerdo o muy alto, respectivamente). Para facilitar la lectura del gráfico, ambos ejes reflejan únicamente las puntuaciones altas en ambos criterios (de 7 a 10).

*No queda representada en el gráfico por situarse por debajo de las puntuaciones reflejadas en los ejes.

Fuente: puntuaciones del grupo de expertos participantes sobre su grado de acuerdo y factibilidad con respecto a las principales intervenciones u objetivos que pueden ayudar a mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con VH.

Nivel de acuerdo y de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial en pacientes con VH



LEYENDA:

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

Nota metodológica: tanto el nivel de acuerdo sobre la mejora del proceso asistencial como el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoraron en una escala de 1 (nada de acuerdo o muy bajo, respectivamente) a 10 (totalmente de acuerdo o muy alto, respectivamente). Para facilitar la lectura del gráfico, ambos ejes reflejan únicamente las puntuaciones altas en ambos criterios (de 7 a 10).

*No queda representada en el gráfico por situarse por debajo de las puntuaciones reflejadas en los ejes.

Abreviaturas: PREMs, Medidas de la Experiencia Reportada por el Paciente (del inglés *Patient Reported Experience Measures*); PROMs, Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (del inglés *Patient-Reported Outcome Measures*); VH, vejiga hiperactiva.

Fuente: puntuaciones del grupo de expertos participantes sobre su grado de acuerdo y factibilidad con respecto a las principales intervenciones u objetivos que pueden ayudar a mejorar el proceso asistencial en pacientes con VH.

Recomendaciones clave

Innovación tecnológica y digitalización

Incorporar tecnologías digitales (herramientas sencillas, asequibles y adaptadas a los sistemas informáticos de cada comunidad autónoma) que faciliten la comunicación bidireccional entre profesionales, el seguimiento y la toma de decisiones clínicas.

Potenciar la interoperabilidad para optimizar los circuitos asistenciales y reducir duplicidades.

Orientación a resultados en salud y calidad de vida

Alinear los procesos asistenciales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr que tengan un impacto real en los resultados en salud.

Personalizar tratamientos y monitorizar de manera continua sus resultados clínicos y de bienestar.

Planificación estratégica

Planificar con una visión realista de medio plazo (~5 años), integrando consensos y nuevas herramientas.

Avanzar hacia protocolos comunes que reduzcan la variabilidad clínica, se adapten a todos los niveles y especialidades, y prioricen lo esencial.

Coordinación y colaboración profesional

Reforzar la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios, reduciendo la fragmentación del proceso.

Favorecer la colaboración entre profesionales y pacientes, con un enfoque multidisciplinar.

Conciencia social y empoderamiento del paciente

Promover la visibilización de la patología para sensibilizar a la ciudadanía en general.

Generar mayor conciencia entre los pacientes para que perciban la relevancia clínica y social de la VH, y fomentar su participación activa en la toma de decisiones y en su proceso asistencial.



1

Introducción

1.1. Situación actual en el manejo de la vejiga hiperactiva en España

1.1.1. Introducción a la enfermedad

La VH es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de urgencia miccional, aislada o en combinación con IUU, junto con un aumento de la frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable. La gravedad se determina en función de la frecuencia de los episodios de urgencia y de los escapes de orina involuntarios secundarios. No es preciso que haya IUU; solo un tercio de las personas afectadas por VH¹ la presentan y esta proporción es algo más frecuente en las mujeres (1).

La prevalencia de VH está en torno al 20%. En los últimos 20 años, la prevalencia ha aumentado del 18,1% al 23,9%; siendo mayor en las mujeres (21,9%) que en los hombres (16,1%). Además, la prevalencia es mayor en las personas con sobrepeso y obesidad (16,1% y 18,6%, respectivamente, frente al 11,7% en personas con normopeso), así como en personas de 60 años y más (28,3% frente a tasas inferiores al 15% en menores de 60 años) (11). Según el “Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento” realizado en España en 2016, con una muestra de 6.327 personas adultas con enfermedad crónica o de larga duración, los participantes presentaban una media de 2,77 enfermedades crónicas por persona y el síndrome de VH fue autorreportado por el 11,9% de los encuestados (9).

Se ha estimado que en Europa la VH afecta al 12%-17% de la población y en España al 10%-22% (2). En personas mayores de 65 años institucionalizadas, llega casi al 40% en mujeres y al 35% en varones (1). Además, alrededor del 28% de los hombres y del 49% de las mujeres con síntomas de VH también tienen incontinencia urinaria y la gran mayoría tienen IUU (5,10). En un estudio reciente, se ha calculado que unos 5 millones de personas en España padecen VH (3). Como la prevalencia aumenta con la edad, en el futuro habrá más personas con VH (4), y se calcula que en 2030 habrá 401,6 millones de casos en el mundo (12).

En la mayoría de los pacientes con VH no se identifica una causa subyacente tras la evaluación clínica y urodinámica, por lo que se denomina VH idiopática (4)². No obstante, existen varios subtipos o fenotipos de VH descritos en la literatura, entre los que se encuentra la VH de origen neurogénico, vinculado a una enfermedad o lesión neurológica identificada y que afecta en mayor medida a la población mayor (13).

Los síntomas pueden sugerir hiperactividad del detrusor, pero pueden deberse a otras formas de disfunción vesical. Se han sugerido varios fenotipos de VH, dependiendo de la demostración urodinámica de hiperactividad del detrusor (4). Esta hiperactividad solo se encuentra en el 50% de las mujeres con VH, por lo que existen diversas hipótesis sobre los mecanismos fisiopatológicos que originan este síndrome (4). El aumento de la contractilidad del detrusor en la VH se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos (M2 o M3). También se han identificado tres subtipos de receptor beta adrenérgico (β_1 , β_2 y β_3) en el detrusor y el urotelio. Los fármacos desarrollados para el tratamiento de la VH tienen mecanismos de acción sobre estos receptores (1).

¹ Para facilitar la lectura, se emplearán los términos “pacientes” o “pacientes con VH” como abreviaturas de “personas afectadas por VH”. Esta simplificación lingüística no modifica el marco conceptual del documento, basado en el respeto a la dignidad y en un enfoque humanizado y centrado en la persona.

² A lo largo de este documento toda alusión a la vejiga hiperactiva (VH) deberá entenderse como VH idiopática.

La VH constituye un problema de salud pública importante debido a su alta prevalencia y al impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes (más aún si va acompañada de incontinencia urinaria), que afecta a los dominios emocional, sexual y laboral. Las personas con VH manifiestan ansiedad, miedo a la incontinencia y una sensación de depresión y desesperanza asociadas al trastorno. De acuerdo con la definición actual de VH, cuando existe una enfermedad orgánica conocida (infección del tracto urinario, enfermedad neurológica, obstrucción del tracto urinario inferior, etc.) se excluye el diagnóstico de VH (5). La VH puede ser crónica y con frecuencia es progresiva, por lo que los pacientes suelen necesitar un tratamiento continuo para el alivio de los síntomas (10), aparte de la importancia de los cambios de hábitos de vida.

La evaluación diagnóstica incluye una anamnesis detallada sobre los síntomas de VH y los tratamientos que está recibiendo el paciente, exploración física, análisis de orina, diario miccional y también la valoración de cómo los síntomas de VH afectan la CVRS (usando cuestionarios validados). Algunas pruebas complementarias empleadas en ciertos casos son el estudio urodinámico, la ecografía y la uretrocistoscopia (14). Pero la combinación de una anamnesis completa y el diario miccional es suficientemente sensible para el diagnóstico de VH, con un coste económico inferior al uso de pruebas complementarias. La realización de las pruebas complementarias (ecografías, cistoscopias, estudio urodinámico, etc.) no está recomendada para la valoración inicial del paciente con VH sin complicaciones, reservándose para situaciones especiales, siendo imprescindible su empleo cuando es refractario a tratamiento y obligado por parte del especialista descartar cualquier patología orgánica (1).

En el diagnóstico diferencial hay que considerar otras patologías que pueden provocar urgencia miccional, como procesos obstructivos, infecciosos, inflamatorios, tumorales, etc. Y también hay que tener en cuenta medicamentos que pueden desencadenar o empeorar la incontinencia urinaria y que, a menudo, se prescriben a pacientes ancianos, como sedantes, neurolépticos, antidepresivos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, diuréticos, alfa-bloqueantes, tratamiento hormonal sustitutivo sistémico, etc. (15,16).

La VH tiene un considerable impacto negativo en la calidad de vida, la calidad del sueño y la salud mental de los pacientes que la padecen, y se asocia a un elevado coste económico. Además, la VH con incontinencia urinaria ejerce un impacto mayor en los pacientes y se asocia a infecciones del tracto urinario inferior, infecciones de la piel del área genital, trastornos del sueño, depresión, disminución de la libido y aumento de las caídas y fracturas recurrentes (5,17).

En el año 2023 se estimó una carga socioeconómica anual de la VH en España de unos 497 millones de euros. En pacientes con VH en tratamiento farmacológico, el coste anual calculado fue de 1.312 €/paciente, ligados en su mayor parte a visitas médicas (61,9%) y en menor medida a costes de fármacos (13,9%), costes relacionados con efectos secundarios (10,8%), costes indirectos (absentismo laboral y presentismo supondrían el 9%) y costes de adquisición de absorbentes (4,5%) (3).

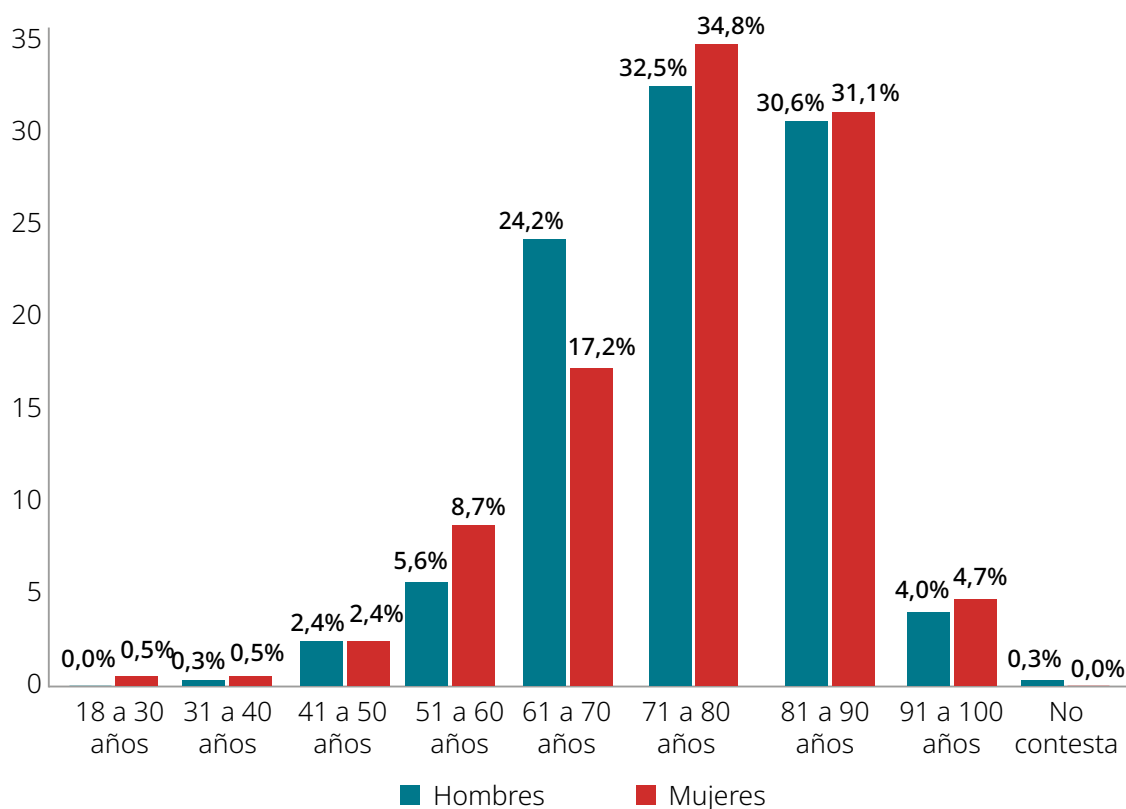
1.1.2. Perfiles de pacientes e itinerario asistencial del paciente

Perfiles de pacientes

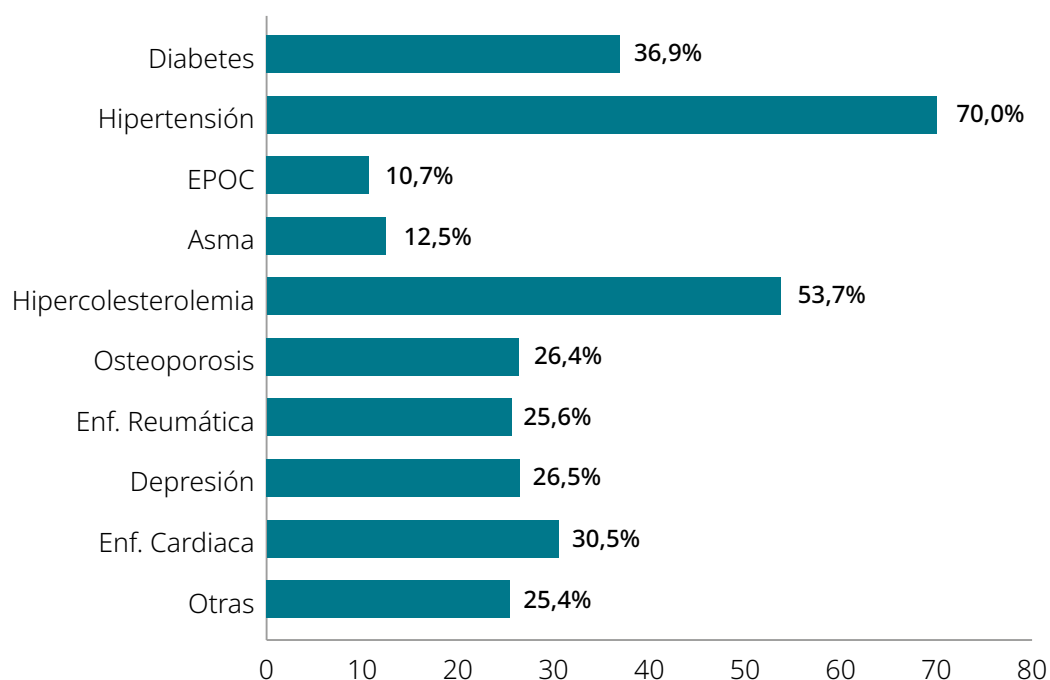
La proporción de personas con síndrome de VH obtenido en el “Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento” según sexo fue similar entre mujeres y hombres (50,47% y 49,53%, respectivamente). Su desglose por tramos de edad se observa en la **Figura 1** (9). Alrededor del 75% de los encuestados declararon que tenían sobrepeso u obesidad (74,8% de las mujeres y 76,6% de los hombres). El 59,25% declararon que tenían pérdidas de orina y el 13,98% que no (26,76% no contestaron la pregunta). El 74,83% respondieron que utilizaban absorbentes y el 21,12% que no (4,04% no contestaron). La mayoría tenían estudios primarios (67% de las mujeres y 50,3% de los hombres). El 81,79% de las mujeres y el 65,4% de los hombres tenían rentas inferiores a 1.300 €/mes (9). Los trastornos y enfermedades concomitantes más frecuentes en las personas con VH fueron: hipertensión (70%), hipercolesterolemia (53,7%), diabetes (36,9%), cardiopatía (30,5%) y depresión (26,5%) (**Figura 2**).

