

# Guía Vejiga Hiperactiva de la AEU



ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA

Realizado por: **medea**  
Part of **IAVAS** WORLDWIDE

**Medea, Medical Education Agency, S. L.**

Paseo de la Castellana, 259C – 28046 Madrid

Título original: Guía Vejiga Hiperactiva de la  
Asociación Española de Urología (AEU).

© 2014, Laboratorios Astellas.

Citar como: Adot JM, Esteban M, Batista  
JE, Salinas J. Guía Vejiga Hiperactiva de  
la Asociación Española de Urología (AEU).  
Madrid (España). Medea 2014.

ISBN: 978-84-697-1811-7

Depósito legal: M-33833-2014

Reservados todos los derechos. Ninguna parte  
de esta publicación puede ser reproducida  
ni transmitida en ninguna forma o medio  
alguno, electrónico o mecánico, incluyendo  
las fotocopias o las grabaciones en cualquier  
sistema de recuperación de almacenamiento  
de información, sin el permiso escrito del  
titular del copyright.

Estimados Sres.:

Desde la Asociación Española de Urología siempre apoyamos iniciativas que contribuyan a mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades urológicas, y la implementación en la práctica clínica de las recomendaciones de organismos internacionales adaptándolas a nuestro entorno.

Esta Guía que ahora les presentamos es la primera desarrollada en España que abarca, específicamente, los aspectos del diagnóstico y tratamiento farmacológico de los pacientes, mujeres y varones, con vejiga hiperactiva.

Para su elaboración se han tenido en cuenta las últimas recomendaciones, así como la evidencia científica disponible hasta el momento. Además, y gracias a su planteamiento eminentemente práctico, puede llegar a convertirse en una herramienta útil y ágil en nuestro día a día.

Por último, y tras reconocer a los coordinadores de esta Guía el trabajo desarrollado para la elaboración de la misma y agradecer el apoyo de Astellas para llevarla a cabo, solo me queda confiar en que esta sea de utilidad para todos y ayude a mejorar la asistencia a nuestros pacientes con vejiga hiperactiva, lo que es, sin duda, nuestro objetivo final.

