Med Gen Fam. 2026; 15(5): 215-233

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org



Documento de consenso

Consenso multidisciplinar sobre la mejora del proceso asistencial en la vejiga hiperactiva desde la adherencia: consenso claVHes

Grupo claVHes[a], *Amaia Casteig Blanco*[b,*], *María Merino*[c], *Ariana Cornet Cortada*[d]

[a]*Miembros del Grupo claVHes: véase al final del artículo.* [b]*Grupo OAT. Las Rozas, Madrid.* [c]*Theorema4H. Madrid.*
[d]*Pierre Fabre Ibérica S.A. Barcelona.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 8 de abril de 2026
Aceptado el 29 de septiembre de 2026
On-line el 23 de noviembre de 2026

Palabras clave:
Vejiga hiperactiva idiopática
Adherencia al tratamiento
Modelo asistencial
Consenso

RESUMEN

El abordaje de la vejiga hiperactiva (VH) en el sistema sanitario español afronta retos relevantes, entre ellos una adherencia terapéutica deficiente. Este consenso propone recomendaciones de mejora del proceso asistencial (clínico y de gestión) desde la óptica de la adherencia. Un Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) de 14 integrantes revisó y discutió críticamente la literatura existente (de forma individual y en sesiones conjuntas) y formuló recomendaciones en torno a cinco ejes: 1) planificación estratégica: con visión realista de medio plazo y avanzando hacia protocolos comunes; 2) innovación tecnológica y digitalización: que faciliten comunicación bidireccional entre profesionales, seguimiento, toma de decisiones clínicas e interoperabilidad; 3) coordinación y colaboración: entre niveles asistenciales, profesionales y pacientes; 4) orientación a resultados en salud y calidad de vida: con tratamientos personalizados y monitorización continua; 5) conciencia social y empoderamiento de pacientes: aumentando la visibilidad de la patología, sensibilizando a ciudadanía y pacientes, y fomentando su participación activa.

© 2026 Los autores. Publicado por Elsevier España S.L.U. en representación de la Asociación Española de Urología (AEU), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecom mons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Multidisciplinary consensus on improving the care pathway for overactive bladder from an adherence perspective: the claVHes consensus

Keywords:
Overactive bladder
Medication adherence
Model of care
Consensus

ABSTRACT

Overactive bladder management within the Spanish healthcare system faces significant challenges, including suboptimal therapeutic adherence. This consensus proposes recommendations to improve the care process (both clinical and organizational) from an adherence perspective. A Multidisciplinary Working Group of 14 members critically reviewed and discussed the literature (individually and in joint sessions) and formulated recommenda-

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: amaia.casteig@oatobservatorio.com (A. Casteig Blanco).
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.050
2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Este artículo ha sido elaborado conjuntamente por Actas Urológicas Españolas, Actas Urológicas Españolas (English Edition), Progresos de Obstetricia y Ginecología y Medicina General y de Familia (edición digital) y publicado conjuntamente por Elsevier España S.L.U., Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Los artículos son idénticos, salvo por pequeñas diferencias estilísticas y ortográficas, de acuerdo con el estilo de cada revista. Para citar este artículo, puede utilizarse cualquiera de las dos referencias.

tions around five pillars: (1) strategic planning, with a realistic medium-term horizon and progress toward common protocols; (2) technological innovation and digitalization, enabling bidirectional communication among professionals, follow-up, clinical decision-making, and interoperability; (3) coordination and collaboration, across levels of care, healthcare professionals, and patients; (4) a focus on health outcomes and quality of life, with personalized treatments and continuous monitoring; and (5) social awareness and patient empowerment, increasing disease visibility, raising awareness among the public and patients, and fostering active patient participation.

© 2026 The Author(s). Published by Elsevier España S.L.U. on behalf of Asociación Española de Urología (AEU), by Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecom mons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome clínico caracterizado por urgencia miccional, aislada o asociada a incontinencia urinaria de urgencia, junto con aumento de la frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de otra enfermedad demostrable[1]. Un metaanálisis estimó que la VH afecta en torno al 19,5 % de la población mundial[2], mientras que varios estudios realizados en España la sitúan en un 12 % en mayores de edad[3,4] y en un 20 % en población de 40 años o más[5], lo que se traduce en unos 5 millones de personas en España[3-6]. Además, se han reportado prevalencias superiores en mujeres, en personas obesas y con el incremento de la edad[2]. En las últimas dos décadas se ha observado un aumento global de la prevalencia de la VH y se estima que siga creciendo en línea con el incremento de las tasas de obesidad y la esperanza de vida, lo que acrecentará su carga sanitaria y social[2]. En la mayoría de pacientes con VH no se identifica una causa subyacente tras la evaluación clínica y urodinámica, por lo que se denomina VH idiopática[7,*].

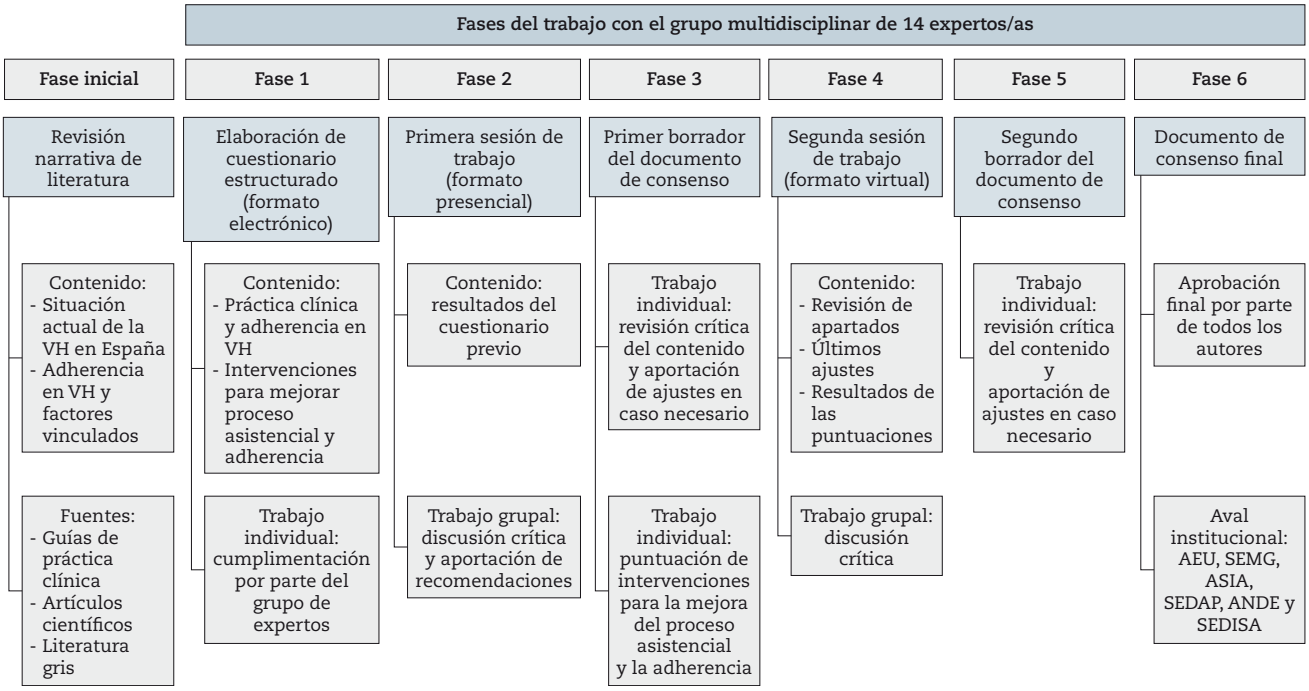
La VH compromete de manera relevante la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), especialmente en presencia de incontinencia urinaria, que se da en aproximadamente un tercio de las personas con VH, con afectación variable entre mujeres y hombres[8,9]. Las personas con VH experimentan ansiedad en entornos desconocidos (p. ej., ante la necesidad de localizar el baño más cercano), junto con vergüenza, frustración, depresión y miedo al olor, que puede interferir en sus actividades diarias y favorecer el aislamiento social. La repercusión abarca, entre otros, los ámbitos físico, emocional, sexual y laboral[10-13].

Los tratamientos disponibles para la VH incluyen: medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida; técnicas de modificación de la conducta; medicación (antimuscarínicos —fesoterodina, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina y trospio— y/o agonistas selectivos del receptor β3 adrenérgico —mirabegrón y vibegrón—); otras terapias especializadas (p. ej. toxina botulínica); y medidas paliativas (p. ej. absorbentes). El tratamiento debe ser individualizado y escalonado (de menos a más invasivo), pudiendo combinarse distintos tratamientos[14]. Desde el punto de vista clínico, hay que tener en cuenta expectativas de vida y de mejoría, grado de incomodidad, capacidad funcional, comorbilidad asociada y edad[15], sin perder de vista las preferencias personales tras recibir la información apropiada y la toma de decisiones compartida[16].