Se ha observado que ciertos trastornos como la depresión, la diabetes mellitus, el parto vaginal, la obesidad, el estreñimiento, los trastornos neurológicos y la disfunción eréctil, pueden estar asociados de manera significativa con la VH (1).

Figura. 1. Distribución del síndrome de vejiga hiperactiva en mujeres y hombres con enfermedades crónicas según tramos de edad



Fuente: Ribera et al. (2017) (9)

Figura 2. Enfermedades concomitantes en personas con vejiga hiperactiva

Fuente: Ribera et al. (2017) (9)

Itinerario asistencial del paciente con vejiga hiperactiva

Los pacientes con VH son atendidos en atención primaria (AP) y deberían ser derivados a atención hospitalaria en las situaciones que se muestran en la **Tabla 1** (1):

Tabla 1. Situaciones para la derivación de pacientes con vejiga hiperactiva a atención hospitalaria

- Afectación de la calidad de vida y limitaciones causadas por los síntomas de vejiga hiperactiva
- Dificultad o imposibilidad para establecer un diagnóstico certero
- Falta de correlación entre los síntomas de vejiga hiperactiva y los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física
- Mujeres con prolapso sintomático y visible de órganos pélvicos por debajo del introito vaginal
- Dolor vesical/uretral persistente
- Hematuria (macroscópica o microscópica) persistente
- Dificultad de vaciado o residuo vesical posmiccional anormal (> 200 ml)
- Enfermedad neurológica con posible afectación medular y antecedentes de irradiación pélvica o cirugía pélvica radical
- Si se produce un incremento o aparecen nuevos síntomas, o no hay respuesta al tratamiento conservador y farmacológico en 2 meses

1.1.3. Tratamientos disponibles e innovaciones terapéuticas

Los tratamientos que están disponibles en la actualidad se muestran en la **Tabla 2**. Todos ellos deben ser individualizados para cada paciente (1).

La primera línea de tratamiento para la VH incluye recomendaciones higiénico-dietéticas (control/reducción de peso, disminución del consumo de cafeína, control de la ingesta de líquidos, abandono del hábito tabáquico, tratamiento del estreñimiento, etc.) y la modificación de conductas (entrenamiento vesical, pautas miccionales programadas, etc.). Se ha demostrado que estas recomendaciones y terapias son efectivas (18).

Tabla 2. 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 • <i>Biofeedback</i> (biorretroalimentación). Se basa en la toma de conciencia de la micción y es posible 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

En España, un estudio basado en una revisión de literatura estimó que el 7,35% de los pacientes con VH tienen tratamiento farmacológico (379.112 personas), lo que fue considerado un porcentaje bajo por el grupo multidisciplinar de expertos participantes en dicho estudio, quienes señalaron que podría deberse a infradiagnóstico e infratratamiento de la enfermedad. Los expertos también indicaron que algunos pacientes pueden rechazar el tratamiento farmacológico porque perciben que no cumple sus expectativas de eficacia y/o por los efectos adversos (3).

Los antimuscarínicos tienen diversos perfiles farmacológicos y farmacocinéticos. No hay evidencia de que un antimuscarínico sea superior a otro, ni en la mejora de la incontinencia ni en la calidad de vida. Los fármacos antimuscarínicos disponibles en España para el tratamiento de la VH son: fesoterodina (Toviaz®) (19), oxibutinina (Ditropan®) (20), propiverina (Mictonorm®) (21), solifenacina (Vesicare®) (22), tolterodina (Detrusitol®, Urotrol®) (23) y trospio (Uraplex®) (24) (**Tabla 3**). Estos fármacos se asocian a numerosos efectos adversos, como sequedad de boca, estreñimiento y sequedad ocular, entre otros. En la práctica clínica, los efectos secundarios conducen en muchos casos al abandono del tratamiento: más de la mitad de los pacientes lo hacen en los primeros 3 meses, debido a la falta de eficacia o por los efectos adversos (17).

Además, algunos antimuscarínicos para tratar la VH (principalmente la oxibutinina y la tolterodina) presentan un grado alto o medio de penetración en el sistema nervioso central, por lo que también están asociados a un mayor riesgo de deterioro cognitivo (25). En este sentido, el concepto de “carga anticolinérgica”, también llamada “carga antimuscarínica”, es de gran importancia y se define como el efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con capacidad para desarrollar efectos adversos anticolinérgicos (26). Existen

diferentes escalas para medir la carga total, pero sin criterios homogéneos (25–27). Dicha carga aumenta con la edad y la fragilidad del paciente, aunque presenta alta variabilidad interindividual en su respuesta (26).

Los agonistas del receptor adrenérgico $\beta 3$ tienen una eficacia parecida a los antimuscarínicos, sin presentar en ningún caso riesgo de deterioro cognitivo (28,29). En España existen dos agonistas $\beta 3$ disponibles, mirabegrón (Betmiga®) (30) y vibegrón (Obgemsa®) (31). En pacientes con VH, mirabegrón y vibegrón han demostrado mejorar la urgencia, la frecuencia miccional y la IUU frente a placebo, con una eficacia similar a la de los antimuscarínicos (32), excepto en la mejoría de la nicturia, donde han demostrado ser superiores (33). También se ha mostrado la eficacia de los agonistas $\beta 3$ en pacientes que han interrumpido el tratamiento con antimuscarínicos (34).

En general, el tratamiento de la VH con agonistas del receptor adrenérgico $\beta 3$ se considera seguro y bien tolerado. Los efectos adversos más frecuentes asociados al tratamiento con mirabegrón son infección del tracto urinario, taquicardia, cefalea, mareo, náuseas, estreñimiento y diarrea (30), mientras que aquellos más frecuentes asociados a vibegrón son infección del tracto urinario, cefalea, estreñimiento, diarrea, náuseas y volumen residual de orina aumentado (35).

La terapia combinada con antimuscarínico + agonista $\beta 3$ se puede utilizar cuando los síntomas de incontinencia persisten y no se puede aumentar la dosis de antimuscarínico debido a los efectos adversos. No obstante, en los ensayos clínicos, la combinación de solifenacina + mirabegrón mostró un efecto significativo frente a la monoterapia, con una mayor incidencia de retención urinaria y de efectos anticolinérgicos en el tratamiento combinado (36,37).

1.1.4. Toma de decisiones compartidas

La elección de tratamiento por parte del paciente con VH tras recibir la información apropiada y la toma de decisiones compartida son importantes (6). A la hora de elegir el tratamiento hay que tener en cuenta las expectativas de vida y de mejoría del paciente, su grado de incomodidad, su capacidad funcional, la comorbilidad asociada a la VH y su edad (7).

1.2. Adherencia en vejiga hiperactiva: optimizando recursos y mejorando experiencias

1.2.1. Recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva

Las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de la *European Association of Urology* (38) se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Recomendaciones para vejiga hiperactiva

Recomendación	Grado de recomendación
Recoger en la anamnesis los medicamentos que recibe el paciente con VH	Alto
Revisar cualquier medicamento nuevo asociado a la aparición o empeoramiento de los síntomas de VH	Bajo
Asegurarse de que las personas con VH y/o sus cuidadores estén informados sobre las opciones de tratamiento disponibles antes de decidir solo por la contención urinaria	Alto
Ofrecer absorbentes de orina y/o dispositivos de contención para el manejo de la VH con incontinencia, ya sea para el control temporal de los síntomas o cuando otros tratamientos no sean viables	Alto
Ofrecer antibióticos profilácticos a pacientes con ITU recurrente que realizan autocateterismo intermitente de limpieza o tienen una sonda vesical permanente, tras hablar sobre el riesgo de aumentar la resistencia a los antimicrobianos	Alto
Animar a los adultos con sobrepeso y obesidad con VH/incontinencia urinaria a perder peso y a mantenerlo	Alto
Indicar a los adultos con VH que reducir el consumo de cafeína puede mejorar los síntomas de urgencia y frecuencia miccional, pero no la incontinencia	Alto
Revisar el tipo y la cantidad de líquidos que ingieren los pacientes con VH	Bajo
Proporcionar estrategias para dejar de fumar a los pacientes con VH fumadores	Alto
Ofrecer micción inducida a los adultos con VH con deterioro cognitivo	Alto
Ofrecer entrenamiento vesical como terapia de primera línea a adultos con VH/IUU	Alto
Asegurar que los programas de entrenamiento muscular del suelo pélvico sean lo más intensivos posible	Alto
Considerar la estimulación percutánea del nervio tibial como una opción para la mejora de la VH/IUU en mujeres que no han respondido a la medicación anticolinérgica	Alto
Considerar formulaciones de liberación prolongada de anticolinérgicos siempre que sea posible	Alto
Si un tratamiento anticolinérgico resulta ineficaz, considerar el aumento de la dosis u ofrecer una formulación anticolinérgica alternativa, o un agonista β_3 adrenérgico, o una combinación	Alto
Fomentar la revisión temprana de la eficacia y los efectos adversos en los pacientes con medicación anticolinérgica para la VH	Alto
El tratamiento anticolinérgico a largo plazo debe utilizarse con precaución en mujeres de edad avanzada, especialmente en aquellas con riesgo de disfunción cognitiva o con disfunción cognitiva ya preexistente	Alto

Evaluar la carga anticolinérgica y la comorbilidad asociada en pacientes que se consideren para terapia anticolinérgica para el síndrome de VH	Bajo
Ofrecer terapia vaginal con estrógenos a mujeres con síntomas del tracto urinario inferior y síntomas asociados a síndrome genitourinario de la menopausia	Bajo
Ofrecer inyecciones de toxina botulínica A (100 U) en la pared vesical a pacientes con VH/IUU refractaria al tratamiento conservador o farmacológico	Alto
Antes del tratamiento con toxina botulínica A, advertir a los pacientes sobre la duración limitada de la respuesta, el riesgo de ITU y la posible necesidad prolongada de autocateterismo intermitente de limpieza antes del tratamiento con toxina botulínica A	Alto
Ofrecer inyecciones repetidas de toxina botulínica A, según sea necesario, a las mujeres en las que ha sido eficaz (consultar las instrucciones del fabricante sobre el tiempo mínimo para las inyecciones repetidas)	Alto
Ofrecer la estimulación del nervio sacro a pacientes con VH/IUU refractaria al tratamiento anticolinérgico	Alto
Ofrecer vigilancia de por vida a las mujeres con implante de estimulación del nervio sacro para monitorizar el desplazamiento del electrodo, el mal funcionamiento y el desgaste de la batería	Alto
Ofrecer cistoplastia de aumento a pacientes con VH/IUU en quienes todas las demás opciones de tratamiento han fallado y a quienes se les ha advertido sobre el posible riesgo leve de malignidad	Bajo
Informar a las pacientes que se someten a cistoplastia de un aumento del riesgo de tener que usar autocateterismo intermitente de limpieza (asegurarse de que estén dispuestas y sean capaces de hacerlo) y que necesitarán control médico de por vida	Alto
No ofrecer miectomía del detrusor como tratamiento para la IUU	Bajo
Ofrecer derivación urinaria únicamente a pacientes en quienes las terapias menos invasivas para el tratamiento de la VH/IUU han fracasado, que acepten un estoma y hayan sido advertidos sobre el posible riesgo leve de malignidad	Bajo

IUU: incontinencia urinaria de urgencia; ITU: infección del tracto urinario; VH: vejiga hiperactiva

Fuente: Nambiar et al. (2022) (38)

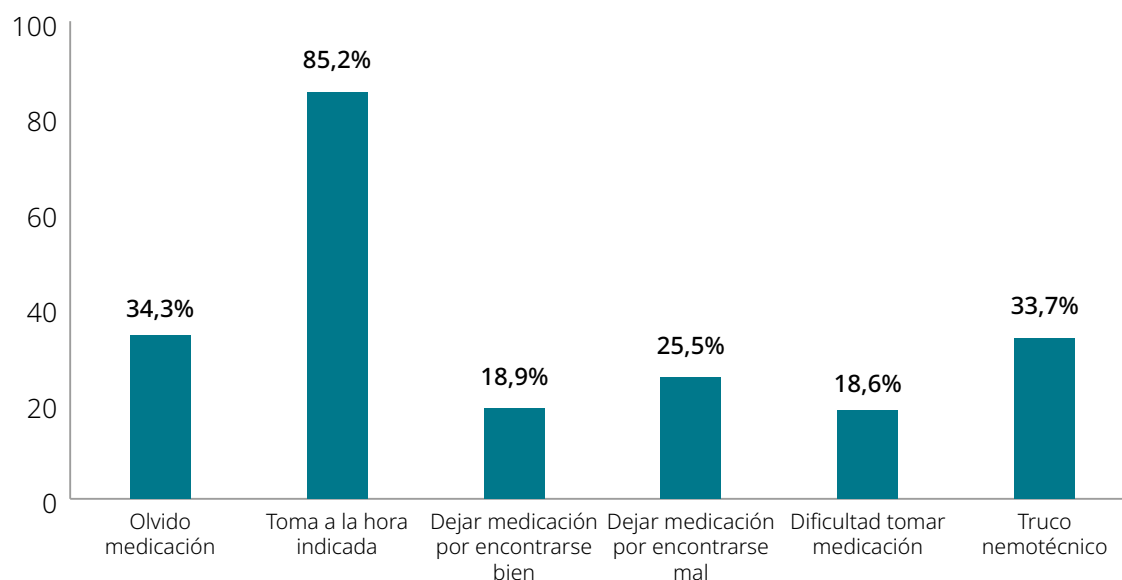
Las recomendaciones de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña para el tratamiento del síndrome de VH son: 1) La primera opción terapéutica es el abordaje no farmacológico, 2) Si después de 6 a 12 semanas, la afectación de la calidad de vida continúa siendo moderada o grave, comenzar tratamiento farmacológico, 3) Antes de comenzar, hacer una evaluación del riesgo de efectos adversos, especialmente del deterioro cognitivo y de la hipertensión (8).