Un saludo cordial,

**Dr. José Manuel Cózar Olmo.**

**Presidente de la AEU.**







# Coordinadores



1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 6  
 7  
 8  
 9  
 10  
 11  
 12  
 13  
 14  
 15  
 16  
 17  
 18  
 19  
 20  
 21  
 22  
 23  
 24  
 25  
 26  
 27  
 28  
 29  
 30  
 31  
 32  
 33  
 34  
 35  
 36  
 37  
 38  
 39  
 40  
 41  
 42  
 43  
 44  
 45  
 46  
 47  
 48  
 49  
 50  
 51  
 52  
 53  
 54  
 55  
 56  
 57  
 58  
 59  
 60  
 61  
 62  
 63  
 64  
 65  
 66  
 67  
 68  
 69  
 70  
 71  
 72  
 73  
 74  
 75  
 76  
 77  
 78  
 79  
 80  
 81  
 82  
 83  
 84  
 85  
 86  
 87  
 88  
 89  
 90  
 91  
 92  
 93  
 94  
 95  
 96  
 97  
 98  
 99  
 100  
 101  
 102  
 103  
 104  
 105  
 106  
 107  
 108  
 109  
 110  
 111  
 112  
 113  
 114  
 115  
 116  
 117  
 118  
 119  
 120  
 121  
 122  
 123  
 124  
 125  
 126  
 127  
 128  
 129  
 130  
 131  
 132  
 133  
 134  
 135  
 136  
 137  
 138  
 139  
 140  
 141  
 142  
 143  
 144  
 145  
 146  
 147  
 148  
 149  
 150  
 151  
 152  
 153  
 154  
 155  
 156  
 157  
 158  
 159  
 160  
 161  
 162  
 163  
 164  
 165  
 166  
 167  
 168  
 169  
 170  
 171  
 172  
 173  
 174  
 175  
 176  
 177  
 178  
 179  
 180  
 181  
 182  
 183  
 184  
 185  
 186  
 187  
 188  
 189  
 190  
 191  
 192  
 193  
 194  
 195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205  
 206  
 207  
 208  
 209  
 210  
 211  
 212  
 213  
 214  
 215  
 216  
 217  
 218  
 219  
 220  
 221  
 222  
 223  
 224  
 225  
 226  
 227  
 228  
 229  
 230  
 231  
 232  
 233  
 234  
 235  
 236  
 237  
 238  
 239  
 240  
 241  
 242  
 243  
 244  
 245  
 246  
 247  
 248  
 249  
 250  
 251  
 252  
 253  
 254  
 255  
 256  
 257  
 258  
 259  
 260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273  
 274  
 275  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284  
 285  
 286  
 287  
 288  
 289  
 290  
 291  
 292  
 293  
 294  
 295  
 296  
 297  
 298  
 299  
 300  
 301  
 302  
 303  
 304  
 305  
 306  
 307  
 308  
 309  
 310  
 311  
 312  
 313  
 314  
 315  
 316  
 317  
 318  
 319  
 320  
 321  
 322  
 323  
 324  
 325  
 326  
 327  
 328  
 329  
 330  
 331  
 332  
 333  
 334  
 335  
 336  
 337  
 338  
 339  
 340  
 341  
 342  
 343  
 344  
 345  
 346  
 347  
 348  
 349  
 350  
 351  
 352  
 353  
 354  
 355  
 356  
 357  
 358  
 359  
 360  
 361  
 362  
 363  
 364  
 365  
 366  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 375  
 376  
 377  
 378  
 379  
 380  
 381  
 382  
 383  
 384  
 385  
 386  
 387  
 388  
 389  
 390  
 391  
 392  
 393  
 394  
 395  
 396  
 397  
 398  
 399  
 400  
 401  
 402  
 403  
 404  
 405  
 406  
 407  
 408  
 409  
 410  
 411  
 412  
 413  
 414  
 415  
 416  
 417  
 418  
 419  
 420  
 421  
 422  
 423  
 424  
 425  
 426  
 427  
 428  
 429  
 430  
 431  
 432  
 433  
 434  
 435  
 436  
 437  
 438  
 439  
 440  
 441  
 442  
 443  
 444  
 445  
 446  
 447  
 448  
 449  
 450  
 451  
 452  
 453  
 454  
 455  
 456  
 457  
 458  
 459  
 460  
 461  
 462  
 463  
 464  
 465  
 466  
 467  
 468  
 469  
 470  
 471  
 472  
 473  
 474  
 475  
 476  
 477  
 478  
 479  
 480  
 481  
 482  
 483  
 484  
 485  
 486  
 487  
 488  
 489  
 490  
 491  
 492  
 493  
 494  
 495  
 496  
 497  
 498  
 499  
 500  
 501  
 502  
 503  
 504  
 505  
 506  
 507  
 508  
 509  
 510  
 511  
 512  
 513  
 514  
 515  
 516  
 517  
 518  
 519  
 520  
 521  
 522  
 523  
 524  
 525  
 526  
 527  
 528  
 529  
 530  
 531  
 532  
 533  
 534  
 535  
 536  
 537  
 538  
 539  
 540  
 541  
 542  
 543  
 544  
 545  
 546  
 547  
 548  
 549  
 550  
 551  
 552  
 553  
 554  
 555  
 556  
 557  
 558  
 559  
 560  
 561  
 562  
 563  
 564  
 565  
 566  
 567  
 568  
 569  
 570  
 571  
 572  
 573  
 574  
 575  
 576  
 577  
 578  
 579  
 580  
 581  
 582  
 583  
 584  
 585  
 586  
 587  
 588  
 589  
 590  
 591  
 592  
 593  
 594  
 595  
 596  
 597  
 598  
 599  
 600  
 601  
 602  
 603  
 604  
 605  
 606  
 607  
 608  
 609  
 610  
 611  
 612  
 613  
 614  
 615  
 616  
 617  
 618  
 619  
 620  
 621  
 622  
 623  
 624  
 625  
 626  
 627  
 628  
 629  
 630  
 631  
 632  
 633  
 634  
 635  
 636  
 637  
 638  
 639  
 640  
 641  
 642  
 643  
 644  
 645  
 646  
 647  
 648  
 649  
 650  
 651  
 652  
 653  
 654  
 655  
 656  
 657  
 658  
 659  
 660  
 661  
 662  
 663  
 664  
 665  
 666  
 667  
 668  
 669  
 670  
 671  
 672  
 673  
 674  
 675  
 676  
 677  
 678  
 679  
 680  
 681  
 682  
 683  
 684  
 685  
 686  
 687  
 688  
 689  
 690  
 691  
 692  
 693  
 694  
 695  
 696  
 697  
 698  
 699  
 700  
 701  
 702  
 703  
 704  
 705  
 706  
 707  
 708  
 709  
 710  
 711  
 712  
 713  
 714  
 715  
 716  
 717  
 718  
 719  
 720  
 721  
 722  
 723  
 724  
 725  
 726  
 727  
 728  
 729  
 730  
 731  
 732  
 733  
 734  
 735  
 736  
 737  
 738  
 739  
 740  
 741  
 742  
 743  
 744  
 745  
 746  
 747  
 748  
 749  
 750  
 751  
 752  
 753  
 754  
 755  
 756  
 757  
 758  
 759  
 760  
 761  
 762  
 763  
 764  
 765  
 766  
 767  
 768  
 769  
 770  
 771  
 772  
 773  
 774  
 775  
 776  