La VH puede ser crónica y con frecuencia progresiva, por lo que los/as pacientes suelen necesitar, además de cambios en sus hábitos de vida, un tratamiento continuado para el alivio de los síntomas[17]. En este contexto, es importante diferenciar dos conceptos relacionados, pero no equivalentes: la adherencia terapéutica y la persistencia. La adherencia se refiere al grado en que el/la paciente cumple la pauta prescrita (dosis, horarios y recomendaciones), mientras que la persistencia hace referencia al tiempo durante el cual el/la paciente mantiene el tratamiento sin abandonarlo[18]. En el caso de la VH, la evidencia sugiere que uno de los principales retos terapéuticos es la baja persistencia, frecuentemente asociada a efectos adversos, percepción de falta de eficacia u otros factores relacionados con el tratamiento. Por su parte, un estudio poblacional en España situó la adherencia farmacológica en pacientes con VH en un 50,2 %[4]. Tanto la falta de adherencia como la falta de persistencia son, en gran medida, intencionadas y responden a un balance personal entre beneficios y efectos adversos, siendo las principales razones: expectativas de eficacia no cumplidas; mala tolerabilidad; aversión a la medicación crónica; priorización de fármacos en pacientes pluripatológicos; falta de apoyo profesional durante el tratamiento; y, en determinados contextos, la carga económica asociada al tratamiento para el paciente[4,6,17,19].

En España, la VH supone una importante carga socioeconómica, estimada en 497 millones de euros en 2023, siendo un 91 % costes directos para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y un 9 % costes indirectos (absentismo y presentismo laboral)[6]. Esto subraya la necesidad de lograr mayores niveles de eficacia y seguridad que redunden en mayor adherencia terapéutica. El objetivo de este consenso es proponer recomendaciones de mejora del proceso asistencial (clínico y de gestión) desde la óptica de la adherencia.

*A lo *largo del texto toda alusión a VH deberá entenderse como VH idiopática.*



AEU: Asociación Española de Urología; SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia; ASIA: Asociación para la Incontinencia; SEDAP: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria; ANDE: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería; SEDISA: Sociedad Española de Directivos de la Salud. Elaboración propia.

Figura 1 – Fases para la elaboración del documento de consenso.

Material y métodos

Se configuró un Grupo de Trabajo Multidisciplinar (GTM) de 14 personas expertas en VH y/o gestión sanitaria, integrado por especialistas en urología (n = 2), ginecología (n = 1), medicina familiar y comunitaria (n = 2), gestión farmacéutica (n = 3), enfermería (n = 1), gestión asistencial (n = 4) y representantes de pacientes (n = 1). La experiencia media en la atención a pacientes con VH fue de 13,6 años (DE: 10,1). Paralelamente, se realizó una revisión narrativa de literatura sobre la situación actual de la VH en España (perfiles de pacientes, manejo, terapias) y sobre adherencia (causas, factores, impacto, recomendaciones, barreras). Esto sirvió de base de cara a la discusión posterior para lograr un consenso. El trabajo del GTM se desarrolló en varias fases mediante un método Delphi modificado: 1) cumplimentación individual de un cuestionario de valoración estructurado, elaborado *ad hoc* a partir de la revisión bibliográfica (anexo A), para recoger sus opiniones sobre la práctica clínica actual, adherencia y posibles intervenciones de mejora del proceso asistencial y la adherencia terapéutica en VH; 2) primera sesión de trabajo conjunta (presencial, en julio de 2025) para discutir críticamente los resultados del cuestionario previo y proponer recomendaciones de mejora; 3) tras elaborar el primer borrador del consenso, cada miembro del GTM lo revisó críticamente y sugirió ajustes de contenidos en caso necesario; asimismo, puntuaron un listado de recomendaciones para la mejora del abordaje asistencial y de la adherencia terapéutica, en una escala de 1 a 10, según dos dimensiones: grado de acuerdo según su importancia o potencial para mejorar el proceso asistencial o la adherencia terapéutica (1 = nada de acuerdo; 10 = totalmente de acuerdo) y su factibilidad de implementación en el sistema sanitario (1 = muy baja; 10 = muy alta); en las figuras se representaron únicamente aquellas intervenciones con puntuaciones comprendidas entre 7 y 10 en ambos ejes; la consistencia de las puntuaciones se estimó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI); la fuerza de la recomendación consensuada se clasificó en tres categorías: alta (puntuaciones ≥ 9 en ambas dimensiones), moderada (puntuaciones entre 8,0 y 8,9 en ambas dimensiones, o ≥ 9 en una de ellas y entre 8,0 y 8,9 en la otra) y de menor prioridad relativa (una o ambas puntuaciones < 8); 4) segunda sesión de trabajo conjunta (virtual, en septiembre de 2025) para revisar el índice de contenidos, compartir los ajustes propuestos, discutir las puntuaciones otorgadas en el paso previo y consensuar las recomendaciones finales; 5) tras preparar el segundo borrador del consenso, cada miembro del GTM hizo una segunda revisión crítica, proponiendo en caso necesario correcciones finales; 6) una vez ajustado adecuadamente el documento, todos los miembros del GTM dieron su aprobación a la versión final. La figura 1 resume el proceso metodológico seguido.

El presente trabajo cuenta con los avales institucionales de la Asociación Española de Urología (AEU), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Asociación para la Incontinencia (ASIA), la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) y la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).

Tabla 1 – Recomendaciones para la mejora del abordaje actual de la vejiga hiperactiva en el Sistema Nacional de Salud de España.

Ámbito	Área	Recomendación
Abordaje asistencial	Valoración de sintomatología de VH	• Incorporar el perfil de enfermería de familia en la ruta asistencial de pacientes con VH, tanto en el proceso diagnóstico como en el seguimiento posterior. • Promover el uso del diario miccional: – Duración: 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, simplificar el diario miccional en papel para mejorar su entendimiento por parte de los/as pacientes y la fiabilidad de los datos recogidos; digital, desarrollar una versión del diario miccional como aplicación móvil, que permita registrar fácilmente los episodios de micción, escapes o urgencia. – Apoyo social: incluir la participación de cuidadores/as 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: – Tipo de escala: validada, breve y fácilmente aplicable. – Integración tecnológica: incorporación en las plataformas de los sistemas sanitarios, pudiendo facilitar su cumplimentación por parte de los/as pacientes de forma previa a la consulta y la exportación automática de los datos a su registro clínico.
	Derivación de pacientes con VH	• 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.
	Sinergia con asociaciones de pacientes	• 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 de familia) 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.
	Eliminación de prejuicios	• 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.

Continúa

Resultados

Abordaje clínico y asistencial de la vejiga hiperactiva

La tabla 1 sintetiza las recomendaciones del GTM para mejorar el abordaje clínico y asistencial actual de la VH en el SNS. La recomendación clave para la mejora del abordaje terapéutico actual es orientarlo hacia la mejora de la CVRS, basada en la autopercepción de los síntomas y su impacto en la vida diaria, lo que exige adoptar un enfoque multidimensional, incluyendo la implicación de pacientes (formación e información), profesionales (motivación, dedicación y formación actualizada), sistemas sanitarios (homogeneización asistencial) y sociedad en general (visibilización y eliminación de prejuicios). Sin embargo, esta personalización del abordaje terapéutico debe apoyarse en algoritmos de decisión comunes, que permitan avanzar hacia un abordaje terapéutico más estructurado, centrado en la persona, adaptable a las necesidades clínicas reales y basado en evidencia objetiva.

En cuanto a la elección del tratamiento farmacológico para la VH, se recomienda garantizar la eficacia y seguridad, con especial atención a pacientes con comorbilidades cardiovasculares, polifarmacoterapia o deterioro cognitivo. La información y el seguimiento estrecho de los efectos adversos no solo respeta la autonomía de los/as pacientes, sino que favorece la toma de decisiones compartidas y realistas (tabla 1).

Abordaje de la adherencia y la persistencia terapéuticas en vejiga hiperactiva

Diferentes factores pueden influir en el grado de adherencia y persistencia terapéuticas en VH. En el plano individual, la aparición de efectos secundarios, la percepción subjetiva de falta de eficacia del tratamiento, la polifarmacoterapia, el coste de la medicación o la edad avanzada pueden mermar tanto la adherencia terapéutica como la persistencia. En paralelo, una insuficiente información por parte del personal sanitario, una monitorización insuficiente del nivel de adherencia, y una inadecuada comunicación y coordinación multidisciplinar entre niveles asistenciales y especialidades contribuyen desde el punto de vista asistencial. Por último, la atención humanizada se ve seriamente perjudicada por la sobrecarga asistencial, revelándose como imprescindible la liberación de tiempo de trabajo en tareas o procesos poco eficientes que podrían ser prescindibles o al menos optimizables. La tabla 2 resume las principales recomendaciones aportadas por el GTM según distintos niveles de acción.