1.2.2. La importancia de la adherencia

La falta de adherencia y persistencia del tratamiento farmacológico tiene una gran repercusión sobre los resultados de salud y el uso de recursos sanitarios, especialmente en enfermedades de larga duración como la VH (10).

En España, en el “Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento” la adherencia al tratamiento de la VH fue del 49,80%, sin diferencias significativas según sexo (53,56% en mujeres y 46,77% en hombres). La encuesta mostró que la adherencia va disminuyendo con la edad. En cuanto al cumplimiento terapéutico relacionado con la toma de medicación, la mayoría declaró que lo hace a la hora indicada (85,20%), pero un 34% olvida la medicación, un 18,90% deja la medicación por encontrarse bien, un 25,50% deja la medicación por encontrarse mal y un 18,60% tiene dificultad para tomar la medicación (Figura 3) (9).

Figura 3. Cumplimiento terapéutico en la vejiga hiperactiva



Fuente: Ribera et al. (2017) (9)

En general, la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con VH es subóptima, sobre todo en los tratados con antimuscarínicos. Se han comunicado medianas de tiempo hasta la interrupción del tratamiento de 1-2,6 meses para los antimuscarínicos y de 5,6 meses para mirabegrón (10). Con los antimuscarínicos, la sequedad bucal es el efecto secundario que con más frecuencia provoca la interrupción del tratamiento, seguido de la cefalea y las náuseas. Se han observado tasas de adherencia y/o persistencia mejores con el agonista del receptor adrenérgico β_3 , mirabegrón, debido a que produce menos efectos secundarios (10). En un estudio retrospectivo realizado en España, se encontró que la persistencia con el agonista adrenérgico β_3 mirabegrón fue significativamente mayor que con fármacos antimuscarínicos ($p < 0,001$) (39). La mejor tolerabilidad de los agonistas del receptor adrenérgico β_3 respecto a los antimuscarínicos sugiere que puedan tener mejores tasas de adherencia en el tratamiento de la VH, aunque los resultados indican que siguen siendo bajas. En un análisis retrospectivo de datos de dispensación farmacéutica en vida real, los pacientes tratados con viba-

grón mostraron una adherencia significativamente mayor y una mayor persistencia en el tratamiento en comparación con cohortes de pacientes emparejados que recibieron mirabegrón o anticolinérgicos, siendo las tasas de adherencia con vibegrón cercanas al 50% (40).

Las principales razones para la interrupción del tratamiento para la VH son la falta de eficacia (expectativas de tratamiento incumplidas en los pacientes) y los efectos secundarios. Además, algunos pacientes pueden presentar una aversión general a tomar medicación de manera crónica. También se ha observado que en los pacientes con VH con enfermedades concomitantes y polifarmacoterapia, existe una tendencia a priorizar los medicamentos en función de la importancia percibida por el propio paciente, lo que da lugar a una jerarquía fármaco/afección (10).

1.2.3. El impacto de la adherencia en el abordaje de pacientes con vejiga hiperactiva

En el “Análisis Nacional de Adherencia al Tratamiento” se encontró una adherencia en la VH del 49,80%, un porcentaje que fue inferior a la media (del 51,56%) en enfermedades crónicas, y parecido a la de la EPOC (49,48%), la osteoporosis (49,98%) y las enfermedades reumáticas (48,89%) (9).

Aunque las medidas higiénico-dietéticas y la modificación de conductas son efectivas, se han detectado problemas en el cumplimiento de la terapia conductual. Así, con los ejercicios de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, las tasas de adherencia son mayores cuando son supervisados, pero bajan al 30% cuando son autodirigidos. Se ha descrito que las mayores barreras para la adherencia a estos ejercicios son el tiempo disponible y recordar hacer el ejercicio. Por lo tanto, para aumentar la adherencia, habría que considerar programas simplificados y mutuamente acordados, que puedan ser incorporados a la rutina diaria (18).

Para el tratamiento farmacológico de la VH hay que tener en cuenta la eficacia y la tolerabilidad de los fármacos, para conseguir una mayor persistencia del tratamiento y mejor calidad de vida (7). Por lo tanto, a la hora de prescribir un fármaco habría que considerar la probabilidad de adherencia/no adherencia al mismo. Si la probabilidad de suspensión del tratamiento a los pocos meses es elevada, por ejemplo, por los efectos secundarios que puedan aparecer, habría que considerar prescribir otro tratamiento.

Aunque los antimuscarínicos son efectivos en la reducción de síntomas urinarios, hasta el 85% de los pacientes tratados abandona el tratamiento en el primer año. También, al valorar los beneficios y riesgos de estos fármacos, los clínicos deben considerar algunos efectos secundarios a corto plazo como delirios, caídas, fracturas y la evidencia de su asociación con la demencia. Con los agonistas β_3 adrenérgicos, el 40% de los pacientes siguen en tratamiento al primer año. La actitud del paciente hacia la medicación y sus prioridades individuales son factores importantes para predecir la adherencia. La aversión a las pastillas, cómo el paciente percibe la terapia, su interacción con los profesionales sanitarios y la priorización de las comorbilidades son factores importantes en la interrupción del tratamiento oral en la VH (18).

En pacientes cuidadosamente seleccionados (cuando los otros tratamientos han fracasado y/o existen graves problemas de tolerabilidad), se pueden aplicar terapias como la estimulación transcutánea del nervio tibial, la toxina botulínica o la neuroestimulación sacra, ya que se ha observado que mejoran los síntomas en estos pacientes. Sin embargo, estas terapias no están disponibles para todos los pacientes en los que puedan estar indicadas (18).

1.2.4. Barreras detectadas y factores clave para la mejora de la adherencia

El manejo adecuado del síndrome de VH requiere de una atención integral y un abordaje multidisciplinar (41). En la adherencia al tratamiento en la VH se han descrito numerosas barreras (**Tabla 4**).

Aunque la eficacia, la tolerabilidad, el sistema sanitario y el coste influyen sobre la adherencia al tratamiento en la VH, la atención centrada en el paciente podría mejorar algunas barreras de la adherencia. En varios estudios (4 de EE.UU. y 1 de Reino Unido) los pacientes señalaron problemas que influyen significativamente en la adherencia como la insatisfacción general con la atención recibida y la falta o la mala comunicación con los profesionales sanitarios. Por otra parte, la concordancia de género entre paciente y personal sanitario que le atiende también tuvo importancia. Por ejemplo, las mujeres tratadas por mujeres mostraron un mayor conocimiento sobre la VH, y algunas mujeres declararon sentirse avergonzadas e incómodas al hablar o ser tratadas por un hombre (18).

Tabla 4. Barreras detectadas en la adherencia al tratamiento de la vejiga hiperactiva

Barreras generales
• Expectativas poco realistas • Falta de conocimiento sobre la vejiga hiperactiva (fisiología, justificación de las pruebas diagnósticas, implicaciones de los resultados de las pruebas) • Obligaciones personales • Fatiga por el tratamiento • Ideas erróneas sobre la cronicidad y la curación de la vejiga hiperactiva • Insatisfacción general con la atención médica • Mala comunicación con los profesionales sanitarios • Falta de concordancia de género entre pacientes y profesionales sanitarios • Costes personales • Problemas con los seguros de salud (en EE.UU.) • Acceso a la atención sanitaria
Terapia conductual
• Desconocimiento de las terapias de entrenamiento vesical y ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico • Limitaciones de tiempo • Recordatorios para hacer ejercicio • Acceso a ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico supervisados

Farmacoterapia
• Eficacia terapéutica inadecuada • Efectos secundarios • Precio de la medicación • Aversión a las pastillas • Problemas de percepción de la terapia oral • Problemas de interacción con los profesionales sanitarios • Priorización de las comorbilidades
Terapias avanzadas
• Formación insuficiente en las consultas • Falta de conocimiento • Retrasos en la introducción de la terapia • Conceptos erróneos sobre las opciones de tratamiento • Experiencias negativas con tratamientos previos (p. ej., con farmacoterapia)

Fuente: Elaboración propia a partir de Enemchukwu et al. (2022) (18).

Se ha reportado que muchos pacientes con VH tienen expectativas de tratamiento poco realistas, con una comprensión deficiente de la cronicidad de la enfermedad y de la posible necesidad de una terapia combinada a largo plazo para lograr una mejoría adecuada de los síntomas. Además, a menudo existe un escaso conocimiento por parte de los profesionales clínicos de los objetivos de tratamiento individuales de cada paciente (18). También la falta de apoyo y compromiso de los profesionales sanitarios puede ser un factor de la falta de adherencia (10).

Por otra parte, muchos pacientes con VH son atendidos a la vez por varios especialistas, debido a la existencia de comorbilidades, por ello se necesita una buena comunicación entre los profesionales sanitarios, para garantizar que no se produzcan fallos en la atención (6).

La evaluación del tratamiento farmacológico obliga a realizar una monitorización, con una correcta valoración clínica, con herramientas como el diario miccional y las escalas de gravedad de los síntomas y de calidad de vida. La periodicidad de la valoración dependerá del tratamiento empleado (7).

Los antimuscarínicos se vienen empleando como el tratamiento farmacológico de primera elección en el síndrome de VH. Pero la introducción de los agonistas de los receptores adrenérgicos β_3 ha ampliado las posibilidades terapéuticas. Sin embargo, aún no se ha llegado a determinar *a priori* qué clase de fármaco hay que utilizar primero. La eficacia sobre la sintomatología es parecida, por lo que la elección tendría que basarse en el perfil de tolerabilidad de los fármacos, según las características del paciente como: edad, comorbilidades, riesgo de efectos secundarios, enfermedad neurológica. Si no hay características específicas que puedan guiar en la elección a una clase de fármaco, se debería tomar una decisión compartida con el paciente, considerando sus valores, preferencias y expectativas personales (42,43).

Se ha calculado que el coste anual asociado a la VH es de 1.312 €/paciente, de los cuales el 13,9% corresponden al gasto en fármacos y el 10,8% a los costes relacionados con los efectos adversos (3). Esto destaca la repercusión económica que tienen los efectos secundarios de los fármacos empleados en VH, cercana al gasto farmacéutico en sí mismo.

En conclusión, la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la VH en muchos casos es debida a los efectos adversos. Por ello, entre fármacos con una eficacia demostrada parecida, teniendo siempre en cuenta las características del paciente, lo apropiado sería escoger aquellos que causen menos efectos secundarios. Los datos reportados por los ensayos clínicos podrían no reflejar la persistencia en la práctica habitual, donde las tasas de abandono son considerablemente más altas. Existe un análisis retrospectivo de datos de reclamaciones farmacéuticas, donde los pacientes con vibegrón mostraron una adherencia significativamente mayor (49%) y una mejor persistencia (mediana de 171 días) en comparación con cohortes de pacientes que recibieron mirabegrón (45,1% adherentes y persistencia mediana de 128 días) o anticolinérgicos (38,5% adherentes y persistencia mediana de 91 días) (40). Un estudio centrado en vibegrón concluyó que los factores asociados con la adherencia y la persistencia estaban más relacionados con las prácticas de prescripción que con las características del paciente: los pacientes tenían mayor probabilidad de ser adherentes y persistentes si al inicio tomaban 6 o más medicamentos o si recibían un suministro de 22 días o más de medicación en la dispensación inicial. Aunque no se incluyó información clínica relativa a mejoría de síntomas o efectos adversos, ni razones del paciente para la discontinuación, el estudio sugiere que puede ser mejor hacer un seguimiento con los pacientes aproximadamente 4 a 5 meses después de iniciar el tratamiento con vibegrón (44). Por otra parte, vibegrón presenta un perfil de seguridad cardiovascular más favorable, no afectando de una manera clínicamente relevante ni la presión arterial ni la frecuencia cardíaca (45), algo a tener en cuenta en pacientes con hipertensión y enfermedades cardiovasculares y en adultos mayores polimedicados (46).

Adicionalmente, se ha observado que la adherencia en el primer tratamiento es significativamente superior que en el total de tratamientos que pueda tener un paciente (47), por lo que elegir desde un primer momento la opción idónea en cada caso es clave para la mejora del proceso asistencial de los pacientes con VH.

1.2.5. Integración de la inteligencia artificial para mejorar la adherencia

Las herramientas digitales con inteligencia artificial (IA) disponibles en la actualidad, aunque están desarrolladas mayoritariamente para otras enfermedades crónicas, ofrecen principios transferibles que pueden mejorar la adherencia y autocontrol del paciente. A continuación, se esbozan algunos ejemplos que podrían tener potenciales beneficios en VH.

Aplicaciones móviles con IA e inteligencia conductual: Medisafe, aplicación que utiliza IA para detectar patrones repetitivos de olvido y personalizar recordatorios, demostró en un ensayo clínico aleatorizado mejorar significativamente la adherencia y la autoeficacia en pacientes vulnerables con múltiples condiciones crónicas (48,49); MyTherapy, aplicación de apoyo a la toma de medicación que cuenta con recordatorios configurables, un registro de síntomas/medidas y genera informes automáticos de adherencia, puede conectarse con relojes inteligentes (50); Care4Today, aplicación que incluye recordatorios, contenido educativo y motivacional para pacientes, mejora la adherencia terapéutica y la experiencia del paciente (51,52).