 777  
 778  
 779  
 780  
 781  
 782  
 783  
 784  
 785  
 786  
 787  
 788  
 789  
 790  
 791  
 792  
 793  
 794  
 795  
 796  
 797  
 798  
 799  
 800  
 801  
 802  
 803  
 804  
 805  
 806  
 807  
 808  
 809  
 810  
 811  
 812  
 813  
 814  
 815  
 816  
 817  
 818  
 819  
 820  
 821  
 822  
 823  
 824  
 825  
 826  
 827  
 828  
 829  
 830  
 831  
 832  
 833  
 834  
 835  
 836  
 837  
 838  
 839  
 840  
 841  
 842  
 843  
 844  
 845  
 846  
 847  
 848  
 849  
 850  
 851  
 852  
 853  
 854  
 855  
 856  
 857  
 858  
 859  
 860  
 861  
 862  
 863  
 864  
 865  
 866  
 867  
 868  
 869  
 870  
 871  
 872  
 873  
 874  
 875  
 876  
 877  
 878  
 879  
 880  
 881  
 882  
 883  
 884  
 885  
 886  
 887  
 888  
 889  
 890  
 891  
 892  
 893  
 894  
 895  
 896  
 897  
 898  
 899  
 900  
 901  
 902  
 903  
 904  
 905  
 906  
 907  
 908  
 909  
 910  
 911  
 912  
 913  
 914  
 915  
 916  
 917  
 918  
 919  
 920  
 921  
 922  
 923  
 924  
 925  
 926  
 927  
 928  
 929  
 930  
 931  
 932  
 933  
 934  
 935  
 936  
 937  
 938  
 939  
 940  
 941  
 942  
 943  
 944  
 945  
 946  
 947  
 948  
 949  
 950  
 951  
 952  
 953  
 954  
 955  
 956  
 957  
 958  
 959  
 960  
 961  
 962  
 963  
 964  
 965  
 966  
 967  
 968  
 969  
 970  
 971  
 972  
 973  
 974  
 975  
 976  
 977  
 978  
 979  
 980  
 981  
 982  
 983  
 984  
 985  
 986  
 987  
 988  
 989  
 990  
 991  
 992  
 993  
 994  
 995  
 996  
 997  
 998  
 999  
 1000  
 1001  
 1002  
 1003  
 1004  
 1005  
 1006  
 1007  
 1008  
 1009  
 1010  
 1011  
 1012  
 1013  
 1014  
 1015  
 1016  
 1017  
 1018  
 1019  
 1020  
 1021  
 1022  
 1023  
 1024  
 1025  
 1026  
 1027  
 1028  
 1029  
 1030  
 1031  
 1032  
 1033  
 1034  
 1035  
 1036  
 1037  
 1038  
 1039  
 1040  
 1041  
 1042  
 1043  
 1044  
 1045  
 1046  
 1047  
 1048  
 1049  
 1050  
 1051  
 1052  
 1053  
 1054  
 1055  
 1056  
 1057  
 1058  
 1059  
 1060  
 1061  
 1062  
 1063  
 1064  
 1065  
 1066  
 1067  
 1068  
 1069  
 1070  
 1071  
 1072  
 1073  
 1074  
 1075  
 1076  
 1077  
 1078  
 1079  
 1080  
 1081  
 1082  
 1083  
 1084  
 1085  
 1086  
 1087  
 1088  
 1089  
 1090  
 1091  
 1092  
 1093  
 1094  
 1095  
 1096  
 1097  
 1098  
 1099  
 1100  
 1101  
 1102  
 1103  
 1104  
 1105  
 1106  
 1107  
 1108  
 1109  
 1110  
 1111  
 1112  
 1113  
 1114  
 1115  
 1116  
 1117  
 1118  
 1119  
 1120  
 1121  
 1122  
 1123  
 1124  
 1125  
 1126  
 1127  
 1128  
 1129  
 1130  
 1131  
 1132  
 1133  
 1134  
 1135  
 1136  
 1137  
 1138  
 1139  
 1140  
 1141  
 1142  
 1143  
 1144  
 1145  
 1146  
 1147  
 1148  
 1149  
 1150  
 1151  
 1152  
 1153  
 1154  
 1155  
 1156  
 1157  
 1158  
 1159  
 1160  
 1161  
 1162  
 1163  
 1164  
 1165  
 1166  
 1167  
 1168  
 1169  
 1170  
 1171  
 1172  
 1173  
 1174  
 1175  
 1176  
 1177  
 1178  
 1179  
 1180  
 1181  
 1182  
 1183  
 1184  
 1185  
 1186  
 1187  
 1188  
 1189  
 1190  
 1191  
 1192  
 1193  
 1194  
 1195  
 1196  
 1197  
 1198  
 1199  
 1200  
 1201  
 1202  
 1203  
 1204  
 1205  
 1206  
 1207  
 1208  
 1209  
 1210  
 1211  
 1212  
 1213  
 1214  
 1215  
 1216  
 1217  
 1218  
 1219  
 1220  
 1221  
 1222  
 1223  
 1224  
 1225  
 1226  
 1227  
 1228  
 1229  
 1230  
 1231  
 1232  
 1233  
 1234  
 1235  
 1236  
 1237  
 1238  
 1239  
 1240  
 1241  
 1242  
 1243  
 1244  
 1245  
 1246  
 1247  
 1248  
 1249  
 1250  
 1251  
 1252  
 1253  
 1254  
 1255  
 1256  
 1257  
 1258  
 1259  
 1260  
 1261  
 1262  
 1263  
 1264  
 1265  
 1266  
 1267  
 1268  
 1269  
 1270  
 1271  
 1272  
 1273  
 1274  
 1275  
 1276  
 1277  
 1278  
 1279  
 1280  
 1281  
 1282  
 1283  
 1284  
 1285  
 1286  
 1287  
 1288  
 1289  
 1290  
 1291  
 1292  
 1293  
 1294  
 1295  
 1296  
 1297  
 1298  
 1299  
 1300  
 1301  
 1302  
 1303  
 1304  
 1305  
 1306  
 1307  
 1308  
 1309  
 1310  
 1311  
 1312  
 1313  
 1314  
 1315  
 1316  
 1317  
 1318  
 1319  
 1320  
 1321  
 1322  
 1323  
 1324  
 1325  
 1326  
 1327  
 1328  
 1329  
 1330  
 1331  
 1332  
 1333  
 1334  
 1335  
 1336  
 1337  
 1338  
 1339  
 1340  
 1341  
 1342  
 1343  
 1344  
 1345  
 1346  
 1347  
 1348  
 1349  
 1350  
 1351  
 1352  
 1353  
 1354  
 1355  
 1356  
 1357  
 1358  
 1359  
 1360  
 1361  
 1362  
 1363  
 1364  
 1365  
 1366  
 1367  
 1368  
 1369  
 1370  
 1371  
 1372  
 1373  
 1374  
 1375  
 1376  
 1377  
 1378  
 1379  
 1380  
 1381  
 1382  
 1383  
 1384  
 1385  
 1386  
 1387  
 1388  
 1389  
 1390  
 1391  
 1392  
 1393  
 1394  
 1395  
 1396  
 1397  
 1398  
 1399  
 1400  
 1401  
 1402  
 1403  
 1404  
 1405  
 1406  
 1407  
 1408  
 1409  
 1410  
 1411  
 1412  
 1413  
 1414  
 1415  
 1416  
 1417  
 1418  
 1419  
 1420  
 1421  
 1422  
 1423  
 1424  
 1425  
 1426  
 1427  
 1428  
 1429  
 1430  
 1431  
 1432  
 1433  
 1434  
 1435  
 1436  
 1437  
 1438  
 1439  
 1440  
 1441  
 1442  
 1443  
 1444  
 1445  
 1446  
 1447  
 1448  
 1449  
 1450  
 1451  
 1452  
 1453  
 1454  
 1455  
 1456  
 1457  
 1458  
 1459  
 1460  
 1461  
 1462  
 1463  
 1464  
 1465  
 1466  
 1467  
 1468  
 1469  
 1470  
 1471  
 1472  
 1473  
 1474  
 1475  
 1476  
 1477  
 1478