Tabla 1 (*Cont.*) – Recomendaciones para la mejora del abordaje actual de la vejiga hiperactiva en el Sistema Nacional de Salud de España.

Ámbito	Área	Recomendación
Abordaje terapéutico	Guías clínicas	• Llevar a cabo una actualización que integre todas las opciones terapéuticas disponibles para la población con VH en España en la actualidad.
	Estandarización basada en la evidencia científica	• Definir algoritmos clínicos que prioricen tratamientos según eficacia demostrada, perfil de 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 de 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 familia, enfermería de familia, 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 del tratamiento, 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/as pacientes y la práctica asistencial.
	Manejo proactivo de los efectos adversos del tratamiento	• Informar a cada paciente de posibles efectos adversos desde el inicio (posible aparición y diferencias personales en la tolerabilidad), teniendo en cuenta sus expectativas y lo que de verdad le importa. • 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 de los/as pacientes	• Garantizar una comunicación clara, eficaz y bidireccional con el/la 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.

AP: atención primaria; SNS: Sistema Nacional de Salud; VH: vejiga hiperactiva.
Elaboración propia a partir de la discusión del Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

Intervenciones de mejora

La figura 2A muestra el grado de acuerdo medio del GTM con respecto a las principales intervenciones para 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 CCI de 0,84 (intervalo de confianza —IC— del 95 %: 0,24-0,93). Una única propuesta alcanzó un nivel de recomendación alto («(b) Involucrar a enfermería»), mientras que las propuestas «(a) Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y hospitalaria», «(c) Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)», «(d) Formar e informar al paciente sobre su enfermedad» y «(m) Derivar a profesionales especializados en la patología» presentaron un nivel moderado; el resto de intervenciones representadas se clasificaron como de menor prioridad relativa. Las puntuaciones de cada miembro del GTM se recogen en la tabla C1 y la tabla C2 (anexo B).

De igual modo, la figura 2B muestra el grado de acuerdo medio del GTM con respecto a las principales intervenciones para 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 CCI de 0,73 (IC 95 %: 0,21-0,85). La propuesta «(s) Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto» sería la única con nivel de recomendación alto; las propuestas «(t) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería» y «(w) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad» mostrarían un nivel moderado; y las restantes se clasificarían como de menor prioridad relativa. Las puntuaciones de cada miembro del GTM se recogen en la tabla C3 y la tabla C4 (anexo B).

Discusión

Este consenso presenta los resultados de la reflexión de un GTM sobre la situación actual del abordaje clínico y asistencial de la VH en el SNS español, que culmina en recomendaciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica de la población con VH.

La VH constituye un problema de salud pública por su alta prevalencia, su fuerte impacto sobre la CVRS y la carga

Tabla 2 – Recomendaciones para la mejora de la adherencia terapéutica en vejiga hiperactiva en el Sistema Nacional de Salud de España.

Nivel de acción	Recomendaciones
Individual (a cada paciente)	• Explicar los posibles efectos adversos que pueden aparecer, para gestionarlos con mayor resiliencia. • Explicar 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 que cada tratamiento podría tener un efecto distinto según la 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 para reducir al mínimo posible el número de fármacos prescritos.
Asistencial	• Evaluar sistemáticamente la adherencia terapéutica del paciente, junto con farmacia comunitaria. • Formar en VH a profesionales sanitarios que atienden a una pluralidad de patologías, incluyendo a 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.
Humanístico	• 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/as 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.

VH: vejiga hiperactiva.
Elaboración propia a partir de la discusión del Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

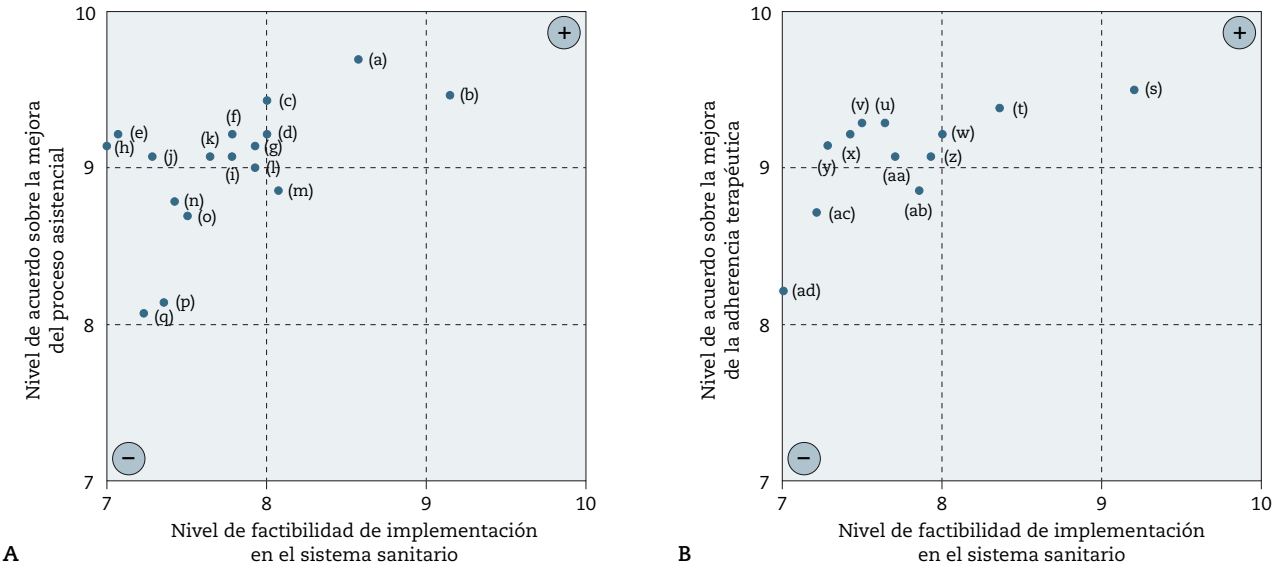
sanitaria, económica y social asociada[6,20,21]. Al ser crónica y frecuentemente progresiva, se prevé un aumento de casos conforme envejece la población[2]. Además, se estima que la VH está infradiagnosticada y, por tanto, infratratada[6], por lo que el número real de personas afectadas probablemente supere las estimaciones actuales.

Las causas del infradiagnóstico son multifactoriales. Primero, el desconocimiento social y el estigma llevan a infravalorar los síntomas o a silenciarlos, lo que demora o entorpece la búsqueda de ayuda[21]. De hecho, el 50 % de pacientes los considera normales, el 71,5 % espera que empeoren con la edad[22] y entre el 64-75 % usa absorbentes[4,22]. Aunque estos productos ofrecen una solución rápida, no tratan la VH y constituyen el principal factor del gasto sanitario en los países que han publicado sus datos[21]. Segundo, pese a la mejora del abordaje en los últimos años, persisten lagunas formativas entre los profesionales no especializados en VH, con prejuicios como el edadismo que pueden condicionar la atención[21]. Finalmente, existe una baja priorización institucional: la VH ha quedado relegada en los planes estratégicos autonómicos, en pro de otras patologías consideradas más prioritarias[21]. Este escenario (ya señalado a comienzos de este siglo) refuerza la necesidad de mejorar diagnóstico y tratamiento[23,24], cuestiones clave de este consenso.

En paralelo, la tasa de tratamiento para la VH es baja (7,4 % en 2023)[6] y la adherencia terapéutica es insuficiente, siendo especialmente relevante aquella de carácter intencional[4,6,17]. Las recomendaciones del GTM para atajar las barreras a la adherencia se centran tanto en factores personales del paciente (insatisfacción con la atención, vergüenza, incomodidad o silencio, falta de formación y escasa involucración) como en factores asistenciales (comunicación y seguimiento mejorables, y necesidad de involucrar a enfermería y farmacia), previamente reportados en la literatura[17,25]. En concreto, la elección del tratamiento farmacológico debe basarse en una decisión compartida, integrando valores, preferencias y expectativas personales[26,27], así como eficacia y tolerabilidad[15]. Este enfoque resulta especialmente relevante, dado que uno de los principales factores asociados a la falta de adherencia y persistencia es el perfil de las distintas terapias[15,17]. En este sentido, en la práctica clínica habitual se han descrito diferencias en las tasas de persistencia al año entre las distintas clases farmacológicas empleadas en pacientes con VH, como los anticolinérgicos (8,3-25 %) y los agonistas beta-3 adrenérgicos (38 %)[28]. Además, dado que los fármacos disponibles difieren de forma significativa en adherencia/persistencia[29] y en perfil de seguridad cardiovascular[30], y que la adherencia al primer tratamiento es superior a la acumulada tras diversos cambios[31], acertar desde el inicio es clave para mejorar resultados clínicos, incrementar la persistencia, evitar los costes vinculados a los efectos adversos[6] y optimizar los recursos.