Sistemas predictivos basados en IA. Aunque no específicamente aplicados a VH, existen modelos como AIMI (*Adherence Forecasting and Intervention with Machine Intelligence*) que utilizan IA para prever episodios de no adherencia mediante sensores móviles y datos históricos; en un estudio piloto, se alcanzó una precisión del 93% al predecir olvidos terapéuticos (53). A nivel internacional se pueden destacar dos experiencias: en el sistema sanitario de Reino Unido (NHS), varios proveedores sanitarios están implantando *AdherePredict* (*HealthNet Homecare*), una plataforma de aprendizaje automático orientada a

identificar precozmente pacientes con riesgo de mala adherencia y activar intervenciones tempranas, combinando variables clínicas con factores socioeconómicos (54); en el Hospital Mount Sinai de Nueva York, la implantación de *Medication History for Populations* (Surescripts) habilitó alertas casi en tiempo real basadas en actividad de prescripción y dispensación (p. ej., recetas no recogidas, fin de repeticiones o nuevas prescripciones) para notificar a los profesionales y permitir una intervención temprana; a los 5 meses reportaron un aumento cercano al 60% del porcentaje de días cubiertos (55). En el ámbito español, plataformas de procesamiento de lenguaje natural como Savana (56), que han demostrado una extracción de datos comparable a la realizada según la práctica habitual (57), podrían identificar señales de riesgo en notas clínicas previas de pacientes con VH (p. ej., “olvida”, “abandona”, “no mejora”), permitiendo una estratificación proactiva y toma de decisiones más precisa.

Una revisión sistemática que analizó enfoques para la modelización y evaluación de la predicción de la adherencia reportados en la literatura subraya su heterogeneidad; no obstante, en dicho estudio se identificaron algoritmos, predictores y técnicas de entrenamiento con resultados satisfactorios (58). La investigación futura debería priorizar la viabilidad operativa y la utilidad clínica en el desarrollo de modelos predictivos, a fin de garantizar la creación de herramientas eficaces de soporte a la decisión clínica. No obstante, se debe estar precavido y alerta en lo relativo a su uso, ya que cuando se despliegan modelos predictivos de IA en el ámbito clínico, su propio uso cambia los resultados y los datos de la historia clínica, degradando el rendimiento del modelo original y de otros modelos relacionados; no existe una estrategia de actualización “universal” que lo evite, por lo que se recomienda registrar el uso del modelo y vigilar su impacto operativo (59).

Chatbots clínicos para refuerzos personalizados. Florence es un *chatbot* usado en el NHS, que envía recordatorios para la toma de medicación, valida síntomas y ofrece apoyo motivacional, demostrando que los asistentes conversacionales pueden potenciar la adherencia (60,61).

Las soluciones digitales inteligentes muestran un gran potencial para reforzar la adherencia terapéutica también en pacientes con VH. De esta manera, se abre la posibilidad de diseñar una estrategia personalizada para este perfil de pacientes. Sin embargo, en el SNS todavía no se ha financiado ni incorporado ninguna aplicación móvil de forma sistemática. Aunque España cuenta con una Estrategia de Salud Digital aprobada en 2021, que establece objetivos como la interoperabilidad de datos, la medicina personalizada y la atención sanitaria 5P (preventiva, predictiva, personalizada, poblacional y participativa) (62), aún no se ha desarrollado un marco regulatorio específico que permita la evaluación, prescripción y financiación de aplicaciones móviles como tecnologías sanitarias (63).

En consecuencia, este vacío legislativo dificulta que las innovaciones digitales lleguen a los pacientes, a pesar de su potencial para mejorar la adherencia al tratamiento, la monitorización personalizada y la accesibilidad a la atención médica, entre otras. En países como Alemania, Bélgica o Francia ya se han implementado modelos de evaluación para aplicaciones digitales reembolsables, lo que podría servir de referencia para España (63). No obstante, hasta que se establezca una legislación clara y un sistema de evaluación adaptado a estas tecnologías, queda en el aire su incorporación oficial al SNS y retrasa su potencial impacto en la atención sanitaria.

2

Objetivo
y metodología

El objetivo es promover un **consenso** 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**. Uno de los factores que influyen en la adherencia es la tolerabilidad de los tratamientos, es decir, que aquellos que presentan menos efectos adversos pueden tener una mayor 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.

3

Discusión sobre
la mejora del proceso
asistencial en vejiga
hiperactiva

3.1. Abordaje asistencial del paciente con vejiga hiperactiva

Uso de guías clínicas

El uso de múltiples guías clínicas está establecido entre los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con VH. En España existe desde hace un tiempo un alto interés por el manejo y el abordaje integral de los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), siendo la motivación fundamental del mayor uso de las guías españolas, por delante de las europeas (38,64–66) o la americana. Las guías clínicas desarrolladas en España cuentan con la misma base que las internacionales a la vez que las adaptan a la idiosincrasia y práctica clínica diaria española, pues tienen en cuenta tanto las propias características de nuestro sistema sanitario, como las tecnologías sanitarias financiadas para la VH. Aunque la guía de la Asociación Española de Urología (17) es la de mayor consulta, se utilizan en paralelo otra serie de guías y documentos (67–69) que pueden aportar en cada caso una respuesta específica según el tipo de paciente. No obstante, debido al avance en la financiación de nuevos fármacos en España (46), sería recomendable llevar a cabo una actualización que recogiese todas las opciones terapéuticas farmacológicas disponibles en la actualidad para los pacientes con VH.

RECOMENDACIÓN: Llevar a cabo una **actualización que integre todas las opciones terapéuticas** disponibles para los pacientes con VH en España en la actualidad.

Valoración de los síntomas de VH

Aunque las guías recogen la necesidad de descartar patologías orgánicas como primer paso ante síntomas de VH, los profesionales coinciden en que no siempre se realiza con la suficiente exhaustividad en el momento del diagnóstico. En alguna ocasión se pueden llegar a omitir diagnósticos diferenciales en fases iniciales, que afortunadamente suelen detectarse en el seguimiento.

Desde AP se evalúan inicialmente los síntomas, la necesidad de pruebas complementarias y la existencia de criterios de derivación hospitalaria. Si no se identifican signos de alarma, se inicia tratamiento y se realiza seguimiento, donde pueden surgir con el tiempo nuevos criterios de derivación. En este contexto, la incorporación del rol de enfermería de AP sería útil en un doble sentido: en primer lugar, para realizar una valoración precoz de los síntomas de VH y la valoración funcional del paciente; y en segundo lugar, para realizar una comunicación efectiva con el paciente con VH, donde este pueda compartir de manera abierta y sin prejuicios su vivencia de la VH, el impacto en su calidad de vida y sus expectativas, y donde se pueda generar un espacio para ofrecer formación e información que prepare al paciente para el proceso asistencial.

RECOMENDACIÓN: Incorporar el perfil de **enfermería de AP** en la ruta asistencial del paciente con VH, tanto en el proceso diagnóstico como en el seguimiento posterior.

Herramientas de valoración de síntomas de VH

Por un lado, el uso del diario miccional puede ser una herramienta de gran valor diagnóstico y terapéutico, como primera toma de contacto informativa para una evaluación inicial de la sintomatología, orientar la gravedad o identificar otras posibles causas (p. ej. ingesta excesiva o desequilibrada de líquidos) y para el seguimiento y reevaluación de los síntomas. Sin embargo, su utilidad no es universal y depende de diversos factores relacionados con el paciente, con el profesional y con el propio cuestionario.

En la práctica clínica, se observa que no todos los pacientes se benefician de igual forma del diario miccional. Existen casos en los que este recurso no resulta útil debido a limitaciones en la capacidad del paciente para cumplimentarlo adecuadamente. El principal desafío radica en que el diario miccional requiere de un registro continuo durante al menos tres días, lo cual puede suponer una carga excesiva para ciertos pacientes. Además, en muchos casos, los datos recopilados resultan ilegibles o confusos, lo que dificulta su interpretación por parte del profesional sanitario y no siempre permite extraer conclusiones clínicas útiles.

Para maximizar la utilidad de esta herramienta, es fundamental que el profesional pueda dedicar tiempo suficiente a explicar adecuadamente al paciente la finalidad del diario, su correcto uso y la relevancia de un registro riguroso. La implicación del paciente es clave, y no está necesariamente relacionada con la edad, sino con su nivel de comprensión, motivación y percepción de la importancia del proceso.

Existen diarios miccionales estándar desarrollados tanto por la Asociación Europea de Urología (70) como por la Asociación Española de Urología (71), así como otros que siguen el mismo patrón, pero con ligeras adaptaciones del formato y las instrucciones (72). Los diarios en formato físico (papel) tienen una duración recomendada de 3 días y presentan las ventajas de ser de bajo coste y fácil acceso. Sin embargo, muestran limitaciones derivadas de la dificultad de interpretarlos y los errores manuales en la introducción de datos por parte de los pacientes. Por su parte, los diarios en formato digital (aplicaciones móviles) presentan una mayor facilidad de uso, aunque su desarrollo supone un mayor coste y desarrollo técnico. Actualmente, no existe ninguna aplicación de diario miccional validada formalmente por una sociedad científica española, aunque sí existe algún estudio científico independiente que concluye que una aplicación así podría incrementar la adherencia a la cumplimentación del diario, así como la calidad de los datos recogidos (73). En el mercado se pueden encontrar desde aplicaciones que registran la micción mediante el sonido, con el uso del teléfono móvil (74), como dispositivos con sensores para incorporar a los WC y conectados a una aplicación móvil, que realizan un registro automático y preciso de la cantidad miccionada (75).

Por otro lado, en el ámbito clínico existen numerosas escalas de evaluación, muy diversas en extensión y complejidad (76–79) que sirven para valorar la gravedad sin subjetividades y la repercusión en la calidad de vida y las actividades de la vida diaria de los pacientes, tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento como herramienta de apoyo a las decisiones compartidas sobre el tratamiento. Para el manejo de la VH, se considera prioritario el uso de escalas validadas, preferentemente breves y fácilmente aplicables, ya que permiten recoger información de valor sin sobrecargar al paciente ni al profesional.

Si bien algunas escalas de calidad de vida son más extensas y detalladas, su aplicabilidad puede verse limitada por la disponibilidad de tiempo o la disposición del paciente a responder. Para mejorar su integración en la práctica clínica diaria, se propone que estas herramientas estén incorporadas en los sistemas digitales utilizados por los profesionales sanitarios, lo que permitiría una evaluación más completa, personalizada y

eficiente. No obstante, no todos los pacientes se benefician por igual de este enfoque digital. Algunos muestran dificultades para cumplimentar formularios, especialmente aquellos de mayor edad o con menor familiaridad tecnológica. En estos casos, la cumplimentación presencial sigue siendo clave. Aun así, ofrecer herramientas digitales accesibles representa una oportunidad para avanzar hacia un modelo más proactivo y centrado en el paciente dentro del proceso de digitalización de la sociedad en el que nos encontramos.

En este contexto, se destaca de nuevo el papel esencial de la enfermería de AP, tanto en el cribado temprano, como en la evaluación sistemática de la calidad de vida de las personas con VH. El seguimiento, la educación sanitaria y la proximidad al paciente convierten a enfermería en una pieza clave para implementar de forma efectiva estas herramientas.

RECOMENDACIÓN:

Promover el uso del **diario miccional**, teniendo en cuenta los siguientes factores:

- **Duración:** se debe priorizar el uso del diario miccional de 3 días, descartando los de 1 día (ya que carecen de representatividad clínica suficiente), así como los de mayor duración (por resultar contraproducentes).
- **Formato:** físico, se plantea la simplificación del diario miccional en papel para mejorar su entendimiento por parte del paciente y la fiabilidad de los datos recogidos; digital, se propone desarrollar una versión del diario como aplicación móvil, que permita registrar fácilmente los episodios de micción, escapes o urgencia. Como limitaciones se apuntan la falta de validación científica, la ausencia de financiación de aplicaciones informáticas dentro del SNS o la dificultad para algunos perfiles de pacientes con menor alfabetización digital.
- **Apoyo social:** se recomienda la participación de cuidadores o familiares para asegurar la fiabilidad de los registros, y de forma indispensable en pacientes con deterioro cognitivo.

Promover el uso de las **escalas de gravedad y calidad de vida**, con las siguientes consideraciones:

- **Tipo de escala:** validada, breve y fácilmente aplicable.
- **Integración tecnológica:** incorporación en las plataformas de los sistemas sanitarios, pudiendo facilitar su cumplimentación por parte del paciente de forma previa a la consulta (por ejemplo, desde la aplicación de Tarjeta Sanitaria) y la exportación automática de los datos a su registro clínico.

Derivación de pacientes con VH

La derivación de pacientes con VH desde AP debería realizarse en consonancia con lo publicado en las guías de referencia, que establecen los siguientes casos:

- Diagnóstico incierto.
- Síntomas graves.
- Síntomas que pueden responder a una patología orgánica (dolor vesical, hematuria...).
- Nuevos síntomas.
- Infección urinaria de repetición.
- Antecedentes de irradiación o de cirugía radical en la zona pélvica.
- Falta de respuesta al tratamiento o mal control en AP.
- Falta de adherencia mantenida.
- Necesidad de pruebas diagnósticas y tratamientos especializados.

Dicha derivación puede realizarse a distintas especialidades dependiendo de la situación particular: principalmente urología, aunque también ginecología, unidad especializada en VH, geriatría o fisioterapia. Sin embargo, existen factores que entorpecen que la derivación se realice de forma precoz y adecuada:

- La elevada carga asistencial en AP.
- La infravaloración del impacto de la patología en los pacientes.
- La insuficiente continuidad asistencial que, en algunos casos, depende principalmente de la relación entre profesionales de los distintos niveles/especialidades.
- La elevada carga asistencial en las especialidades vinculadas a la VH.
- El desconocimiento de los algoritmos de tratamiento en AP.

Para superar estas barreras se proponen algunas medidas que podrían ayudar a mejorar la situación:

- Formación clara y accesible dirigida a pacientes y población general: con el objetivo de empoderarles, eliminar estigmas asociados a los síntomas urinarios y evidenciar que la VH es tratable y no es una parte normal del envejecimiento.
- Formación y sensibilización a profesionales sanitarios de AP, con el objetivo de lograr una mayor equidad en la atención a pacientes con VH frente a otras patologías y capacitarles para la identificación y valoración temprana de los síntomas.
- Incorporación de perfiles profesionales que aporten valor añadido al proceso (enfermería de AP, enfermería de práctica avanzada, fisioterapia, psicología).
- Protocolo compartido entre especialidades, en formato sencillo, consensuado y coordinado, con enfoque multidisciplinar e individualizado para una atención más eficiente y centrada en la mejora de la calidad de vida del paciente, que logre la coordinación de esfuerzos, con roles de actuación claros, y mejore la continuidad asistencial. Este protocolo debería incluir los siguientes apartados:
 - Cribado de la VH, que incluya algoritmos claros de diagnóstico y valoración, y promueva el uso de herramientas diagnósticas validadas y el acceso a pruebas básicas (uso de diarios miccionales y análisis de orina en AP).
 - Derivación de pacientes con VH, con criterios homogéneos que indiquen cuándo, a quién y a qué especialidad derivar.