## Coordinadores:

### **Dr. José M<sup>a</sup> Adot Zurbano**

Facultativo especialista de área del Servicio de Urología  
Hospital Universitario de Burgos  
Coordinador del Grupo de Urología Femenina, Funcional y  
Urodinámica de la AEU

### **Dr. Manuel Esteban Fuertes**

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo  
Tesorero de la AEU

### **Dr. José Emilio Batista Miranda**

Coordinador de la Unidad de Urodinamia  
Centro Médico Teknon  
Presidente de la Asociación Continentia

### **Dr. Jesús Salinas Casado**

Jefe de Unidad de Urodinamia  
Hospital Clínico de Madrid

# Índice

1. Introducción	13
2. Justificación y objetivos	14
3. Metodología	15
3.1. Adquisición de la evidencia	15
3.2. Clasificación de la evidencia y grado de la recomendación	15
4. Vejiga hiperactiva	17
4.1. Definiciones	17
4.2. Epidemiología	18
4.3. Fisiopatología	20
4.4. Factores de riesgo	21
4.5. Comorbilidades	22
5. Impacto de la vejiga hiperactiva	23
5.1. Impacto en la calidad de vida del paciente	23
5.2. Impacto socioeconómico	24
6. Evaluación inicial de los pacientes con vejiga hiperactiva	25
7. Criterios de derivación	29
7.1. Criterios de derivación en mujeres	29
7.2. Criterios de derivación en varones	29
8. Recomendaciones higiénico-dietéticas en el tratamiento de la vejiga hiperactiva	31



9. Tratamiento farmacológico	33
9.1. Algoritmo de tratamiento en mujeres	33
9.2. Algoritmos de tratamiento en varones	34
9.3. Antimuscarínicos	36
9.4. Beta 3-agonistas: mirabegrón	38
9.5. Tratamientos farmacológicos futuros	39
10. Tratamiento especializado de la vejiga hiperactiva	40
11. Bibliografía	42
Anexo I. Herramientas y escalas de evaluación de síntomas	48
Anexo II. Escalas de evaluación de la calidad de vida	49
Anexo III. Abreviaturas	49



# Guía Vejiga Hiperactiva de la AEU







# 1. Introducción

La vejiga hiperactiva (VH) es definida por la presencia de urgencia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia (IUU), a menudo acompañada de frecuencia y nocturia <sup>(1-3)</sup>. La VH es un problema con una elevada prevalencia y que tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida (CdV) de los pacientes y sus familiares o cuidadores, ya que afecta a las funciones sociales, sexuales, a las relaciones interpersonales y a la vida laboral <sup>(4)</sup>. Por tanto, la VH se asocia a una elevada carga socioeconómica tanto para los pacientes como para los sistemas públicos de salud y la sociedad general <sup>(4)</sup>.

Ahora presentamos la **Guía para la Evaluación y Tratamiento Farmacológico de la VH en España**, que ha sido elaborada y escrita por urólogos, y está dirigida principalmente a los propios urólogos. También pretende ser una referencia práctica basada en las guías internacionales y la evidencia científica disponible para todo profesional de la salud que maneje esta patología.

Esta Guía tiene como objetivo la revisión de los aspectos sobre el diagnóstico, evaluación inicial y tratamiento farmacológico de la VH, tanto en mujeres como varones, y presenta un enfoque eminentemente práctico que facilita su aplicación en el entorno de nuestro sistema sanitario.

## 2. Justificación y objetivos

En la actualidad, existen diferentes guías sobre incontinencia urinaria (IU), VH y síntomas de tracto urinario inferior (STUI) en el varón, desarrolladas por diferentes organismos, como la European Association of Urology (EAU) <sup>(5,6)</sup> y la American Urological Association (AUA) <sup>(7)</sup>. A pesar de las recomendaciones de estas guías, se considera necesario actualizar con los nuevos avances, unificar criterios, adaptar a la situación de nuestro país y trasladar de forma práctica las recomendaciones para que se implementen en la práctica clínica habitual. La aplicación de las guías puede resultar complicada, por ello es necesario que sus recomendaciones se trasladen de forma sencilla y práctica a entornos más próximos, y se dote al profesional de una manera clara y concisa de las recomendaciones y algoritmos que permitan mejorar la atención de los pacientes con VH. Por tanto, los dos principales objetivos de la presente Guía son:

- Establecer el abordaje diagnóstico y la evaluación inicial de la VH, tanto en varones como en mujeres.
- Evaluar las pautas para el uso de fármacos en el tratamiento de la VH basado en la mejor y más actual evidencia disponible.



## 3. Metodología

### 3.1. Adquisición de la evidencia

Se han revisado las últimas guías de la European Association of Urology sobre IU (2014) <sup>(5)</sup> y el manejo de los STUI no neurogénicos en varones, incluyendo obstrucción benigna de próstata (2014) <sup>(6)</sup>, y de la American Urological Association sobre VH no neurogénica (2014) <sup>(7)</sup>. Además, se han incorporado las principales novedades desde la publicación de dichas guías.

### 3.2. Clasificación de la evidencia y grado de la recomendación

Las recomendaciones de esta Guía están basadas en la evidencia disponible (se han definido los niveles de evidencia [NE] que se reflejan en la [Tabla 1](#)).

Se han establecido distintos grados de recomendación, tal y como se recoge en la [Tabla 2](#). En las situaciones clínicas en las que no se dispone de evidencia científica, dado las limitaciones actuales de la literatura, las recomendaciones están basadas en la evidencia indirecta disponible y en el consenso del grupo de trabajo de esta Guía.