La literatura apunta que los fenotipos clínicos de la VH podrían ayudar a elegir el tratamiento óptimo, aunque la evidencia sigue siendo no concluyente. Un estudio estadounidense (n = 48) describió dos clústeres (sistémico y vesical) sin diferencias en síntomas de urgencia y sugirió peor respuesta del sistémico a terapias centradas en la vejiga[32]; en cambio, un *Think Tank* internacional propuso que un manejo basado en fenotipos (atendiendo al tipo de urgencia y otras características) podría mejorar resultados y satisfacción, reducir efectos adversos y costes, y favorecer la adherencia[33].

Asimismo, es imprescindible no perder de vista el perfil sociodemográfico de las personas con VH en España (edad avanzada, pluripatológicos, bajo nivel educativo y de renta)[4]



(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. (s) Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto. (t) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería. (u) Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia. (v) Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica. (w) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad. (x) Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia. (y) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria. (z) Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias. (aa) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología. (ab) Asociar los tratamientos a una rutina diaria. (ac) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia. (ad) Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general.

Notas: el nivel de acuerdo sobre la mejora del proceso asistencial (eje X, figura A) fue valorado en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo); el nivel de acuerdo sobre la mejora de la adherencia terapéutica (eje X, figura B) fue valorado en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo); el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario (eje Y en ambas figuras) fue valorado en una escala de 1 (muy bajo) a 10 (muy alto); para facilitar la lectura, ambos ejes reflejan únicamente las intervenciones con puntuaciones altas en ambos criterios, es decir, que oscilen entre 7 y 10; las intervenciones (r) Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer) y (ae) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología, no quedan representadas en las figuras A y B, respectivamente, por no cumplir este criterio.

PREMs: medidas de la experiencia reportada por el paciente; PROMs: medidas de resultados reportadas por el paciente; VH: vejiga hiperactiva.

Puntuaciones otorgadas por el grupo de trabajo.

Figura 2 – Nivel de acuerdo y de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial y de la adherencia terapéutica en pacientes con vejiga hiperactiva.

ya que puede influir en el abordaje asistencial y especialmente de la adherencia terapéutica[34]. La persona con VH no solo es paciente en un centro sanitario: los síntomas impactan en múltiples ámbitos de la vida diaria de manera diferente a lo largo del ciclo vital, estando influenciados por factores modificadores (anatómicos, hormonales, etc.), por lo que el abordaje debe reconocer esa continuidad de necesidades y contextos[35].

A su vez, el vínculo terapéutico es un facilitador de la adherencia. En este sentido, enfermería aporta proximidad, continuidad y competencias para sostener la comunicación bidireccional, reforzar la educación sanitaria, detectar barreras y monitorizar el plan terapéutico. Sin embargo, su papel continúa infrautilizado[4,36] e integrarla de forma estructurada en las rutas asistenciales podría mejorar la experiencia y los resultados en salud.

Este consenso plantea, además, la incorporación de tecnologías digitales de manera transversal en todo el proceso. Sin embargo, desde la óptica del paciente, la aceptación es limitada: solo el 20 % estaría abierto a recibir ayuda a través de mensajes o aplicaciones para mejorar el cumplimiento terapéutico y solo dos de cada tres reportan disponer de teléfono móvil[4].

Desde el punto de vista asistencial, la literatura reporta algunas prácticas de bajo valor en la atención a la VH en el SNS. En un estudio observacional en atención primaria (2022), la práctica de bajo valor más prevalente fue prescribir tratamiento para la VH sin excluir otras patologías que pueden causar síntomas similares (31 % del total), lo que indica oportunidades para mejorar el diagnóstico y evitar intervenciones innecesarias[37].

En este proceso, la sinergia con las asociaciones de pacientes se observa como un elemento clave para complementar la

acción del sistema sanitario en diferentes niveles de acción (educativo, emocional, operativo, relacional/comunicativo y estructural/comunitario). Sin embargo, para desplegar su potencial, será preciso abordar su desigual presencia territorial, el desconocimiento social de estas entidades y la invisibilidad de la VH.

Este trabajo no está exento de limitaciones. La composición del GTM podría haber generado valoraciones diferentes de haber estado integrado por otras personas o perfiles profesionales. Pese a esto, el GTM está conformado por perfiles con experiencia en VH y gestión sanitaria, cuenta con el aval de sociedades científicas de distintas especialidades de ambos niveles asistenciales, y alcanzó un alto grado de acuerdo pese a la heterogeneidad geográfica y profesional de sus integrantes.

En síntesis, este consenso formula recomendaciones generales para mejorar el abordaje asistencial y terapéutico de la VH. Su impacto dependerá de su traslación efectiva a la práctica clínica, es decir, de la implementación, supervisión y evaluación por los servicios de salud, con participación de sociedades científicas, centros, profesionales y asociaciones. Para la difusión inicial, el GTM propone emplear recursos existentes (p. ej., escuelas de salud, talleres en hospitales y centros, y material informativo consensuado).

A medida que la VH gane visibilidad, podrán impulsarse programas específicos que aceleren la adopción de estas recomendaciones.

Conclusiones

Optimizar el proceso asistencial de la VH desde la óptica de la adherencia requiere planificación estratégica, coordinación y colaboración profesional, innovación tecnológica y digitalización, orientación a resultados en salud y calidad de vida, conciencia social y empoderamiento de los/as pacientes.

Autorías

ACB y ACC participaron en la concepción y el diseño del estudio. ACB y MM participaron en la adquisición de datos. Todos/as los/as autores/as (incluidos/as los/as integrantes del Grupo claVHes) participaron en el análisis y la interpretación de los datos. MM redactó el borrador del artículo. Todos/as los/as autores/as (incluidos/as los/as integrantes del Grupo claVHes) revisaron críticamente el contenido del artículo y dieron su aprobación definitiva a la versión que se presenta.

Consideraciones éticas

No aplica. Este estudio no incluye experimentos con seres humanos.

Consentimiento informado

No existen datos de pacientes en el artículo.

Uso de la inteligencia artificial generativa

Durante la preparación de este trabajo, los/as autores/as utilizaron ChatGPT (OpenAI) con el fin de mejorar la legibilidad y el lenguaje. Tras su uso, los/as autores/as revisaron críticamente y editaron el contenido según necesidad y asumen la plena responsabilidad del contenido de la publicación. La herramienta no se empleó para generar o analizar datos ni se introdujeron datos personales/confidenciales.

Financiación

Pierre Fabre Ibérica S.A. brindó apoyo financiero para la realización de la investigación y preparación del artículo. Pierre Fabre Ibérica S.A. participó en el diseño del estudio; en la recopilación e interpretación de datos; y en la decisión de enviar el artículo para su publicación. Pierre Fabre Ibérica S.A. no participó en el análisis de datos ni en la redacción del artículo.

Conflicto de intereses

- JLAO, HFT, JMGS, AGF, JLJ, RME, ARF y JLTM han percibido honorarios y remuneración para traslados y/o alojamiento, por parte de Pierre Fabre, por su participación como expertos/as en el proyecto.
- RAG, MTMB, LPC, JQR, DRP y CVL han percibido honorarios, por parte de Pierre Fabre, por su participación como expertos/as en el proyecto.
- ACB trabaja en una entidad que recibió honorarios para el desarrollo del estudio.
- MM trabaja en una entidad que recibió honorarios para el desarrollo del estudio.
- ACC trabaja en Pierre Fabre Ibérica S.A., entidad que financió el estudio.
- J.L. Álvarez-Ossorio, miembro del Grupo claVHes, forma parte del Comité Editorial de la revista Actas Urológicas Españolas.

Agradecimientos

Los/as autores/as quieren agradecer al equipo de Pierre Fabre Ibérica S.A. por su continuo apoyo en el estudio.

Grupo claVHes (por orden alfabético de apellido)

- 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, 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.
- Àngels 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).

BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourol Urodyn. 2010;29:4-20. https://doi.org/10.1002/nau.20798
2. Zhang L, Cai N, Mo L, Tian X, Liu H, Yu B. Global Prevalence of Overactive Bladder: A Systematic Review and Meta-analysis. Int Urogynecology J. 2025;36:1547-66. https://doi.org/10.1007/s00192-024-06029-2
3. Lugo Salcedo F, Sánchez Borrego R, G.U.I.A.S Group. Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: the Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). Int Urogynecology J. 2013;24(9):1559-66. https://doi.org/10.1007/s00192-013-2067-1
4. Ribera JM, Gil V, Valdés C. Análisis nacional de la adherencia al tratamiento en patologías crónicas, resultados descriptivos. Vejiga hiperactiva. Madrid: Observatorio de la Adherencia al Tratamiento; 2017.
5. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de vejiga hipertiva en España: estudio poblacional. Arch Esp Urol. 2005;58(2):131-8. https://doi.org/10.4321/S0004-06142005000200006
6. 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. Econ Salud. 2024;19(4):17-30. https://doi.org/10.61679/1904017030
7. Alcántara Montero A, Pacheco de Vasconcelos SR, 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. https://doi.org/10.24038/mgyf.2021.037
8. Tubaro A. Defining overactive bladder: Epidemiology and burden of disease. Urology. 2004;64:2-6. https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.10.047
9. Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K, EPIC Study Group. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. BJU Int. 2008;101:1381-7. https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2008.07573.x
10. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. Actas Urol Esp. 2010;34:242-50. https://doi.org/10.1016/j.acuro.2009.09.001
11. Bartoli S, Aguzzi G, Tarricone R. Impact on quality of life of urinary incontinence and overactive bladder: A systematic literature review. Urology. 2010;75:491-500. https://doi.org/10.1016/j.urology.2009.07.1325
12. Sacco E, Tienforti D, D'Addessi A, Pinto F, Racioppi M, Totaro A, et al. Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder. Open Access J Urol. 2010;2:11-24. https://doi.org/10.2147/RRU.S4166
13. Rapariz M, Mora AM, Roset M. Impacto de los síntomas de vejiga hiperactiva sobre la actividad laboral: estudio ACTIVHA. Actas Urol Esp. 2018;42:176-84. https://doi.org/10.1016/j.acuro.2017.09.005
14. 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;82:49-59. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2022.01.045
15. 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;50:247-56. https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.04.001
16. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical Guideline. NICE; 2009.
17. 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;36:3110-22. https://doi.org/10.1007/s12325-019-01098-y
18. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppar T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. Br J Clin Pharmacol. 2012;73: 691-705. https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
19. Shapiro K, Dusetzina SB, Brucker BM, Escobar CM. Analyzing Access and Costs of Oral Medications for Overactive Bladder: Uncovering Disparities. Urology. 2024;183:57-62. https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.09.020
20. Asociación Española de Urología. Guía Vejiga Hiperactiva de la AEU [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.aeu.es/userfiles/files/guiavejigahiperactivaaeu.pdf
21. Baena González V, Blasco Hernández P, Cózar-Olmo JM, Díez-Itza I, Espuña Pons M, Hidalgo Vega Á, et al. Libro Blanco de la

Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España [Internet]. Madrid: Fundación Weber; 2017 [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: https://weber.org.es/publicacion/libro-blanco-de-la-carga-socioeconomica-de-la-incontinencia-urinaria-en-espana/
22. Blasco P, Valdivia MI, Oña MR, Roset M, Mora AM, Hernández M. Clinical characteristics, beliefs, and coping strategies among older patients with overactive bladder. Neurourol Urodyn. 2017;36(3):774-9. https://doi.org/10.1002/nau.23022
23. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. BJU Int. 2001;87(9):760-6. https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x
24. García Matres MJ, Brenes Bermúdez FJ. Diagnóstico y manejo de pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva en las consultas de Urología y Atención Primaria en España. Arch Esp Urol. 2007;60(1):15-21. https://doi.org/10.4321/S0004-06142007000100003
25. Enemchukwu EA, Subak LL, Markland A. Barriers and facilitators to overactive bladder therapy adherence. Neurourol Urodyn. 2022;41(8):1983-92. https://doi.org/10.1002/nau.24936
26. 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. J Urol. 2024;212(1):11-20. https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003985
27. Gallo ML, Przydacz M, Phé V. Antimuscarinics or β3 adrenoreceptor agonists: Which should be the first step? Eur Urol Focus. 2025;11(2):223-5. https://doi.org/10.1016/j.euf.2025.02.006
28. Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z, Bowditch S, Fatoye F, Guelfucci F, et al. Persistence and adherence with mirabegron versus antimuscarinic agents in patients with overactive bladder: A retrospective observational study in UK clinical practice. Eur Urol. 2017;72(3):389-99. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.01.037
29. 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. Neurourol Urodyn. 2024;43(7):1504-13. https://doi.org/10.1002/nau.25478
30. Weber MA, Haag-Molkenteller C, King J, Walker A, Mudd PNJ, 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. https://doi.org/10.1097/MBP.0000000000000572
31. 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
32. Gross J, Vetter JM, Lai HH. Clustering of patients with overactive bladder syndrome. BMC Urol. 2021;21(41). https://doi.org/10.1186/s12894-021-00812-9
33. Wyndaele M, Samarinas M, Apostolidis A, Ochoa DC, Mosiello G, Schurch B, et al. Phenotyping Overactive Bladder – Part 2: Can Management be Improved by Phenotyping, and Targeting Therapy According to Urgency Type and Other Characteristics? ICI-RS 2025. Neurourol Urodyn. 2025;1-10. https://doi.org/10.1002/nau.70171
34. Foust-Wright C, Wissig S, Stowell C, Olson E, Anderson A, Anger J, et al. Development of a core set of outcome measures for OAB treatment. Int Urogynecology J. 2017;28(12):1785-93. https://doi.org/10.1007/s00192-017-3481-6
35. Bou Kheir G, Verbakel I, Vande Walle J, Wyndaele M, Sinha S, Arlandis S, et al. Exploring lifelong overactive bladder: Transitions, evidence, and clinical implications; A modified Delphi process. Neurourol Urodyn. 2024;43(5):1040-57. https://doi.org/10.1002/nau.25307
36. Van Camp YP, Van Rompaey B, Elseviers MM. Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur J Clin Pharmacol. 9 de octubre de 2012;69(4):761-70. https://doi.org/10.1007/s00228-012-1419-y
37. Mira JJ, Carratalá-Munuera C, García-Torres D, Soriano C, Sánchez-García A, Gil-Guillen VF, et al. Low-value practices in primary care: a cross-sectional study comparing data between males and females in Spain. BMJ Open. 2024;14(11):e089006. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089006

Anexo A – Cuestionario para el Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

SECCIÓN 1. Perfil del experto participante

Antes de empezar a responder el cuestionario, sería de gran utilidad que respondiera a estas preguntas relacionadas con su práctica diaria en relación con la vejiga hiperactiva (en adelante, VH).

1. [TODOS] ¿Durante cuántos años ha atendido a pacientes con VH (ya sea por motivo de esta patología o de otras)?

- Nunca he atendido a pacientes con VH
- Menos de 10 años
- De 11 a 20 años
- Más de 20 años
- No sabe / No contesta

2. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] ¿Aproximadamente a cuántos pacientes con VH atiende al mes, ya sea por motivo de esta patología o de otras? Indique número de pacientes, no de visitas.

- Menos de 10
- De 11 a 20
- De 21 a 30
- De 31 a 40
- Más de 40
- No sabe / No contesta

3. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] Del total anterior, ¿cuántos acuden específicamente por motivo de la VH?

- Menos de 10
- De 11 a 20
- De 21 a 30
- De 31 a 40
- Más de 40
- No sabe / No contesta

4. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] ¿Qué porcentaje aproximado de pacientes con VH (independientemente del motivo de la consulta) atiende según sexo? La suma de porcentajes debe ser 100 %.

- Mujeres: __ __ __ %
- Hombres: __ __ __ %
- No sabe / No contesta

5. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] ¿Qué porcentaje aproximado de pacientes con VH (independientemente del motivo de la consulta) atiende según tramos de edad? La suma de porcentajes debe ser 100 %.

- Menores de 50 años: __ __ __ %
- De 50 a 64 años: __ __ __ %
- De 65 a 79 años: __ __ __ %
- 80 años o más: __ __ __ %
- No sabe / No contesta

6. [TODOS] Por favor, indique aproximadamente el porcentaje de tiempo que dedica actualmente a su actividad profesional en el ámbito público y/o privado. La suma de porcentajes debe ser 100 %.

- Público: __ __ __ %
- Privado: __ __ __ %
- No sabe / No contesta

SECCIÓN 2. Práctica clínica diaria en VH

7. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] Por favor, indique si utiliza alguna GUÍA CLÍNICA para el diagnóstico y/o tratamiento de la VH.