- Canales de comunicación entre niveles, principalmente para la resolución de dudas diagnósticas o terapéuticas, que se conviertan en herramientas ágiles y bidireccionales (interconsulta telemática con agendas establecidas, reuniones efectivas de coordinación, e-Consulta con unidades especializadas [consulta monográfica] en caso de sobrecarga de otras especialidades) que permitan priorizar casos seleccionados.
- Incorporación de tecnologías digitales que optimicen diagnóstico y seguimiento (formularios de cribado integrados en la historia clínica, interconsulta, recursos digitales para formación continuada de profesionales y pacientes, aplicaciones para registrar síntomas y mejorar adherencia).

RECOMENDACIÓN:

- 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.

Las asociaciones de pacientes

El grupo de expertos subrayó las valiosas contribuciones que las asociaciones de pacientes pueden ofrecer en el abordaje de los pacientes con VH:

- Complemento al sistema sanitario: aportan una perspectiva basada en la experiencia del paciente, favoreciendo el aprendizaje entre iguales y reforzando el acompañamiento a lo largo de todo el proceso asistencial.
- Nivel educativo: organizan talleres y sesiones informativas sobre cuidados y control en VH, adherencia terapéutica y medidas higiénicas, gestión de posibles efectos adversos, aprender a vivir con la patología...
- Nivel emocional: son espacios de escucha activa donde conseguir apoyo emocional, compartir experiencias sin prejuicios, reducir el aislamiento, gestionar la estigmatización social...
- Nivel operativo: acceso a recursos prácticos que ayuden a mantener la adherencia, como recordatorios de medicación o herramientas de seguimiento del tratamiento.
- Empoderamiento multidimensional de los pacientes: además de los niveles anteriores, contribuyen al fortalecimiento del ámbito relacional/comunicativo (mejorando la comunicación con profesionales sanitarios) y estructural/comunitario (favoreciendo una mayor participación del paciente en la toma de decisiones y en su comunidad).

Las principales barreras a las que se enfrentan las asociaciones de pacientes de VH para desplegar su potencial son:

- Desigual presencia territorial: existen provincias y comunidades autónomas sin asociaciones activas relacionadas directamente con la VH (más allá de las ligadas a patologías concretas que presentan una VH secundaria), lo que limita su alcance y equidad de acceso.

- Falta de conocimiento y visibilidad: una gran parte de pacientes y profesionales sanitarios desconocen la existencia de asociaciones de pacientes en su área de referencia o no están al tanto de los recursos y servicios que ofrecen.
- Estigmatización y desconocimiento social: la VH es una patología históricamente mal entendida, asociada a tabúes y estereotipos; romper con esto requiere mayor visibilización, sensibilización y normalización a través del discurso público y sanitario.

En este contexto, se hace manifiesta la necesidad de sinergia entre asociaciones de pacientes y profesionales de medicina y enfermería familiar y comunitaria: combinar la perspectiva clínica con la experiencia del paciente puede mejorar significativamente la adherencia y los resultados en salud. Las experiencias compartidas entre iguales suelen tener mayor impacto que las recomendaciones exclusivas de los profesionales, ya que el acompañamiento por parte de personas que han vivido la misma situación ayuda a generar confianza y motivación que contribuya a la verbalización de síntomas y que permita a los profesionales identificar nuevas necesidades y adaptar el abordaje de esos pacientes. Asimismo, se recomienda involucrar a las unidades de experiencia del paciente en hospitales para adaptar los planes de acción a la realidad cultural y social específica de cada entorno. Las diferencias dentro de una misma ciudad pueden ser significativas y requerir enfoques personalizados.

Por último, pese a la preferencia de las asociaciones de pacientes por usar las expresiones “prescribir” o “recetar” asociaciones, desde el ámbito clínico se advierte que dichos verbos pueden inducir a error o transmitir una obligación implícita, lo que distorsiona la intención real del mensaje. Por ello, se proponen términos alternativos más neutrales como “recomendar”.

RECOMENDACIÓN:

- Identificar y mapear las asociaciones de pacientes activas y los servicios que ofrecen.
- Informar y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre dichas asociaciones e incentivar que compartan esa información con sus pacientes.
- Fomentar la colaboración entre asociaciones de pacientes, profesionales de AP (medicina y enfermería) y unidades de experiencia del paciente.
- Aprovechar los recursos ya existentes en educación para la salud en AP, como sesiones informativas coincidiendo con días mundiales o campañas de concienciación, para realizar sesiones de información sobre VH.

El prejuicio del edadismo

El grupo de expertos observa una notable influencia del edadismo (esto es, la discriminación por razón de la edad) en el diagnóstico y abordaje de la VH, principalmente en los casos en los que la VH va acompañada de incontinencia urinaria, situación que puede ser devastadora para pacientes y familiares, y que está insuficientemente atendida. Las acciones propuestas para cambiar esta situación pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Formación/sensibilización a profesionales/gestores para:
 - entender el impacto del edadismo

- eliminar prejuicios, promover una valoración geriátrica/funcional integral que no normalice los síntomas urinarios como parte inevitable del envejecimiento
- actualizar conocimientos sobre la VH en la tercera edad
- realizar un seguimiento clínico estructurado e interdisciplinar
- Información/concienciación de la población mayor con VH:
 - empoderar a los pacientes, de forma activa, con campañas informativas accesibles, y rompiendo estigmas con una comunicación clara
 - explicar que la aparición de la VH es normal, pero que puede mejorar
 - informar sobre los tratamientos coste-efectivos, siendo los absorbentes el “último recurso” o como máximo una medida provisional o un complemento de confianza a otros tratamientos
- Modificación de políticas sanitarias:
 - protocolizar el cribado y la valoración activa de síntomas urinarios en personas mayores, con herramientas diagnósticas validadas
 - garantizar el acceso equitativo a todas las opciones terapéuticas, incluyendo tratamientos farmacológicos, conductuales y tecnológicos, adaptados a las necesidades individuales
 - integrar el manejo de la VH en los programas de salud del adulto mayor

Para lograr estas tres medidas las campañas de alto impacto en medios de comunicación podrían jugar un papel mediador importante, aprovechando la influencia de los medios en la agenda pública y política.

Sin embargo, estos objetivos se enfrentan a barreras. Desde el ámbito sanitario, la sobrecarga asistencial y la falta de personal en los centros sanitarios dificultan una correcta detección y abordaje de la VH. Esta situación, unida al estigma que todavía rodea a la patología, afecta negativamente la implicación del profesional y al éxito del tratamiento. Por otro lado, la disponibilidad de un tratamiento farmacológico eficaz no solo refuerza la concienciación sobre la importancia de la VH, sino que también mejora el impacto de las medidas no farmacológicas y facilita un abordaje más resolutivo, optimizando tanto los esfuerzos del paciente como del profesional sanitario. Finalmente, se recuerda que la VH no afecta únicamente a personas mayores, sino también a hombres y mujeres más jóvenes (estas últimas principalmente durante el embarazo, el posparto o la menopausia), por lo que las estrategias deben ser integrales, transversales y basadas en factores de riesgo.

RECOMENDACIÓN:

- Formación/sensibilización a profesionales/gestores sobre el edadismo.
- 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.

3.2. Abordaje terapéutico del paciente con vejiga hiperactiva

Orientaciones clave

La pauta de tratamientos para la VH es variada y flexible, ya que ninguna opción suple a otra, sino que se complementan en aras de conseguir los objetivos terapéuticos deseados y/o las expectativas del paciente (p. ej., mayor seguridad o comodidad con el tratamiento). La prescripción de uno u otro tratamiento debe amoldarse por completo a la realidad del paciente (edad, comorbilidades, nivel funcional, etc.). Este enfoque debería evaluar todas las medidas posibles, respetando siempre la necesidad de personalizar el tratamiento, considerando sus necesidades individuales y características funcionales. El objetivo fundamental del tratamiento de la VH es la mejora de la calidad de vida del paciente, basada en su propia percepción de los síntomas y su impacto en las actividades de la vida diaria. Sin embargo, este enfoque no siempre se aplica de forma homogénea debido a varios motivos ligados a distintas perspectivas:

- a) Sistema sanitario: las diferencias entre los sistemas sanitarios regionales generan variabilidad clínica y asistencial.
- b) Profesionales implicados en el proceso asistencial:
 - El insuficiente tiempo disponible por consulta debido a la alta carga asistencial, lo que dificulta la comunicación profesional-paciente para una toma de decisiones compartidas (p. ej., entender las necesidades y las expectativas del paciente). A este respecto se ha trabajado recientemente en la priorización de una serie de medidas para la consolidación de la toma de decisiones compartidas en el SNS (80).
 - La escasa formación específica en VH, que puede darse tanto en AP como hospitalaria (incluso dentro de especialidades ligadas a la VH como, por ejemplo, la ginecología centrada en oncología vs. la ginecología centrada en suelo pélvico).
 - La falta de motivación y/o sensibilidad, considerando la VH como problema de salud menor, que no compromete la supervivencia y que, en consecuencia, conduce a menospreciar la sintomatología.
- c) Pacientes: la falta de implicación, debida principalmente a falta de formación y de información sobre la VH, que genera expectativas erróneas y falta de adherencia terapéutica.
- d) Sociedad:
 - La falta de visibilización de la VH, lo que genera falta de conocimiento y la idea demodadora de que no tiene solución, con un consecuente alto impacto psicológico (sobre todo, aunque no solo, en pacientes jóvenes), ya que se ven afectadas todas las esferas de la vida (personal, familiar, social, laboral, sexual...).
 - Los prejuicios asociados a la VH: la vinculación entre VH y edad como parte "normal" del envejecimiento dificulta su diagnóstico y seguimiento. Se trata de dar un salto cualitativo y contemplar la VH desde una perspectiva comunitaria, de la misma manera que se ha hecho previamente con otro tipo de patologías crónicas (como, por ejemplo, la enfermedad cardiovascular) que han brindado resultados positivos de cara al diagnóstico y control de los pacientes (81). En paralelo, se observa un cambio generacional

en adultos mayores, que muestran una actitud más proactiva hacia su salud, lo que debe entenderse como una oportunidad para avanzar hacia una atención más personalizada, participativa y centrada en resultados en salud relevantes para la vida diaria.

Todos estos factores se traducen en una menor adherencia a los tratamientos y, por tanto, un menor éxito terapéutico.

RECOMENDACIÓN: Orientar el abordaje terapéutico del paciente con VH hacia la **mejora de su calidad de vida**, desde una perspectiva múltiple que incluya la implicación de pacientes, profesionales, sistemas sanitarios y sociedad en general.

Los algoritmos actuales

En el abordaje de la VH, es preciso no confundir el hecho de orientar y adaptar el tratamiento a la realidad del paciente con la variabilidad clínica, ya que esta se entiende como un elemento negativo dentro del SNS (82,83). Los algoritmos (es decir, esquemas para la toma de decisiones) que deben guiar el tratamiento de los pacientes tienen que seguir un patrón similar u homogéneo y mantener una perspectiva poblacional, independientemente de la especialidad desde la que se maneje la VH, así como de la capacidad y voluntad de cada profesional de adaptarlo a la individualidad de cada paciente. Son herramientas de apoyo profesional a la asistencia sanitaria, que deben permitir tomar decisiones eficientes. Aunque estos esquemas ya están contemplados en las guías clínicas y documentos de referencia de cada especialidad involucrada en el diagnóstico y/o seguimiento de la VH, el factor motivacional mencionado anteriormente con respecto a los resultados en salud ejerce un importante efecto, ya que aplica al diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento de los pacientes con VH.

Además, de cara a evaluar la evolución clínica de los pacientes, es importante establecer unos indicadores homogéneos que midan el impacto terapéutico. En este sentido, deben aunarse tanto las expectativas del profesional como las del paciente. Un listado completo y claro de indicadores permitiría obtener un conjunto de resultados comparables (entre pacientes, centros o regiones), reevaluables y discutibles de cara a lograr el mayor éxito posible. Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, llegar a un consenso entre diferentes especialidades, teniendo en cuenta las particulares idiosincrasias y contextos de cada una, permitiría transmitir un mensaje más fuerte y claro en torno a la VH.

Adicionalmente, para mejorar la accesibilidad y aplicabilidad de las guías y algoritmos clínicos es fundamental presentarlos de forma pragmática y operativa. En muchos casos, aunque las guías clínicas ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia disponible, no proporcionan algoritmos de decisión suficientemente claros que orienten de manera directa al profesional según el caso clínico concreto y le faciliten la toma de decisiones en la práctica asistencial. Dicho esto, es preciso recordar que la adaptación de los algoritmos a la individualidad de cada paciente no debe omitir pasos que han demostrado evidencia científica de éxito.

Este enfoque aplica tanto al abordaje realizado en AP como en hospitalaria y se enfrenta a un reto importante: la gran variedad de patologías que se atienden. Los profesionales

no siempre están familiarizados, suficientemente formados o actualizados en el manejo específico de la VH. Esto pone de manifiesto una brecha importante entre la prevalencia de la VH y el número de profesionales que cuenta con la formación y motivación necesarias para abordarla con eficacia. Y además tiene como consecuencia la desmesurada derivación a consultas especializadas, que en muchos casos terminan asumiendo de forma exclusiva la atención de este tipo de pacientes, incluyendo aquellos cuyo seguimiento desde otras especialidades podría ser suficiente. Por lo tanto, siendo esta solución poco sostenible, se lograría una mayor eficiencia y equidad con una distribución más amplia del conocimiento y de las competencias entre los distintos niveles asistenciales y especialidades.

RECOMENDACIÓN: 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 (**Figura 4 y Tabla 5**).