Tabla 1. Nivel de evidencia\*

Nivel de evidencia	Tipo de datos científicos
1a	▸ Datos científicos procedentes de metaanálisis de ensayos aleatorizados
1b	▸ Datos científicos procedentes de, al menos, un ensayo aleatorizado
2a	▸ Datos científicos procedentes de un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
2b	▸ Datos científicos procedentes de, al menos, un estudio cuasiexperimental bien diseñado de otro tipo
3	▸ Datos científicos procedentes de estudios no experimentales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación y casos clínicos
4	▸ Datos científicos procedentes de informes u opiniones de comités de expertos o de la experiencia clínica de autoridades en la materia

\* Modificado de las referencias bibliográficas (8,9).

Tabla 2. Grado de recomendación\*

Grado de recomendación	Naturaleza de las recomendaciones
A	▸ Basadas en, al menos, un ensayo aleatorizado o criterio de los expertos en base a evidencia indirecta de calidad
B	▸ Basada en estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorizados
C	▸ Emitida a pesar de la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables

\* Modificado de las referencias bibliográficas (8,9).



## 4. Vejiga hiperactiva

### 4.1. Definiciones

VH	▸ Presencia de urgencia urinaria, normalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nocturia, con o sin IUU, en ausencia de una infección del tracto urinario (ITU) o de otras patologías <sup>(1-3)</sup>
Urgencia	▸ Deseo miccional de forma repentina e imperiosa siendo difícil de posponer. La urgencia es el síntoma distintivo de la VH <sup>(7)</sup>
Frecuencia miccional aumentada	▸ El paciente considera que ha aumentado el número de sus micciones (normal hasta 7 micciones al día). El número de micciones se puede ver modificado por la ingesta de fluidos, las comorbilidades y otros factores <sup>(7)</sup>
Nocturia	▸ Cuando el paciente se despierta durante la noche una o más veces para orinar <sup>(7)</sup>
STUI de llenado	▸ Los STUI de llenado incluyen frecuencia, urgencia y nocturia <sup>(6)</sup>

El término “vejiga hiperactiva” hace referencia a un síndrome, por tanto, a una combinación de síntomas que pueden responder a diversas causas. Es preciso diferenciarlo del término “detrusor hiperactivo”, que es un hallazgo en la fase de llenado del estudio urodinámico (cistometría). El detrusor hiperactivo se caracteriza por el aumento de presión durante dicho llenado, bien sea de forma fásica (contracciones involuntarias) o tónica (baja acomodación) y habitualmente va acompañada de disminución de la capacidad cistométrica. El porcentaje de detección de detrusor hiperactivo en pacientes con VH es variable, según la edad, patología previa y gravedad de los síntomas<sup>(10)</sup>.

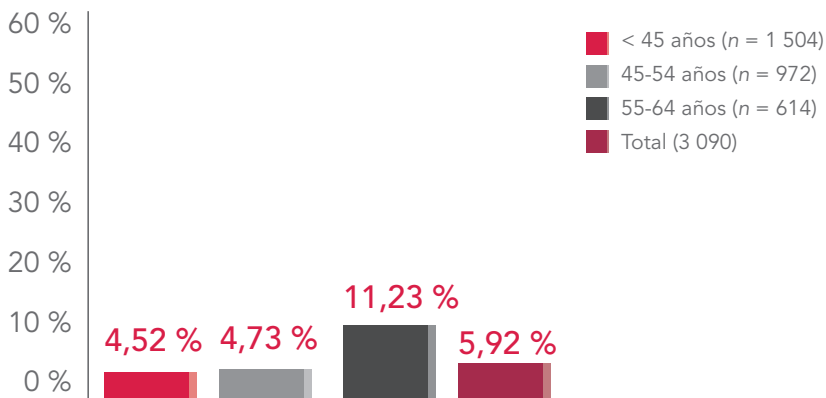
## 4.2. Epidemiología

La prevalencia de la VH se estima en un 11,8 % de la población general, con tasas similares en mujeres y varones, afectando a más de 400 millones de personas en el mundo <sup>(11,12)</sup>. La prevalencia aumenta con la edad, con un 30-40 % de personas mayores de 75 años afectadas <sup>(13,14)</sup>.

En España, el estudio cooperativo EPICC de la Asociación Española de Urología situó la prevalencia de VH en el 6 % de las mujeres entre 25 y 64 años, y en el 4,6 % en varones entre 50 y 64 años <sup>(15)</sup>. En el mismo estudio, en personas mayores de 65 años institucionalizadas las cifras fueron significativamente más elevadas, con una prevalencia casi del 40 % en mujeres y del 35 % en varones (Figura 1) <sup>(15)</sup>.

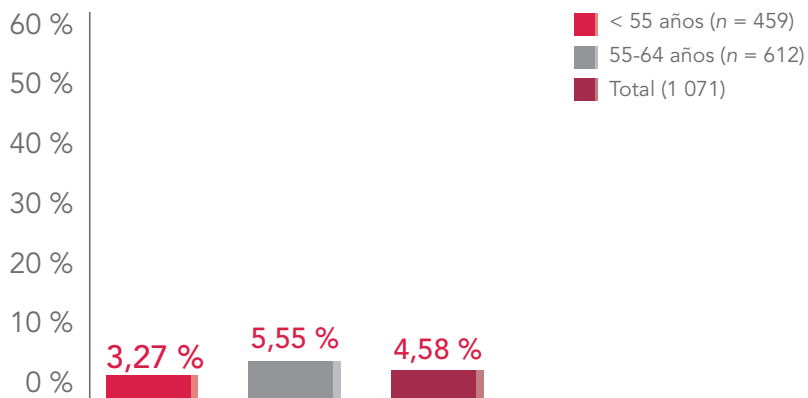
Figura 1. Prevalencia de la VH en España <sup>(15)</sup>