- No. ¿Por qué? _____
- Sí
- No sabe / No contesta

8. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH Y UTILIZA GUÍAS CLÍNICAS] ¿Podría indicar cuál o cuáles? Indique todas las opciones que considere.

- Guía de la Asociación Española de Urología (AEU)
- Guía de la European Association of Urology (EAU)
- Guía American Urological Association/Society of Urodynamics, Female Pelvic Medicine & Urogenital Reconstruction (AUA/SUFU)
- Guía de la Generalitat de Catalunya
- Otra/otras. ¿Cuál/cuáles? _____

9. [FILTRO: SOLO SI HA ATENDIDO A PACIENTES CON VH] ¿Qué tratamientos pauta en su práctica clínica diaria? Indique todas las opciones que considere.

- Entrenamiento vesical y pauta miccional programada
- Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (ejercicios de Kegel)
- Biofeedback (biorretroalimentación)
- Terapia conductual / EMSP
- Antimuscarínicos
- Agonistas selectivos del receptor β3 adrenérgico
- Inyecciones de toxina botulínica
- Neuroestimulación sacra eléctrica
- Estimulación del nervio tibial posterior
- Cistoplastia de aumento / derivación urinaria
- Absorbentes / pañales
- Colectores externos
- Sistemas oclusivos uretrales o catéter vesical
- Fisioterapia
- Acupuntura
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

10. [TODOS] ¿Cree que en la actualidad existen ALGORITMOS PARA EL TRATAMIENTO de la VH que sean útiles para la práctica clínica diaria?

- No. ¿Qué aspectos cree que se podrían mejorar? _____ _____
- Sí. ¿Cuál/cuáles? _____
- No sabe / No contesta

11. [TODOS] Por favor, indique si le parece útil en la práctica clínica el DIARIO MICCIONAL en los pacientes con VH.

- No. ¿Por qué? _____
- En algunos casos. ¿En qué casos? _____
- Sí, siempre
- No sabe / No contesta

12. [TODOS] Por favor, indique si le parecen útiles en la práctica clínica las ESCALAS DE GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS Y CALIDAD DE VIDA para pacientes con VH.

- No. ¿Por qué? _____
- En algunos casos. ¿En qué casos? _____
- Sí, siempre
- No sabe / No contesta

Continúa

Anexo A (*Cont.*) – Cuestionario para el Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

13. [TODOS] Por favor, ORDENE LOS SIGUIENTES FACTORES según considere (a partir de su experiencia/conocimiento) MÁS RELEVANTES a la hora de ELEGIR UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO determinado en pacientes con VH, siendo 1 el FACTOR MÁS IMPORTANTE, 2 el siguiente factor más importante, y así sucesivamente.

- La evidencia disponible sobre su eficacia
- Los efectos secundarios
- La presencia de comorbilidades cardiovasculares
- La polifarmacoterapia
- La edad del paciente
- El nivel educativo del paciente
- La capacidad funcional del paciente
- La capacidad cognitiva del paciente
- El estado emocional / psicológico del paciente
- El nivel de involucración del paciente en la toma de decisiones terapéuticas
- El impacto presupuestario
- El coste/efectividad
- Las guías clínicas de referencia
- Otra/otras. ¿Cuál/cuáles? _____

14. [TODOS] Por favor, indique si le parece útil en la práctica clínica PRESCRIBIR EL APOYO DE LAS ASOCIACIONES para los pacientes con VH.

- No
- Sí. ¿En qué aspectos cree que podrían ayudar las asociaciones a mejorar la adherencia? _____
- No sabe / No contesta

15. [TODOS] Al tratarse en muchas ocasiones de pacientes de edad avanzada, ¿cree que el "EDADISMO" (discriminación por razón de la edad) puede influir en el infradiagnóstico y/o infratratamiento de los pacientes con VH? (por entenderse como una patología "menor" o sin importancia)

- No
- Sí. ¿Cómo cree que se podría mejorar dicha situación? _____ _____
- No sabe / No contesta

SECCIÓN 3. Causas y factores que pueden afectar la adherencia en la VH

16. [TODOS] Por favor, ORDENE LOS SIGUIENTES FACTORES RELATIVOS AL PACIENTE según considere (a partir de su experiencia/conocimiento) QUE AFECTAN A LA FALTA DE ADHERENCIA en los pacientes con VH, siendo 1 el FACTOR QUE MÁS AFECTA, 2 el siguiente factor que más afecta, y así sucesivamente.

- Una mayor edad
- Un nivel socioeconómico bajo
- La falta de apoyo familiar o social
- La institucionalización del paciente
- La presencia de comorbilidades como la depresión o el tabaquismo
- La polifarmacoterapia
- El tiempo que pasa hasta el inicio de la eficacia del tratamiento
- La percepción de falta de eficacia del tratamiento por parte del paciente
- Las creencias personales y sociales sobre el tratamiento
- La aparición de efectos secundarios
- La aparición de nuevos síntomas
- El bajo/nulo nivel de comprensión de la enfermedad y/o el tratamiento para la VH por parte del paciente
- El bajo/nulo nivel de comprensión de las medidas higiénico-dietéticas y los cambios de estilo de vida por parte del paciente
- La no involucración del paciente en la toma de decisiones terapéuticas
- Una formación insuficiente del paciente en las técnicas de modificación de conducta
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

17. [TODOS] Por favor, ORDENE LOS SIGUIENTES FACTORES RELATIVOS A LA GESTIÓN ASISTENCIAL según considere (a partir de su experiencia/conocimiento) QUE AFECTAN A LA FALTA DE ADHERENCIA en los pacientes con VH, siendo 1 el FACTOR QUE MÁS AFECTA, 2 el siguiente factor que más afecta, y así sucesivamente.

- La discordancia de sexo entre profesional que atiende y paciente con VH (es decir, hombre-mujer y viceversa).
- La falta de explicación clara por parte del profesional sanitario de la fisiopatología de la VH, su manejo y los objetivos terapéuticos
- La falta de formación en VH entre el personal de atención primaria
- La falta de protocolos compartidos entre atención primaria y especializada
- Una monitorización insuficiente del nivel de adherencia por parte de los profesionales
- Una inadecuada comunicación y coordinación multidisciplinar entre niveles asistenciales (médico de atención primaria, especializada, enfermería, otros)
- La falta de derivación a un especialista con formación específica o unidad especializada
- La derivación a una especialidad inapropiada
- El retraso en la derivación ante la falta de eficacia
- El retraso en la derivación ante la aparición de nuevos síntomas
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

18. [TODOS] Por favor, ORDENE LOS SIGUIENTES FACTORES según considere (a partir de su experiencia/conocimiento) DE MAYOR VALOR A LA HORA DE DISEÑAR UN PLAN TERAPÉUTICO para los pacientes con VH, siendo 1 el FACTOR DE MAYOR VALOR, 2 el siguiente factor de mayor valor, y así sucesivamente.

- Las características sociodemográficas del paciente
- La expectativa de vida del paciente
- El nivel de apoyo familiar o social
- La presencia de otras comorbilidades y/o discapacidad
- El nivel de alfabetización sanitaria del paciente
- El impacto en su calidad de vida
- La eficacia del tratamiento
- Los efectos adversos derivados del tratamiento
- La participación activa del paciente en la toma de decisiones terapéuticas
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

19. [TODOS] ¿En qué medida cree que el uso de medidas reportadas por los pacientes (PROMs) y experiencias reportadas por los pacientes (PREMs) pueden CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA ADHERENCIA en los pacientes con VH?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No sabe / No contesta

20. [TODOS] ¿En qué medida cree que la HUMANIZACIÓN en la atención a pacientes con VH (entendida como un enfoque centrado en el paciente, que comprende su sufrimiento, respeta su dignidad y lo acompaña con empatía, información y soluciones adaptadas a su vida real) puede CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA ADHERENCIA en pacientes con VH?