Figura 4. Medidas clave para la mejora del abordaje terapéutico de la vejiga hiperactiva

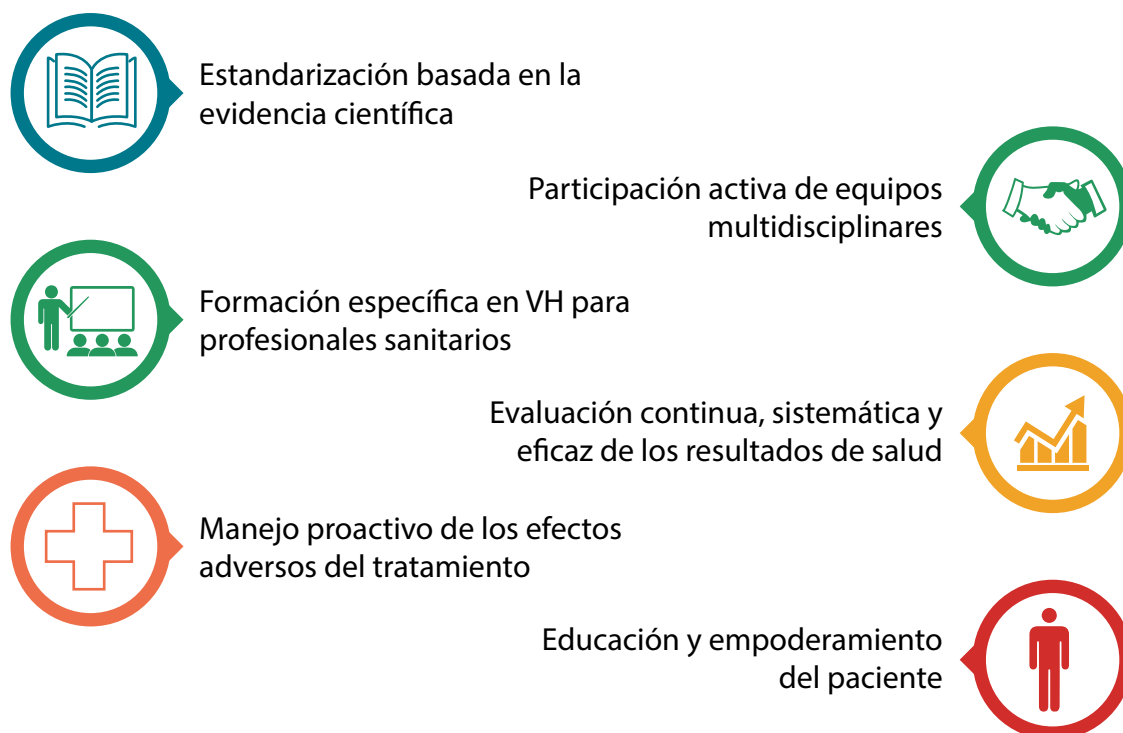


Tabla 5. Medidas clave para la mejora del abordaje terapéutico de la vejiga hiperactiva

Estandarización basada en la evidencia científica
- Definir algoritmos clínicos que prioricen tratamientos según eficacia demostrada, perfil del paciente, comorbilidades y preferencias personales. - Incorporar actualizaciones periódicas según nuevas guías, publicaciones o innovaciones terapéuticas. - Incorporar herramientas digitales que ayuden al profesional a personalizar de forma más precisa el tratamiento según el perfil del paciente, de tal modo que la introducción de determinados datos ofrezca el tratamiento óptimo adaptado a cada persona.
Participación activa de equipos multidisciplinares
- Incluir en los protocolos la intervención multidisciplinar (medicina de primaria, enfermería de primaria, urología, enfermería especialista, ginecología, rehabilitación, fisioterapia, farmacia comunitaria, psicología...). - Establecer canales de comunicación eficaces entre niveles asistenciales para asegurar la continuidad asistencial.
Formación específica en VH para profesionales sanitarios
Distribuir el conocimiento y las competencias entre los distintos niveles asistenciales y especialidades.
Evaluación continua, sistemática y eficaz de los resultados en salud
- Incorporar indicadores de calidad (efectividad clínica, satisfacción del paciente, abandono vs. persistencia del tratamiento y control de eventos adversos) que permita saber si una intervención está aportando o no valor al proceso asistencial, mediante el uso del diario miccional y de las escalas disponibles. - Lograr un algoritmo versátil que permita adaptarse a la variabilidad de los pacientes y la práctica asistencial.
Manejo proactivo de los efectos adversos del tratamiento
- Informar al paciente de posibles efectos adversos desde el inicio (posible aparición y diferencias en la tolerabilidad), teniendo en cuenta las expectativas y lo que de verdad importa al paciente. - Protocolizar la evaluación activa de la tolerancia al tratamiento, mediante revisiones de seguimiento. - Establecer criterios de alarma para suspender o modificar el tratamiento.
Educación y empoderamiento del paciente
- Garantizar una comunicación clara, eficaz y bidireccional con el paciente. - Desarrollar materiales informativos estandarizados y comprensibles. - Incorporar herramientas digitales (p. ej. aplicaciones móviles con información, recordatorios o formularios de seguimiento) que favorezcan la formación, el seguimiento, la adherencia y la comunicación de efectos adversos.

Factores para diseñar un plan terapéutico

Los principales factores que se tienen en cuenta en la actualidad a la hora de diseñar un plan terapéutico completo son, en opinión del grupo de expertos, los siguientes:

- El impacto en su calidad de vida
- La eficacia del tratamiento
- La expectativa de vida del paciente
- Los efectos adversos derivados del tratamiento
- La participación activa del paciente en la toma de decisiones terapéuticas
- La presencia de otras comorbilidades y/o discapacidad

Factores para elegir un tratamiento farmacológico

Los principales factores que el grupo de expertos considera más relevantes a la hora de elegir un tratamiento farmacológico son, por este orden:

- La evidencia disponible sobre su eficacia, ligada a las guías clínicas, que garantice una toma de decisiones basada en datos sólidos y actualizados.
- Los efectos adversos asociados al tratamiento, siendo imprescindible informar al paciente sobre los mismos; esta práctica no solo respeta su autonomía, sino que también favorece la toma de decisiones compartidas y realistas.
- La presencia de comorbilidades cardiovasculares, por los posibles efectos adversos que pueda tener el tratamiento.
- La polifarmacoterapia, especialmente en aquellos pacientes de edad avanzada, en un doble sentido:
 - la posibilidad de interacciones farmacológicas, debiéndose considerar las alteraciones en los mecanismos de absorción, distribución y metabolismo propias de esta población, que difieren sustancialmente respecto a pacientes más jóvenes.
 - el impacto en la adherencia, que tiende a disminuir a medida que se incrementa el número de fármacos prescritos.
- la capacidad cognitiva del paciente, valorando el posible deterioro cognitivo y el impacto asociado de los antimuscarínicos, para priorizar alternativas terapéuticas más seguras si fuera necesario.

Todos estos elementos deben necesariamente ir acompañados de la involucración del paciente, ya que tiene una relevancia crucial en términos de adherencia terapéutica: un paciente poco implicado, que presenta reticencias o que percibe que el tratamiento no responde a sus expectativas, difícilmente logrará buenos resultados clínicos.

RECOMENDACIÓN:

- Garantizar la eficacia y seguridad de los tratamientos farmacológicos, con especial atención a pacientes con comorbilidades cardiovasculares, polifarmacoterapia o deterioro cognitivo.
- Favorecer la adherencia terapéutica, mediante la involucración activa de los pacientes en general y el seguimiento estrecho de los pacientes en tratamiento con múltiples fármacos.

3.3 Factores relacionados con la adherencia en vejiga hiperactiva

Factores individuales

Los principales factores individuales (relativos al paciente) que pueden generar una falta de adherencia terapéutica en el paciente son, en opinión del grupo de expertos, los siguientes:

- La aparición de efectos secundarios
- La percepción de falta de eficacia del tratamiento por parte del paciente
- La polifarmacoterapia
- La edad avanzada
- La falta de apoyo familiar o social
- El tiempo que pasa hasta el inicio de la eficacia del tratamiento

Para minimizar sus efectos y mejorar la adherencia pueden llevarse a cabo diferentes acciones que implican una mayor motivación del profesional para crear un espacio de confianza y comunicación con el paciente que genere, en consecuencia, la involucración de este en el proceso:

- Explicar al paciente los posibles efectos adversos que pueden aparecer, para gestionarlos con mayor resiliencia.
- Explicar al paciente el tiempo aproximado en que se podrían obtener resultados ligados a cada tratamiento, para evitar falsas expectativas y una percepción errónea de la eficacia.
- Explicar al paciente que cada tratamiento podría tener un efecto distinto en cada persona, que existen diferentes alternativas de tratamiento, que pueden modificarse con el tiempo y que es necesario recorrer ese camino hasta lograr la combinación que mejor funcione en su caso concreto.
- Conciliar la medicación del paciente para reducir al mínimo posible el número de fármacos prescritos.

RECOMENDACIÓN:

- 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

Los principales factores de carácter asistencial (relativos al sistema sanitario) que pueden generar una falta de adherencia terapéutica en el paciente son, en opinión del grupo de expertos, los siguientes:

- La falta de explicación clara por parte del profesional sanitario de la fisiopatología de la VH, su manejo y los objetivos terapéuticos
- Una monitorización insuficiente del nivel de adherencia por parte de los profesionales
- La falta de protocolos compartidos entre AP y hospitalaria
- Una inadecuada comunicación y coordinación multidisciplinar entre niveles asistenciales y especialidades
- La falta de formación en VH entre el personal de AP

De forma coherente con lo indicado previamente, el principal factor organizativo que puede generar una menor adherencia en los pacientes es precisamente aquel que minimizaría el impacto de la mayoría de los factores individuales: la aportación detallada de información por parte del profesional sanitario. Adicionalmente, pueden llevarse a cabo otras acciones tales como:

- Evaluar la adherencia terapéutica en las visitas de seguimiento preguntando directamente al paciente la posología de los fármacos que tiene prescritos y los posibles efectos adversos, para evaluar su nivel de conocimiento.
- Formar a farmacia comunitaria en VH e involucrarla en el seguimiento de la adherencia terapéutica, puesto que es un punto frecuente de contacto con los pacientes y puede realizar una detección más precoz de síntomas o problemas relacionados con la medicación. En este caso, el reto fundamental reside en mejorar las herramientas de comunicación entre el sistema sanitario y la farmacia comunitaria para poder compartir los datos clínicos del paciente.
- Avanzar hacia modelos compartidos y colaborativos, que aborden las diferencias tanto entre sistemas sanitarios como entre niveles asistenciales:
 - La relación entre los centros de salud y los hospitales difiere significativamente entre sistemas sanitarios, en función de si el hospital coordina directamente un número determinado de centros o si funcionan de manera independiente.
 - La práctica clínica muestra diferencias relevantes entre AP y atención hospitalaria, tanto en los indicadores de prescripción como en el abordaje de los pacientes. Esta falta de homogeneidad puede generar una cierta indefinición respecto a la responsabilidad en el seguimiento de cada caso, así como una respuesta e involucración diferente por parte del paciente, con resultados en salud diferentes.
 - No se trata de generar un proceso asistencial complejo (tal y como necesitan otras patologías con mayor morbimortalidad como, p. ej., la EPOC o patologías cardíacas), pero sí un protocolo sencillo para facilitar y ayudar a minimizar estos efectos.
 - Las herramientas digitales, como las consultas electrónicas (e-consultas), representan una oportunidad para mejorar la comunicación bidireccional entre profesionales de distintos ámbitos. Sin embargo, en muchos contextos estas herramientas son unidireccionales y limitan la posibilidad de respuesta y colaboración real.
 - La potenciación de la interconsulta de enfermería podría mejorar la continuidad asistencial y reducir la fragmentación, especialmente en lo relativo a cuidados, aunque no en lo relativo al tratamiento farmacológico.

- Formar a profesionales en VH, siendo este un desafío recurrente: la necesidad de formación continua no solo de los pacientes, sino también de los profesionales sanitarios.
 - En ocasiones, la actualización de conocimientos desde el ámbito hospitalario hacia la AP es percibida como una crítica implícita a la capacidad de los profesionales de este nivel, cuando en realidad responde a la diversidad de patologías que deben abordar en su práctica diaria. Por ello, resulta más adecuado hablar de “actualización” que de formación básica.
 - La capacitación no debería limitarse a AP, sino extenderse a todos los agentes implicados: urgencias hospitalarias, farmacia comunitaria, medicina interna e incluso especialidades como urología y ginecología, en las que muchos profesionales no centrados específicamente en VH carecen de experiencia suficiente en este problema de salud.
 - Junto con un modelo más colaborativo, la formación es una estrategia esencial para optimizar la atención de pacientes con VH, reducir tensiones innecesarias y asegurar un manejo más eficiente y centrado en el paciente.

RECOMENDACIÓN:

- 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.

Factores humanísticos

La incorporación de la experiencia y los resultados comunicados por los pacientes (PREMs y PROMs, respectivamente), junto con los enfoques de humanización, son un componente clave para mejorar la calidad asistencial, favorecer la adherencia terapéutica y promover decisiones compartidas. Sin embargo, persisten barreras relevantes para su plena integración en el sistema sanitario. La principal barrera identificada por el grupo de expertos es la falta de tiempo debida a la sobrecarga asistencial, que limita la posibilidad de dedicar la atención necesaria a la gestión integral de pacientes crónicos. Dentro de la carga de trabajo, se identifican algunas tareas o procesos poco eficientes que podrían ser prescindibles o al menos optimizables:

- Tareas rutinarias que no generan valor ni para los pacientes ni para los profesionales como, por ejemplo, registros clínicos que no impactan en los resultados en salud ni facilitan la toma de decisiones.
- Carga administrativa ligada a la cumplimentación de cuestionarios (por ejemplo, diarios miccionales o escalas de calidad de vida) y su registro en la historia clínica del paciente.
- Prácticas clínicas de bajo valor como procedimientos innecesarios que restan recursos a intervenciones de mayor impacto.

Por otro lado, pese a la existencia de planes de humanización en el SNS desde los años ochenta (84), la presión asistencial, el envejecimiento de la plantilla y los cambios generacionales en los valores profesionales dificultan avanzar hacia una atención más centrada en la persona.