### Mujeres entre 25 y 64 años

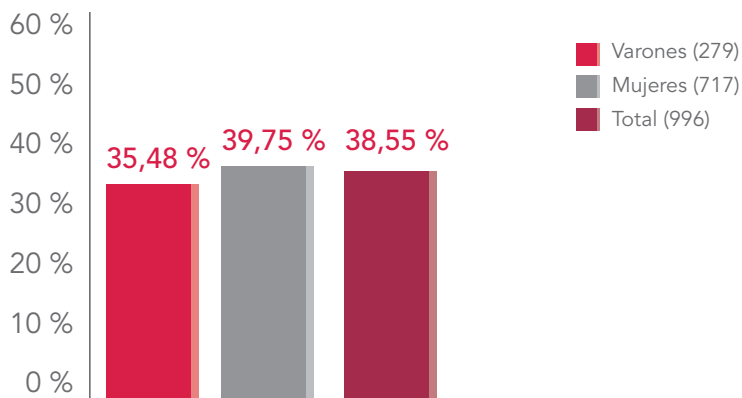




### Varones entre 25 y 64 años



### Varones y mujeres de más de 65 años institucionalizados



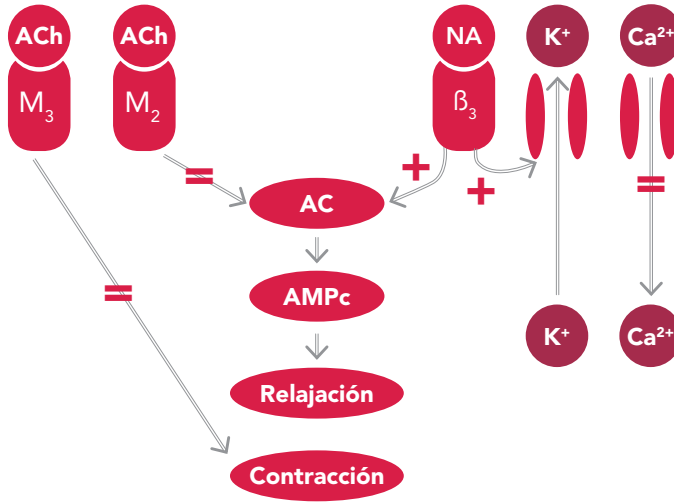
### 4.3. Fisiopatología

La VH es, por definición, de origen idiopático, debiendo descartarse otras patologías que puedan generar la sintomatología, tales como infección urinaria, tumores vesicales, obstrucción del tracto urinario inferior o enfermedades neurológicas, entre otras. La VH presenta una etiopatogenia multifactorial. Las causas de la VH pueden tener un origen neurogénico, urotelial, miogénico o idiopático. Cualquiera de estos mecanismos puede producir la sintomatología urinaria asociada con la VH.

El aumento de la contractilidad del detrusor hiperactivo en la VH se debe a la hipersensibilidad de los receptores muscarínicos (M2 o M3). La acetilcolina liberada en las vías del sistema nervioso parasimpático produce la activación de los receptores M3, responsables de la contracción de la vejiga. Por otra parte, la activación de los receptores M2 produce una reducción del adenosinmonofosfato cíclico (AMPc) previniendo la relajación <sup>(16)</sup>. Los fármacos antimuscarínicos actúan sobre la activación de la vía parasimpática que produce la contracción del detrusor (Figura 2).

Recientes avances en la fisiopatología de la VH han identificado tres subtipos de receptor beta adrenérgico (beta 1, 2 y 3) en el detrusor y urotelio <sup>(17-19)</sup>. Los receptores beta 3 adrenérgicos son predominantes, con más del 97 % del total de ARN mensajero del receptor beta adrenérgico <sup>(20)</sup>, y se considera que es el subtipo principal implicado en la relajación del detrusor en humanos <sup>(21)</sup>. Durante la fase de llenado vesical, predomina la estimulación de la función simpática. Se libera noradrenalina de las terminaciones nerviosas, lo que induce predominantemente la activación del receptor beta 3 adrenérgico en la musculatura de la vejiga y, por tanto, la relajación del músculo liso de la misma, mediante aumento de las concentraciones de AMPc <sup>(22,23)</sup>. Estos hallazgos han llevado al desarrollo de fármacos agonistas de beta 3 adrenérgicos, como mirabegrón, recientemente aprobado en España <sup>(23)</sup>, que actúan estimulando los receptores beta 3 y produciendo relajación del detrusor (Figura 2).

Figura 2. Control simpático y parasimpático de la fase de llenado y lugar de acción de los tratamientos farmacológicos orales para el tratamiento de la VH <sup>(16)</sup>



AC: adenilciclasa; ACh: acetilcolina; NA: noradrenalina; AMPc: adenosinmonofosfato cíclico.

#### 4.4. Factores de riesgo

El riesgo de VH aumenta con la edad y, con frecuencia, aparece junto con otros STUI. Además, varias afecciones crónicas comunes, tales como depresión, estreñimiento, trastornos neurológicos y disfunción eréctil, se han asociado de manera significativa a VH, incluso después de ajustar respecto a covariables importantes, como la edad, el sexo y el país. Además, hay que tener en cuenta los factores de riesgo de IU en mujeres, como son el embarazo y parto vaginal. La diabetes mellitus se ha mostrado como un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. La investigación también indica que la restitución estrogénica por vía oral y el índice de masa corporal, son factores de riesgo modificables importantes de IU <sup>(3)</sup>.

## 4.5. Comorbilidades

La VH asociada a IU, además de afectar a la CdV del paciente, puede relacionarse con otras patologías, como infecciones del tracto urinario inferior, infecciones de la piel, trastornos del sueño, depresión y disfunción sexual, e, incluso, aumenta el riesgo de caídas y fracturas recurrentes <sup>(24)</sup>. En mujeres con urgencia urinaria se ha observado un mayor riesgo (26 %) de sufrir caídas y fracturas vertebrales (34 %) <sup>(24)</sup>. También se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la VH y la depresión <sup>(24)</sup>. Aproximadamente, el 30 % de todos los pacientes con VH tenían depresión o la habían padecido. Todas estas patologías complican la condición clínica del paciente y empeoran su CdV, mientras que incrementan el impacto clínico y económico de la VH. En un estudio realizado en España, las patologías asociadas a la VH más frecuentes fueron las infecciones en la piel del área genital, las ITU y los trastornos del sueño. En los varones es más frecuente la disfunción sexual; y en las mujeres, las infecciones urinarias y de la piel del área genital, así como la depresión <sup>(24)</sup>.