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho
- No sabe / No contesta

Continúa

Anexo A (*Cont.*) – Cuestionario para el Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

SECCIÓN 4. Consecuencias de la falta de adherencia en la VH

21. [TODOS] Por favor, indique (según su experiencia/conocimiento) su GRADO DE ACUERDO con las afirmaciones sobre la FALTA DE ADHERENCIA en pacientes con VH que le mostramos a continuación, siendo 1 NADA DE ACUERDO y 10 TOTALMENTE DE ACUERDO.

a) Al igual que en otras enfermedades crónicas en adultos, la baja adherencia al tratamiento supone uno de los principales retos actuales en el manejo de la VH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
b) A pesar de la evolución de los tratamientos, la adherencia terapéutica no parece haber mejorado en los últimos años	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
c) La baja adherencia al tratamiento tiene consecuencias clínicas negativas en el control actual de los síntomas de la VH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
d) La baja adherencia al tratamiento tiene consecuencias negativas en el sistema sanitario (aumento del uso de recursos…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
e) La baja adherencia al tratamiento tiene consecuencias socioeconómicas negativas (reducción de la calidad de vida, reducción de la productividad, incremento de la dependencia…)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
f) Una baja adherencia al tratamiento puede incrementar los costes sanitarios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
g) Una baja adherencia al tratamiento puede incrementar los gastos de bolsillo de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
h) Una baja adherencia al tratamiento puede incrementar las pérdidas de productividad de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
i) Una baja adherencia al tratamiento puede incrementar la necesidad de cuidado de los pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc

SECCIÓN 5. Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento

22. [TODOS] Por favor, indique (según su experiencia/conocimiento) su GRADO DE ACUERDO con las siguientes afirmaciones sobre intervenciones que PODRÍAN MEJORAR LA ADHERENCIA en pacientes con VH, siendo 1 NADA DE ACUERDO y 10 TOTALMENTE DE ACUERDO.

a) Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
b) Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
c) Asociar los tratamientos a una rutina diaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
d) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
e) Aumentar la concienciación en la población general acerca de la enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
f) Mejorar el seguimiento (cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
g) Mejorar el seguimiento (cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
h) Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
i) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
j) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
k) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
l) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
m) Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc

Continúa

Anexo A (*Cont.*) – Cuestionario para el Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

SECCIÓN 6. Intervenciones para mejorar el proceso asistencial de la VH

23. [TODOS] Por favor, indique (según su experiencia/conocimiento) su GRADO DE ACUERDO con las siguientes afirmaciones sobre intervenciones que podrían mejorar el PROCESO ASISTENCIAL / PATIENT JOURNEY de los pacientes con VH, siendo 1 NADA DE ACUERDO y 10 TOTALMENTE DE ACUERDO.

a) Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
b) Aumentar la concienciación en la población general acerca de la enfermedad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
c) Derivar a profesionales especializados en la patología	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
d) Disminuir el tiempo de espera hasta la consulta especializada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
e) Intensificar el seguimiento (cantidad y calidad)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
f) Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
g) Implementar el uso de herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
h) Implementar el uso de herramientas para evaluar PROMs y PREMs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
i) Humanizar la atención a pacientes con VH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
j) Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
k) Involucrar a enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
l) Involucrar a farmacia comunitaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
m) Involucrar a fisioterapia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
n) Involucrar a psicología	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
o) Involucrar a ginecología/urología	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
p) Formar en VH al personal de atención primaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
q) Formar en VH a otros profesionales (farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
r) Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y especializada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc
s) Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ns/Nc

24. [TODOS] Por favor, indique si cree que los pacientes con diagnóstico de sospecha de VH en atención primaria deberían ser DERIVADOS A ATENCIÓN ESPECIALIZADA SECUNDARIA.

- Nunca
- En algunos casos. ¿En qué casos? _____
- Siempre
- No sabe / No contesta

25. [FILTRO: SOLO SI CREE QUE SE DEBERÍAN DERIVAR SIEMPRE O EN ALGUNOS CASOS] En la derivación de pacientes con VH a atención especializada secundaria, en su opinión, ¿dónde deberían ser derivados? Indique todas las opciones que considere.

- Urología
- Ginecología
- Geriatría
- Unidades especializadas en VH
- Otra/otras. ¿Cuál/cuáles? _____
- No sabe / No contesta

26. [FILTRO: SOLO SI CREE QUE SE DEBERÍAN DERIVAR SIEMPRE O EN ALGUNOS CASOS] ¿Cree que existen factores que puedan estar entorpeciendo una derivación precoz y adecuada de los pacientes con VH? Indique todas las opciones que considere.

- No creo que existan factores que estén entorpeciendo la derivación
- El desconocimiento de los algoritmos de tratamiento en atención primaria
- La elevada carga asistencial en atención primaria
- La insuficiente continuidad asistencial
- La elevada carga asistencial en especialidades vinculadas a la VH
- La infravaloración del impacto de la patología en los pacientes
- La falta de sistemas de comunicación / coordinación entre niveles asistenciales
- La escasa cultura de trabajo colaborativo entre niveles asistenciales
- Otra/otras. ¿Cuál/cuáles? _____
- No sabe / No contesta

27. [FILTRO: SOLO SI CREE QUE SE DEBERÍAN DERIVAR SIEMPRE O EN ALGUNOS CASOS + HA MARCADO ALGÚN FACTOR EN LA PREGUNTA ANTERIOR] ¿Qué medidas cree que deberían llevarse a cabo para lograr una derivación precoz y adecuada de los pacientes con VH? (pregunta abierta)

- _____

Continúa

Anexo A (*Cont.*) – Cuestionario para el Grupo de Trabajo Multidisciplinar.

28. [TODOS] En su opinión, ¿qué profesionales sanitarios deberían prescribir los tratamientos farmacológicos a pacientes con VH? Indique todas las opciones que considere.

- Médicos de atención primaria
- Médicos especialistas
- No sabe / No contesta
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

29. [TODOS] En su opinión, ¿qué profesionales sanitarios deberían realizar el seguimiento y la monitorización de pacientes con VH? Indique todas las opciones que considere.

- Médicos de atención primaria
- Médicos especialistas
- Enfermería de atención primaria
- Fisioterapia
- No sabe / No contesta
- Otro/otros. ¿Cuál/cuáles? _____

30. [TODOS] Por favor, indique con qué periodicidad cree que DEBERÍA REALIZARSE EL SEGUIMIENTO de los pacientes con VH en general.

- Visita única, sin seguimiento
- Cada mes
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Cada 1 año
- Período mayor de 1 año
- Según el caso. ¿Podría especificar? _____
- No sabe / No contesta

Antes de finalizar…

31. [TODOS] Si considera que hay algún aspecto importante relacionado con la mejora de la gestión clínica y/o asistencial de los pacientes con VH que no se haya tratado en este cuestionario, ¿podría indicar cuál? Muchas gracias.

- _____

Anexo B

TABLA C.1 – Puntuaciones individuales del Grupo de Trabajo Multidisciplinar: nivel de acuerdo sobre el impacto de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial en pacientes con vejiga hiperactiva.

		Miembros del Grupo de Trabajo Multidisciplinar															
	Intervenciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Media	DE
(a)	Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y hospitalaria	10	8	10	10	10	SR	9	10	10	10	10	10	10	9	9,69	0,61
(b)	Involucrar a enfermería	10	9	10	9	10	SR	8	10	10	9	10	10	10	8	9,46	0,75
(c)	Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)	10	7	10	9	10	10	9	10	10	8	10	10	10	9	9,43	0,90
(d)	Formar e informar al paciente sobre su enfermedad	10	9	9	9	8	10	8	10	9	8	10	10	10	9	9,21	0,77
(e)	Disminuir el tiempo de espera hasta la consulta especializada	10	9	8	10	10	8	9	10	9	9	10	8	10	9	9,21	0,77
(f)	Humanizar la atención a pacientes con VH	10	7	9	10	10	9	8	10	10	7	10	10	10	9	9,21	1,08
(g)	Implementar el uso de herramientas para evaluar PROMs y PREMs	10	7	9	10	10	10	9	10	10	5	10	9	10	9	9,14	1,41
(h)	Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	10	7	9	8	10	SR	8	10	9	9	10	9	10	9	9,08	0,92
(i)	Intensificar el seguimiento (en cantidad y calidad)	10	9	8	6	10	10	8	10	9	8	10	10	10	9	9,07	1,16
(j)	Involucrar a farmacia comunitaria	9	5	10	9	10	10	8	10	10	9	10	9	10	8	9,07	1,33
(k)	Involucrar a ginecología/ urología	10	6	10	9	10	8	8	10	8	9	10	9	10	9	9,00	1,13
(l)	Formar en VH a otros profesionales (atención primaria, urgencias, farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.)	10	7	10	9	10	10	9	9	9	8	10	10	10	9	9,14	0,91
(m)	Derivar a profesionales especializados en la patología	10	9	8	8	10	7	8	10	9	7	10	9	10	9	8,86	1,06
(n)	Involucrar a fisioterapia	10	6	9	9	10	7	8	8	10	9	10	9	10	8	8,79	1,21
(o)	Implementar el uso de herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida	10	7	8	9	10	SR	8	10	10	4	10	9	10	8	8,69	1,68
(p)	Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	10	7	7	9	7	6	8	10	9	6	10	9	10	6	8,14	1,55
(q)	Involucrar a psicología	10	6	7	9	10	5	8	8	8	7	8	9	10	8	8,07	1,44
(r)	Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer)	9	2	7	9	6	5	8	6	6	5	5	1	6	1	5,43	2,50

***Notas**: el nivel de acuerdo se valoró en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo); las intervenciones figuran ordenadas de mayor a menor nivel de acuerdo sobre su impacto para la mejora del proceso asistencial.*
DE: desviación estándar; PREMs: Medidas de la Experiencia Reportadas por el Paciente (del inglés Patient Reported Experience Measures); PROMs: Medidas de Resultados Reportadas por el Paciente (del inglés Patient-Reported Outcome Measures); SR: sin respuesta; VH: vejiga hiperactiva.