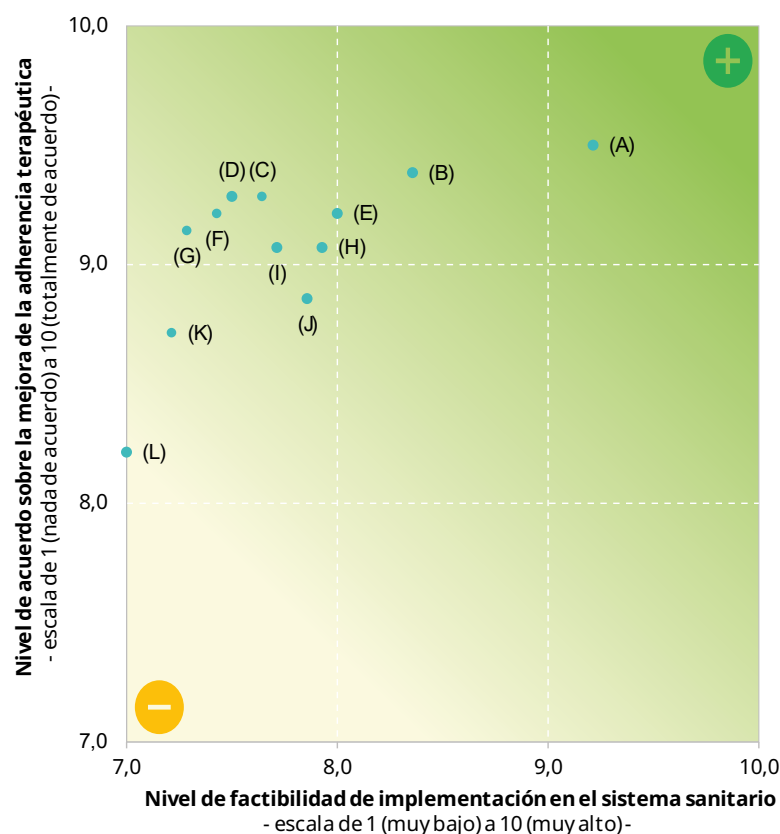
RECOMENDACIÓN:

- 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.

3.4. Intervenciones para mejorar la adherencia

La **Figura 5** muestra el grado de acuerdo medio del grupo de expertos con respecto a las principales intervenciones u objetivos que pueden ayudar a mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con VH, así como su factibilidad de implementación en el contexto del SNS. Los resultados muestran una fiabilidad moderada-buena, con un Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC) de 0,73 (IC95%: 0,21–0,85).

Figura 5. Nivel de acuerdo y de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con vejiga hiperactiva



LEYENDA:

Intervenciones / objetivos	Acuerdo	Factibilidad
(A) Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto	9,50	9,21
(B) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería	9,38	8,36
(C) Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia	9,29	7,64
(D) Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	9,29	7,50
(E) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	9,21	8,00
(F) Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia	9,21	7,43
(G) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria	9,14	7,29
(H) Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias	9,07	7,93
(I) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología	9,07	7,71
(J) Asociar los tratamientos a una rutina diaria	8,86	7,86
(K) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia	8,71	7,21
(L) Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	8,21	7,00
(M) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología*	8,00	6,29

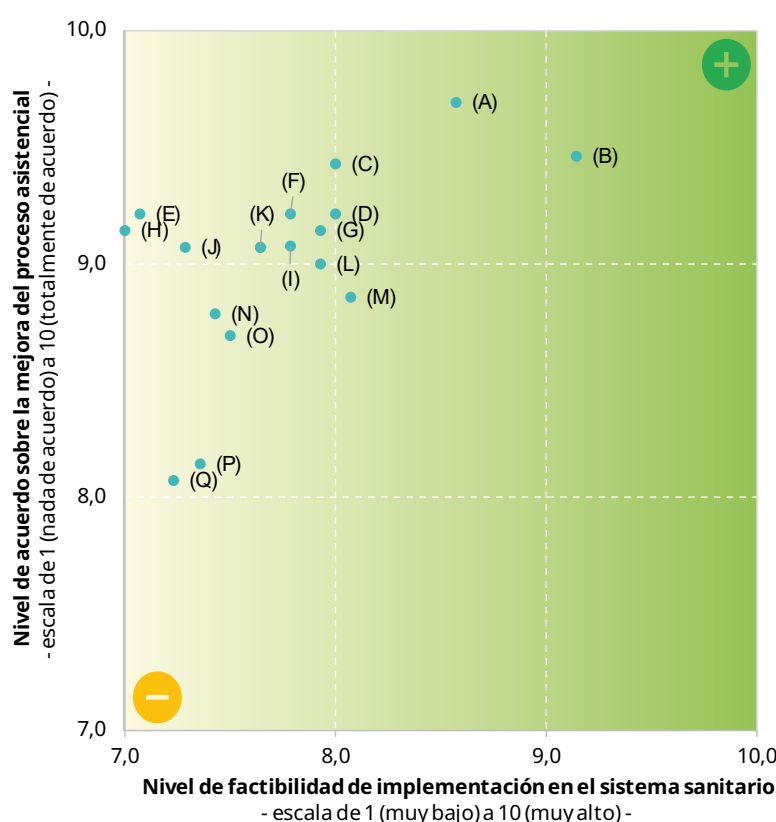
Nota metodológica: tanto el nivel de acuerdo sobre la mejora de la adherencia terapéutica como el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoraron en una escala de 1 (nada de acuerdo o muy bajo, respectivamente) a 10 (totalmente de acuerdo o muy alto, respectivamente). Para facilitar la lectura del gráfico, ambos ejes reflejan únicamente las puntuaciones altas en ambos criterios (de 7 a 10).

*No queda representada en el gráfico por situarse por debajo de las puntuaciones reflejadas en los ejes.

3.5. Intervenciones para mejorar el proceso asistencial

La **Figura 6** muestra el grado de acuerdo medio del grupo de expertos con respecto a las principales intervenciones u objetivos que pueden ayudar a mejorar el proceso asistencial en pacientes con VH, así como su factibilidad de implementación en el contexto del SNS. Los resultados muestran una fiabilidad buena, con un ICC de 0,84 (IC95%: 0,24–0,93).

Figura 6. Nivel de acuerdo y de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial en pacientes con vejiga hiperactiva



LEYENDA:

Intervenciones / objetivos	Acuerdo	Factibilidad
(A) Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y hospitalaria	9,69	8,57
(B) Involucrar a enfermería	9,46	9,14
(C) Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)	9,43	8,00
(D) Formar e informar al paciente sobre su enfermedad	9,21	8,00
(E) Disminuir el tiempo de espera hasta la consulta especializada	9,21	7,07
(F) Humanizar la atención a pacientes con VH	9,21	7,79
(G) Formar en VH a otros profesionales (atención primaria, urgencias, farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.)	9,15	7,93
(H) Implementar el uso de herramientas para evaluar PROMs y PREMs	9,14	7,00
(I) Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	9,08	7,79
(J) Intensificar el seguimiento (en cantidad y calidad)	9,07	7,29
(K) Involucrar a farmacia comunitaria	9,07	7,64

(L) Involucrar a ginecología/urología	9,00	7,93
(M) Derivar a profesionales especializados en la patología	8,86	8,07
(N) Involucrar a fisioterapia	8,79	7,43
(O) Implementar el uso de herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida	8,69	7,50
(P) Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	8,14	7,36
(Q) Involucrar a psicología	8,07	7,23
(R) Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer)*	5,43	3,86

Nota metodológica: tanto el nivel de acuerdo sobre la mejora del proceso asistencial como el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoraron en una escala de 1 (nada de acuerdo o muy bajo, respectivamente) a 10 (totalmente de acuerdo o muy alto, respectivamente). Para facilitar la lectura del gráfico, ambos ejes reflejan únicamente las puntuaciones altas en ambos criterios (de 7 a 10).

*No queda representada en el gráfico por situarse por debajo de las puntuaciones reflejadas en los ejes.

Abreviaturas: PREMs, Medidas de la Experiencia Reportada por el Paciente (del inglés *Patient Reported Experience Measures*); PROMs, Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (del inglés *Patient-Reported Outcome Measures*); VH, vejiga hiperactiva.

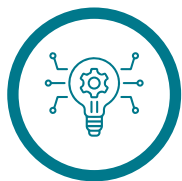
4

Recomendaciones
clave



Planificación estratégica

- Planificar con una visión realista de medio plazo (~5 años), integrando consensos y nuevas herramientas.
- Avanzar hacia protocolos comunes que reduzcan la variabilidad clínica, se adapten a todos los niveles y especialidades, y prioricen lo esencial.



Innovación tecnológica y digitalización

- Incorporar tecnologías digitales (herramientas sencillas, asequibles y adaptadas a los sistemas informáticos de cada comunidad autónoma) que faciliten la comunicación bidireccional entre profesionales, el seguimiento y la toma de decisiones clínicas.
- Potenciar la interoperabilidad para optimizar los circuitos asistenciales y reducir duplicidades.



Coordinación y colaboración profesional

- Reforzar la coordinación entre niveles asistenciales y profesionales sanitarios, reduciendo la fragmentación del proceso.
- Favorecer la colaboración entre profesionales y pacientes, con un enfoque multidisciplinar.



Orientación a resultados en salud y calidad de vida

- Alinear los procesos asistenciales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y lograr que tengan un impacto real en los resultados en salud.
- Personalizar tratamientos y monitorizar de manera continua sus resultados clínicos y de bienestar.



Conciencia social y empoderamiento del paciente

- Promover la visibilización de la patología para sensibilizar a la ciudadanía en general.
- Generar mayor conciencia entre los pacientes para que perciban la relevancia clínica y social de la VH, y fomentar su participación activa en la toma de decisiones y en su proceso asistencial.

The background is a solid teal color. On the left side, there are several overlapping, organic, leaf-like shapes in a lighter shade of teal. These shapes are layered, with some appearing in front of others, creating a sense of depth. The shapes are smooth and curved, resembling stylized leaves or petals.

Bibliografía

1. Osakidetza. **Manejo de la vejiga hiperactiva**. INFAC [Internet]. 2018;26(10). Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/Presentaci%C3%B3n_%20INFAC%20Vol%2026%20n%C2%BA%2010_manejo%20de%20vejiga%20hiperactiva.pptx
2. Angulo JC, Calderín MP, Fernández Y, González M, Gómez E, Herreros MB, et al. **Prevalencia y caracterización de la vejiga hiperactiva detectada en una población de Madrid con el cuestionario OAB-V3 autoadministrado en atención primaria**. 2018;50(2):79-87.
3. Alcántara A, Blasco P, Díez-Itza I, Espín J, Medina J, Caballero M. **Uso de recursos y carga socioeconómica asociada a adultos con vejiga hiperactiva en tratamiento farmacológico en España**. Espuña M, editor. EDS. 2024;19:17.
4. Alcántara Montero A, Raquel Pacheco de Vasconcelos S, Peñato Tarifa F, Tovar Matsuki Martín de Prado M. **Actualización en la fisiopatología de la vejiga hiperactiva: en el camino hacia un cambio de paradigma diagnóstico y terapéutico (I)**. Med Gen Fam. 2021;10(4):181-6.
5. Baena González V, Blasco Hernández P, Cózar-Olmo JM, Díez-Itza I, Espuña Pons M, Hidalgo Vega A, et al. **Libro blanco de la carga socioeconómica de la incontinencia urinaria** [Internet]. Instituto Max Weber. 2017. Disponible en: <https://weber.org.es/publicacion/libro-blanco-de-la-carga-socioeconomica-de-la-incontinencia-urinaria-en-espana/>
6. **Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence**. NICE. Clinical Guideline [Internet]. NICE; 2009 [citado 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/resources/medicines-adherence-involving-patients-in-decisions-about-prescribed-medicines-and-supporting-adherence-pdf-975631782085>
7. Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. **Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor**. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(5):247-56.
8. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. **Tratamiento del síndrome de vejiga hiperactiva** [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: http://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/sindrome_bufeta_hiperactiva
9. Ribera JM, Gil V, Valdés C. **Análisis Nacional de la Adherencia al Tratamiento en Patologías Crónicas**. Resultados Descriptivos: VEJIGA HIPERACTIVA. Observatorio de la Adherencia al Tratamiento, Madrid. ISBN: 978-84-697-4322-5. 2017.
10. Ali M, Grogan S, Powell S, Staniford L, Nazir J, Landeira M, et al. **Qualitative Analysis of Factors Influencing Patient Persistence and Adherence to Prescribed Overactive Bladder Medication in UK Primary Care**. Adv Ther. 2019;36(11):3110-22.

11. Zhang L, Cai N, Mo L, Tian X, Liu H, Yu B. **Global Prevalence of Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis**. Int Urogynecol J. 2025;36:1547-66.
12. Overactive Bladder - **Epidemiology Forecast to 2030** [Internet]. Market Research Reports & Consulting | GlobalData UK Ltd. [citado 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.globaldata.com/store/report/overactive-bladder-epidemiology-analysis/>
13. Verdejo-Bravo C, Brenes-Bermúdez F, Valverde-Moyar MV, Alcántara-Montero A, Pérez-León N. **Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el paciente mayor**. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(5):247-56.
14. **Vejiga hiperactiva**. Revista Española sobre Suelo Pélvico de la Mujer y Cirugía Reconstructiva. 2021;10(Supl. 1). Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Suelo-Pelvico-10Supl-1.pdf>
15. Dobrek L. **Lower Urinary Tract Disorders as Adverse Drug Reactions—A Literature Review**. Pharmaceuticals. 2023;16(7):1031.
16. Cody JD, Jacobs ML, Richardson K, Moehrer B, Hextall A. **Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women**. Cochrane Incontinence Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(10).
17. Asociación Española de Urología. **Guía Vejiga Hiperactiva de la AEU** [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.aeu.es/userfiles/files/guiavejigahiperactivaaeu.pdf>
18. Enemchukwu EA, Subak LL, Markland A. **Barriers and facilitators to overactive bladder therapy adherence**. Neurourol Urodyn. 2022;41(8):1983-92.
19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Fesoterodina EFG** [Internet]. 2024. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/86450/86450_ft.pdf
20. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Ditropan®** [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/57185/FichaTecnica_57185.html.pdf
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Mictonorm®** [Internet]. 2023 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/83656/ft_83656.html.pdf
22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Vesicare®** [Internet]. 2013 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/66257/FT_66257.html.pdf

23. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Tolterodina Neo Cinfa EFG** [Internet]. 2020 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77250/FT_77250.html#10
24. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Uraplex®** [Internet]. 2021 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/61058/FT_61058.html.pdf
25. Duong V, Iwamoto A, Pennycuff J, Kudish B, Iglesia C. **A systematic review of neuro-cognitive dysfunction with overactive bladder medications**. International Urogynecology Journal. 2021;32:2693-702.
26. Woodford HJ, Stevenson JM. **Anticholinergic drugs and dementia: time for transparency in the face of uncertainty**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021.
27. Bishara D. Managing drugs with anticholinergic activity. **Drug and Therapeutics Bulletin**. 2023;61(9).
28. Luchristt D, Bretschneider CE, Kenton K, Simon M, Brown O. **Inequities in Filled Overactive Bladder Medication Prescriptions in the US**. JAMA Network Open. 2023;6(5):e2315074.
29. Okita Y, Shimomura Y, Komukai S, Zha L, Komatsu M, Kimura Y, et al. **Risks of Dementia Associated With Anticholinergic Medication Compared to Beta-3 Agonist Among Older Patients With Overactive Bladder in Japan: The LIFE Study**. Int J Geriatr Psychiatry. 2025;40(1):e70036.
30. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Mirabegrón Normon EFG** [Internet]. 2024 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/89487/FT_89487.html.pdf
31. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Ficha técnica o resumen de las características del producto: Obgems®** [Internet]. 2025 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241822001/FT_1241822001.html
32. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, Enemchukwu E, Ginsberg DA, Helfand BT, et al. **The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder**. The Journal of Urology. 2024;212(1):11-20.
33. Farag F, Sakalis VI, Arteaga SM, Sihra N, Karavitakis M, Arlandis S, et al. **What Are the Short-term Benefits and Potential Harms of Therapeutic Modalities for the Management of Overactive Bladder Syndrome in Women? A Review of Evidence Under the Auspices of the European Association of Urology, Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms Guidelines Panel**. European Urology. 2023;84(3):302-12.