## 5. Impacto de la vejiga hiperactiva

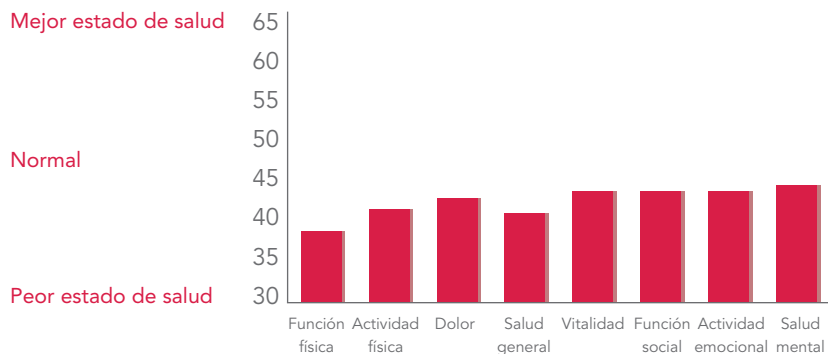
### 5.1. Impacto en la calidad de vida del paciente

La VH ha demostrado tener un impacto negativo sobre múltiples aspectos de la CdV de los pacientes. Los síntomas urinarios asociados a la VH son responsables de importantes estigmas sociales, psicológicos y físicos <sup>(4)</sup>. La depresión ha sido significativamente relacionada con la VH <sup>(4)</sup>. Además, se pueden ver limitadas actividades diarias, la actividad física y las relaciones interpersonales, lo que puede conllevar aislamiento social <sup>(4)</sup>.

Tanto en varones como mujeres, los síntomas de la VH se han asociado con un impacto negativo sobre la función sexual y sobre las relaciones de pareja <sup>(4)</sup>.

La escala SF-36 ha sido el cuestionario general más frecuentemente utilizado en la evaluación de CdV relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con STUI <sup>(4)</sup>. Esta escala consiste en un único ítem que evalúa el estado de salud y 8 dominios sobre salud física y mental <sup>(4)</sup>. La CdV medida por la escala SF-36 en pacientes con VH fue peor que en la población general <sup>(4)</sup> (Figura 3).

Figura 3. Resultados en parámetros de calidad de vida (puntuaciones en la escala SF-36) en pacientes con VH en comparación con población general <sup>(4)</sup>



## 5.2. Impacto socioeconómico

Los síntomas urinarios asociados a la VH e IU, y sus consecuencias, como caídas y fracturas, infecciones urinarias, necesidad de material absorbente, o depresión, suponen una importante carga económica tanto desde el punto de vista sanitario como desde el laboral, por la reducción de la productividad laboral o absentismo <sup>(25)</sup>.



## 6. Evaluación inicial de los pacientes con vejiga hiperactiva

▸ En el diagnóstico de la VH deben documentarse los síntomas y signos, y excluir otras patologías que podrían causar los síntomas que presentan los pacientes (GR: A)

La VH se caracteriza por la presencia de urgencia miccional (con o sin IUU), asociada generalmente a un aumento de la frecuencia urinaria (tanto diurna como nocturna). El diagnóstico diferencial de la nocturia debería incluir la poliuria nocturna, la capacidad vesical nocturna disminuida o ambas situaciones <sup>(7)</sup>. En el caso de la poliuria nocturna, los vaciados nocturnos son frecuentemente normales o con grandes volúmenes, a diferencia de los volúmenes miccionales pequeños observados en la nocturia asociada con la VH. Las alteraciones del sueño, las enfermedades vasculares y/o cardíacas y otras patologías se asocian frecuentemente con poliuria nocturna <sup>(7)</sup>. El aumento de la frecuencia puede presentarse asociado a polidipsia y confundirse con la VH. Para distinguirla puede ayudar el uso de diarios miccionales o tablas de frecuencia-volumen <sup>(7)</sup>, mientras que la presentación de la cistitis intersticial/síndrome de dolor vesical comparte síntomas de VH. Sin embargo, la presencia de dolor vesical y/o pélvico, incluyendo dispareunia, es un componente crucial de su presentación a diferencia de la VH <sup>(7)</sup>.

### Pacientes varones

Los STUI son uno de los problemas clínicos más frecuentes en varones adultos <sup>(6)</sup>. Los STUI en el varón se pueden dividir en síntomas de llenado, de vaciado y posmiccionales, y tradicionalmente han sido asociados a obstrucción del tracto urinario inferior, como resultado de hiperplasia benigna de próstata (HBP). Sin embargo, según se recoge en las guías europeas de STUI, estudios recientes han mostrado que los STUI no tienen que asociarse, necesariamente, a patología prostática <sup>(6)</sup>. Varios

tipos de disfunción vesical pueden estar también relacionados con la patogénesis de los STUI, sin existir correlación con los hallazgos urodinámicos<sup>(6)</sup>.