(Continúa)

Anexo B (*Cont.*)

TABLA C.2 – Puntuaciones individuales del Grupo de Trabajo Multidisciplinar: nivel de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora del proceso asistencial en pacientes con vejiga hiperactiva.

		Miembros del Grupo de Trabajo Multidisciplinar															
	Intervenciones	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**Media**	**DE**
(a)	Elaborar protocolos compartidos entre atención primaria y hospitalaria	10	7	10	8	10	10	8	7	10	8	9	9	6	8	8,57	1,29
(b)	Involucrar a enfermería	10	8	10	7	10	10	10	9	10	9	10	10	6	9	9,14	1,25
(c)	Mejorar la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados (inter-/intraniveles asistenciales)	8	5	9	7	10	10	9	6	9	7	10	9	6	7	8,00	1,60
(d)	Formar e informar al paciente sobre su enfermedad	8	6	9	6	9	9	9	7	9	9	9	10	5	7	8,00	1,46
(e)	Disminuir el tiempo de espera hasta la consulta especializada	9	4	9	6	9	9	10	4	4	6	9	10	7	3	7,07	2,43
(f)	Humanizar la atención a pacientes con VH	6	5	8	5	9	10	8	6	10	9	9	10	8	6	7,79	1,78
(g)	Implementar el uso de herramientas para evaluar PROMs y PREMs	8	6	8	3	9	9	8	6	8	6	9	9	3	6	7,93	1,29
(h)	Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	10	7	9	7	10	9	9	5	8	6	9	9	3	8	7,00	2,00
(i)	Intensificar el seguimiento (en cantidad y calidad)	8	4	8	6	9	9	8	6	7	8	9	9	5	6	7,79	1,93
(j)	Involucrar a farmacia comunitaria	7	7	9	4	9	8	10	4	9	9	8	8	7	8	7,29	1,58
(k)	Involucrar a ginecología/ urología	8	6	9	5	9	8	10	5	9	9	9	9	7	8	7,64	1,72
(l)	Formar en VH a otros profesionales (atención primaria, urgencias, farmacia comunitaria, fisioterapia, etc.)	8	6	9	6	9	9	9	6	10	8	9	9	8	8	7,93	1,53
(m)	Derivar a profesionales especializados en la patología	7	8	9	7	9	8	7	7	9	7	9	9	9	8	8,07	0,88
(n)	Involucrar a fisioterapia	8	3	8	4	8	8	9	7	8	9	9	9	8	6	7,43	1,80
(o)	Implementar el uso de herramientas para evaluar el impacto en la calidad de vida	10	7	9	3	8	9	9	6	8	6	8	9	6	7	7,50	1,76
(p)	Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	10	6	8	3	8	9	8	4	10	7	8	10	7	5	7,36	2,12
(q)	Involucrar a psicología	6	3	8	3	8	8	9	SR	10	9	9	9	6	6	7,23	2,19
(r)	Facilitar la concordancia de sexo entre médico y paciente (hombre-hombre, mujer-mujer)	4	2	5	3	4	6	2	3	2	6	7	4	3	3	3,86	1,55

Notas: *el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoró en una escala de 1 (muy bajo) a 10 (muy alto); las intervenciones figuran ordenadas de mayor a menor nivel de acuerdo sobre su impacto para la mejora del proceso asistencial.*
DE: desviación estándar; 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); SR: sin respuesta; VH: vejiga hiperactiva.

(Continúa)

Anexo B (Cont.)

TABLA C.3 – Puntuaciones individuales del Grupo de Trabajo Multidisciplinar: nivel de acuerdo sobre el impacto de las intervenciones para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con vejiga hiperactiva.

		Miembros del Grupo de Trabajo Multidisciplinar															
	Intervenciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Media	DE
(s)	Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto	9	9	10	10	10	9	9	10	10	9	10	10	10	8	9,50	0,63
(t)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería	10	8	10	10	10	SR	9	10	8	8	10	10	10	9	9,38	0,84
(u)	Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia	10	9	7	10	10	10	9	10	8	8	10	10	10	9	9,29	0,96
(v)	Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	10	8	8	10	10	10	9	10	8	9	10	9	10	9	9,29	0,80
(w)	Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	10	8	9	10	9	9	9	10	8	8	10	10	10	9	9,21	0,77
(x)	Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia	10	9	7	10	10	8	9	10	8	9	10	10	10	9	9,21	0,94
(y)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria	9	6	10	9	10	10	9	10	8	9	10	10	10	8	9,14	1,12
(z)	Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias	10	8	9	10	8	10	8	10	8	8	10	10	10	8	9,07	0,96
(aa)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología	10	7	10	9	10	9	9	10	8	7	10	9	10	9	9,07	1,03
(ab)	Asociar los tratamientos a una rutina diaria	9	8	8	8	9	8	8	10	8	9	10	10	10	9	8,86	0,83
(ac)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia	10	7	9	9	10	7	9	8	8	7	10	10	10	8	8,71	1,16
(ad)	Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	10	7	8	10	8	7	8	10	8	4	10	9	10	6	8,21	1,74
(ae)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología	10	6	7	9	10	6	9	8	8	4	8	9	10	8	8,00	1,69

Notas: *el nivel de acuerdo se valoró en una escala de 1 (nada de acuerdo) a 10 (totalmente de acuerdo); las intervenciones figuran ordenadas de mayor a menor nivel de acuerdo sobre su impacto para la mejora de la adherencia terapéutica.*
DE: desviación estándar; SR: sin respuesta.

(Continúa)

Anexo B *(Cont.)*

TABLA C.4 – Puntuaciones individuales del Grupo de Trabajo Multidisciplinar: nivel de factibilidad de implementación de las intervenciones para la mejora de la adherencia terapéutica en pacientes con vejiga hiperactiva.

		Miembros del Grupo de Trabajo Multidisciplinar															
	Intervenciones	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**Media**	**DE**
(s)	Evaluar, antes de prescribir un fármaco, cuál puede ser el más apropiado para cada paciente concreto	10	9	10	9	9	9	10	10	10	9	9	9	9	7	9,21	0,77
(t)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a enfermería	7	7	10	8	9	9	10	7	9	8	9	9	7	8	8,36	1,04
(u)	Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la eficacia con mayor frecuencia	8	5	9	8	9	8	10	7	7	7	9	7	7	6	7,64	1,29
(v)	Implementar el uso de herramientas para evaluar la adherencia terapéutica	5	7	8	8	9	8	10	6	7	6	9	8	5	9	7,50	1,50
(w)	Aumentar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad	7	7	10	7	9	9	8	7	9	9	9	8	6	7	8,00	1,13
(x)	Mejorar el seguimiento (en cantidad y calidad) y monitorizar la tolerabilidad con mayor frecuencia	5	6	9	7	9	9	8	7	7	7	9	9	6	6	7,43	1,35
(y)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a farmacia comunitaria	7	6	9	6	9	9	9	4	7	7	9	8	5	7	7,29	1,58
(z)	Involucrar al paciente en la estrategia de tratamiento y tener en cuenta sus preferencias	6	8	9	6	9	9	8	6	9	9	9	10	5	8	7,93	1,49
(aa)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a ginecología/urología	10	6	10	6	9	8	10	5	7	7	9	9	6	6	7,71	1,71
(ab)	Asociar los tratamientos a una rutina diaria	8	7	9	6	8	8	10	6	9	9	8	7	6	9	7,86	1,25
(ac)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a fisioterapia	5	4	9	6	8	8	10	6	7	7	9	10	6	6	7,21	1,78
(ad)	Aumentar la concienciación acerca de la enfermedad en la población general	7	5	8	5	8	8	9	4	8	7	8	10	6	5	7,00	1,69
(ae)	Mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios e involucrar a psicología	5	3	8	5	7	8	8	4	7	6	9	8	4	6	6,29	1,79

Notas: *el nivel de factibilidad de implementación en el sistema sanitario se valoró en una escala de 1 (muy bajo) a 10 (muy alto); las intervenciones figuran ordenadas de mayor a menor nivel de acuerdo sobre su impacto para la mejora de la adherencia terapéutica.*
DE: desviación estándar.