34. Khullar V, Cambroner J, Angulo JC, Wooning M, Blauwet MB, Dorrepaal C, et al. **Efficacy of mirabegron in patients with and without prior antimuscarinic therapy for overactive bladder: a post hoc analysis of a randomized European-Australian Phase 3 trial.** BMC Urology. 2013;13:45.
35. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Informe de Posicionamiento Terapéutico de vibegrón (Obgemsa®) para el síndrome de vejiga hiperactiva** [Internet]. 2025 [citado 29 de mayo de 2025]. Report No.: IPT-349/V1/02042025. Disponible en: <https://www.cofguadalajara.es/cofgu%5CDocumentos%5CRepositorios%5CNotas%20informativas%20AEM%5CIPT-349-Obgemsa-vibegron.pdf>
36. Herschorn S, Chapple CR, Abrams P, Arlandis S, Mitcheson D, Lee KS, et al. **Efficacy and safety of combinations of mirabegron and solifenacin compared with monotherapy and placebo in patients with overactive bladder (SYNERGY study).** BJU International. 2017;120(4):562-75.
37. Drake MJ, Chapple C, Esen AA, Athanasiou S, Cambroner J, Mitcheson D, et al. **Efficacy and Safety of Mirabegron Add-on Therapy to Solifenacin in Incontinent Overactive Bladder Patients with an Inadequate Response to Initial 4-Week Solifenacin Monotherapy: A Randomised Double-blind Multicentre Phase 3B Study (BESIDE).** European Urology. 2016;70(1):136-45.
38. Nambiar AK, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, de Heide M, et al. **European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Management of Female Non-neurogenic Lower Urinary Tract Symptoms.** Part 1: Diagnostics, Overactive Bladder, Stress Urinary Incontinence, and Mixed Urinary Incontinence. Eur Urol. 2022;82(1):49-59.
39. Nazir J, Hakimi Z, Guelfucci F, Khemiri A, Fatoye F, Blázquez AMM, et al. **A retrospective study of treatment persistence and adherence to mirabegron versus antimuscarinics, for the treatment of overactive bladder in Spain.** BMC Urol. 2018;18:76.
40. Chastek B, Carrera A, Landis C, Snyder D, Abedinzadeh L, Bancroft T, et al. **Comparative analysis of real-world adherence and persistence patterns with vibegron, mirabegron, and anticholinergics in patients with overactive bladder: A retrospective claims study.** Neurourology and Urodynamics. 2024;43(7):1504-13.
41. Brown HW, Barnes HC, Lim A, Giles DL, McAchran SE. **Better together: multidisciplinary approach improves adherence to pelvic floor physical therapy.** Int Urogynecol J. 2020;31(5):887-93.
42. Cameron AP, Chung DE, Dielubanza EJ, Enemchukwu E, Ginsberg DA, Helfand BT, et al. **The AUA/SUFU Guideline on the Diagnosis and Treatment of Idiopathic Overactive Bladder.** Journal of Urology. 2024;212(1):11-20.

43. Gallo ML, Przydacz M, Phé V. **Antimuscarinics or $\beta 3$ Adrenoreceptor Agonists: Which Should Be the First Step?** *European Urology Focus* 2025;11(2):223-5.
44. Chastek B, Carrera A, Landis C, Snyder D, Abedinzadeh L, Bancroft T, et al. **Real-World Adherence to and Persistence with Vibegron in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Claims Analysis.** *Adv Ther.* 2024;41(5):2086-97.
45. Weber MA, Haag-Molkenteller C, King J, Walker A, Mudd PN, White WB. **Effects of vibegron on ambulatory blood pressure in patients with overactive bladder: results from a double-blind, placebo-controlled trial.** *Blood Press Monit.* 2022;27(2):128-34.
46. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. **Informe de Posicionamiento Terapéutico de vibegrón (Obgemsá®) para el síndrome de vejiga hiperactiva** [Internet]. Disponible en: <https://www.cofguadalajara.es/cofgu/cms/repositorios/RepositorioDetalle.asp?IdMenu=171&IdRepositorio=44&IdRepositorioDocumento=3164>
47. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. **Estudi d'utilització de medicaments per al tractament de la incontinència urinària.** 2021; Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6121>
48. Hartch C, Dietrich MS, Lancaster BJ, Mulvaney SA, Stollendorf DP. **Satisfaction and Usability of a Commercially Available Medication Adherence App (Medisafe) Among Medically Underserved Patients With Chronic Illnesses: Survey Study.** *JMIR Hum Factors* 2025;12(e63653).
49. McGuinness CB, Michaeli J, Wang X, Wade RL. PMU106 **EVALUATING THE ABILITY OF A MOBILE MEDICATION APP TO IMPROVE ADHERENCE IN A CHRONICALLY NON-ADHERENT POPULATION IN HYPERTENSION, DIABETES AND DEPRESSION.** *Value in Health.* 2019;22:S268.
50. MyTherapy [Internet] [citado 21 de agosto de 2025]. **The Patient App that Pharma Builds on for PSPs, Patient Activation and DTx.** Disponible en: <https://www.mytherapyapp.com/pharma-app-for-patient-support-and-digital-therapeutics>
51. Juan S, Harxhi A, Kaul S, Woods B, Tran M, Geonnotti G, et al. **Optimization of the Care4Today Digital Health Platform to Enhance Self-Reporting of Medication Adherence and Health Experiences in Patients With Coronary or Peripheral Artery Disease: Mixed Methods Study.** *JMIR Cardio.* 2025;9(e56053).
52. Johnson & Johnson MedTech. J&J MedTech. [citado 21 de agosto de 2025]. **Care4Today® | CareAdvantage | J&J MedTech.** Disponible en: <https://www.jnjmedtech.com/en-EMEA/service-details/care4today>
53. Mamun A, Cook DJ, Ghasemzadeh H. **AIMI: Leveraging Future Knowledge and Personalization in Sparse Event Forecasting for Treatment Adherence** [Internet]. arXiv; 2025 [citado 21 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://arxiv.org/abs/2503.16091>

54. HealthNet Homecare. HealthNet Homecare. [citado 21 de agosto de 2025]. **AdherePredict – HealthNet Homecare**. Disponible en: <https://www.healthnethomecare.co.uk/adherepredict/>
55. Surescripts. Surescripts. 2025 [citado 21 de agosto de 2025]. **Mount Sinai Health System | Surescripts**. Disponible en: <https://surescripts.com/node/1028>
56. Savana. Savana. [citado 22 de agosto de 2025]. **NLP as a service – Savana – Transform EMR into Deep-Real World Evidence**. Disponible en: <https://savanamed.com/nlp-as-a-service/>
57. García Fuentes C, Hernández Cañas V, Arias J, López M, Gonzalo Balbás A, Macía Díaz M, et al. **La Vigilancia Activa como tratamiento de elección en el cáncer de próstata de bajo riesgo. Fiabilidad de resultados obtenidos a través de sistemas de procesamiento de lenguaje clínico y Big Data** [Internet]. XXXVIII Reunión Nacional del Grupo de Urología Oncológica (GUO 2025); 2025 [citado 22 de agosto de 2025]; Gijón, España. Disponible en: <https://aeu.es/reuniones/guo2025/verposter.aspx?Sesion=3&Num=P-107>
58. Rhudy C, Johnson J, Perry C, Bumgardner C, Wesley MJ, Fardo D, et al. **Machine learning approaches to predicting medication nonadherence: a scoping review**. International Journal of Medical Informatics. 1 de diciembre de 2025;204:106082.
59. Vaid A, Sawant A, Suarez-Farinas M, Lee J, Kaul S, P K, et al. **Implications of the Use of Artificial Intelligence Predictive Models in Health Care Settings: A Simulation Study**. Annals of Internal Medicine. 2023;176(10):1358-69.
60. PACT Care BV. Florence. [citado 21 de agosto de 2025]. **Florence - Your health assistant**. Disponible en: https://florence.chat/?utm_source=chatgpt.com
61. NHS England. **TECS CASE STUDY 002: Florence text messaging to monitor a range of conditions** [Internet]. NHS England; 2014 [citado 21 de agosto de 2025]. Report No.: 002. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/tecs-flo.pdf>
62. Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS. **Estrategia de salud digital. Sistema Nacional de Salud. 2021**.
63. Sánchez Gómez-Casuso C, Mariátegui Orbegoza N. **Estado actual, retos y recomendaciones para la adopción de las terapias digitales en España**. Consorcio DTx. Barcelona; 2024.
64. Gravas S, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Karavitakis M, Kyriazis I, et al. **Summary Paper on the 2023 European Association of Urology Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms**. European Urology. 2023;84(2):207-22.

65. Cornu JN, Gacci M, Hashim H, Herrmann TRW, Malde S, Netsch C, et al. **EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)** [Internet]. Arnhem, the Netherlands: European Association of Urology; 2024 [citado 17 de julio de 2025]. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/management-of-non-neurogenic-male-luts/publications-appendices>
66. Harding CK, Lapitan MC, Arlandis S, Bø K, Cobussen-Boekhorst H, Costantini E, et al. **EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms** [Internet]. Arnhem, the Netherlands: European Association of Urology; 2024 [citado 17 de julio de 2025]. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts>
67. Astellas Pharma. **Criterios de derivación y manejo integral del paciente con STUI**. Madrid: Sanidad y Ediciones, S.L.; 2018.
68. Andrés AM de, Alsina Hipólito M, Bernal S, Carrizo G, Errando C, Fernández-Liz E, et al. **Pautes per a l'harmonització del tractament farmacològic de la incontinència urinària**. Scientia [Internet]. 4 de marzo de 2021 [citado 30 de junio de 2025]; Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6184>
69. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. **Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. Progresos de Obstetricia y Ginecología**. 2018;61(6):630-5.
70. European Association of Urology. **Diario miccional** [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://urologiaweb.com/wp-content/uploads/2020/04/DIARIO_Miccional-EAU.pdf?utm_source=chatgpt.com
71. Asociación Española de Urología. **Diario miccional** [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://urologiaweb.com/wp-content/uploads/2020/04/DIARIO_Miccional-EAU.pdf
72. Centre d'Esclerosi Múltiple de Catalunya (Cemcat). **Diario miccional** [Internet]. Barcelona: Cemcat; [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: https://www.cem-cat.org/sites/default/files/diario_miccional_3_dies_cemcat.pdf?utm_source=chatgpt.com
73. OBrien J, Manning T, Perera M, McGrath S, Lawrentschuk N, Bolton D. **The Bladder Diary on Autopilot: An Initial Feasibility Study Investigating Patient Compliance and Recording Accuracy**. En: 51st Annual Meeting of the International Continence Society (ICS 2021) [Internet]. Virtual; 2021 [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ics.org/2021/abstract/134>
74. Soundable Health, Inc. **Bladderly: AI Diario Miccional** [Internet]. 2025 [citado 21 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.bladderly.com>
75. iUFlow [Internet]. [citado 21 de julio de 2025]. iUFlow – **Monitor de vejiga y diario miccional**. Disponible en: <https://iuflow.com/>

76. Espuña 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.** Medicina Clínica. 2004;122(8):288-92.
77. Espuña 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 Urológicas Españolas. 2006;30(10):1017-24.
78. Arlandis-Guzmán S, Ruiz MA, Errando C, Villacampa F, Arumí D, Lizarraga I, et al. **Quality of Life in Patients with Overactive Bladder.** Clinical Drug Investigation. 2012;32(8):523-32.
79. Coyne KS, Matza LS, Kopp Z, Abrams P. **The Validation of the Patient Perception of Bladder Condition (PPBC): A Single-Item Global Measure for Patients with Overactive Bladder.** European Urology. 2006;49(6):1079-86.
80. García-Altés A, Peiró M, Artells JJ. **Priorización de medidas para la consolidación de la toma de decisiones compartidas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español.** Gac Sanit. 2019;33(5):408-14.
81. Flores Soler J, Vila Costa I, Bengoa Terrero C, Fernandez Perez C, Garcia Gonzalez F, Bas Villalobos M, et al. **Prevecardio: a single-visit population screening model for detection and prevention of 10-year cardiovascular risk.** European Heart Journal. 2024;45(Supplement_1):ehae666.3606.
82. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Peiró S. **Atlas of Variations in Medical Practice in Spain: The Spanish National Health Service under scrutiny.** Health Policy. 2014;114(1):15-30.
83. Angulo-Pueyo E, Comendeiro-Maaløe M, Estupiñán-Romero F, Martínez-Lizaga N, Rídao-López M, González-Galindo J, et al. **Atlas VPM: two decades informing on unwarranted variations in health care in Spain.** Research in Health Services & Regions. 2022;1(5):1-10.
84. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria** [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud; 1984 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://catalogo-bibliotecaingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