En la evaluación inicial de pacientes con VH se debe incluir:

- Historia clínica (GR: A)
- Exploración física (GR: A)
- Análisis de orina (GR: A)
- Diario miccional (GR: B)
- Valoración mediante cuestionarios de síntomas y CdV (GR: C)

- **Historia clínica:** realizar una adecuada historia clínica es fundamental en la evaluación inicial de los pacientes con VH. La historia clínica debería recoger el tipo, tiempo y gravedad de los síntomas y la presencia o no de IU. Además, la historia clínica debe permitir diferenciar la IUU de la IU de esfuerzo (IUE) y de la IU mixta (IUM). También, hay que detectar posibles síntomas y/o antecedentes que sugieran que es necesario la derivación para un estudio en más profundidad (ver apartado 7. Criterios de derivación). En la historia clínica hay que incluir cualquier patología que pueda presentar el paciente, así como los tratamientos farmacológicos que está recibiendo en la actualidad, para comprobar si podrían tener algún impacto sobre los síntomas de VH o causarlos<sup>(5)</sup>. Es preferible reflejar los síntomas de una forma clara y que no pueda ser objeto de confusión: frecuencia miccional diurna, como horas entre micciones (por ejemplo, 1-2 horas, o bien 3-4 horas), y frecuencia miccional nocturna, como número de veces que se levanta el paciente a orinar. No es recomendable usar términos que pueden llevar a confusión o interpretarse de forma ambigua, tales como “polaquiuria diurna/nocturna”. El término “poliuria” debe reservarse para pacientes en los que hayamos objetivado este hallazgo.

Si existe la presencia de dolor hipogástrico o perineal, antes, durante o después de la micción, el paciente no debe ser catalogado dentro del síndrome VH.

- **Exploración física:** debe incluir exploración abdominal para detectar aumento del volumen de la vejiga o la presencia de otras masas abdominales <sup>(5)</sup>. En varones, se debería realizar tacto rectal <sup>(6)</sup>. En el caso de las mujeres, se debe evaluar el estatus estrogénico y la posible presencia de prolapso de órganos pélvicos (POP) <sup>(5)</sup>.
- **Análisis de orina:** debe realizarse para descartar la presencia de ITU o hematuria <sup>(5)</sup>. El sedimento de orina debe realizarse para estar seguros de que no existe una alteración orgánica en la vejiga que causa los síntomas (infección urinaria, hematuria, leucocituria, sospecha de litiasis vesical).
- **Diario miccional:** la medida de la frecuencia y gravedad de los síntomas es un paso importante en la evaluación y manejo de los pacientes con VH. Los diarios miccionales de 3-7 días son una herramienta fiable para la medida del volumen miccional, la frecuencia urinaria y los episodios de urgencia e incontinencia (NE: 2b) <sup>(5)</sup>. Además, han mostrado ser sensibles al cambio y sirven para la medida de los resultados (NE: 2b) <sup>(5)</sup>. En el caso de varones, el uso de diarios miccionales debe servir para evaluar los STUI con un predominio de los síntomas de llenado o nocturia (NE: 3) <sup>(6)</sup>. La duración de los diarios miccionales en varones debe ser de, al menos, 3 días (NE: 2b) <sup>(6)</sup>. El diario miccional de 3 días (DM3d) ha sido validado en España en la evaluación de STUI en mujeres, y se encuentra disponible a través de la página de la Asociación Española de Urología ([www.aeu.es/PDF/DIARIO\\_MICCIONAL\\_3\\_DIAS.pdf](http://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf)) <sup>(26,27)</sup>.
- **Cuestionarios:** (escalas de puntuación y cuestionarios de síntomas, cuestionarios que miden los resultados comunicados por los pacientes o que miden de forma genérica la CdV). Los cuestionarios de síntomas pueden ser utilizados en el cribado y clasificación de la IU (NE: 3) <sup>(5)</sup> para medir la gravedad de los síntomas (NE: 3) y ayudar a determinar la necesidad de cambio del tratamiento (NE: 3) <sup>(5)</sup>.

El uso de instrumentos para medir los resultados comunicados por el paciente (PRO del inglés *Patient Reported Outcomes*) puede ayudar a predecir los resultados del tratamiento. Debido a que el diagnóstico de la VH se basa principalmente en los síntomas, el impacto de los mismos en la CdV es un aspecto fundamental en su manejo <sup>(7)</sup>.

En todos los casos, los cuestionarios deben haber sido validados en español y haber demostrado ser útiles para medir los cambios en la situación de los pacientes. En los anexos I y II de la presente Guía se recogen los cuestionarios que, según este grupo de expertos, podrían ser de mayor utilidad en la práctica clínica.

- **Otras pruebas:** la determinación de residuo posmiccional no es necesaria en pacientes sin complicaciones que van a recibir tratamiento de primera línea con medidas higiénico-dietéticas y farmacológico (GR: A) <sup>(5)</sup>. El residuo posmiccional debe ser evaluado en pacientes con síntomas obstructivos (GR: B), pacientes con IU complicada (GR: C) y en pacientes que reciben tratamientos que podrían causar o empeorar los síntomas de vaciado (GR: B) <sup>(5)</sup>. La gran mayoría de estudios clínicos sobre VH han excluido a pacientes con residuos > 200 ml, y, por tanto, no es recomendable iniciar un tratamiento en un paciente (especialmente en el varón) con sospecha de residuo y obstrucción. Debido a la alta incidencia de obstrucción infravesical en varones > 50 años y la facilidad para realizar una flujometría, en estos casos se recomienda antes de iniciar el tratamiento farmacológico para VH. No existen estudios ni nivel de evidencia sobre esta recomendación, aunque es una práctica muy extendida.

La urodinámica tiene su papel en casos de incontinencia grave, cuando no hay respuesta al tratamiento inicial, cuando ha existido una cirugía previa en el tracto urinario inferior (cirugía de incontinencia en mujeres o cirugía prostática o uretral de cualquier tipo en varones) y cuando exista una enfermedad neurógena <sup>(10,28)</sup>.

La cistoscopia y el diagnóstico por imagen no se recomiendan en la evaluación inicial de pacientes con VH sin complicaciones (GR: B) <sup>(5)</sup>, pero sí tienen su papel en caso de que exista un sedimento patológico y haya una sospecha de afectación orgánica de la vejiga.

# 7. Criterios de derivación

## 7.1. Criterios de derivación en mujeres

La evaluación inicial debe distinguir a las pacientes con síntomas de VH con o sin incontinencia que requieren derivación para una evaluación más profunda, de las que son más adecuadas para una evaluación inicial general. Los criterios IU "complicada" son la presencia de <sup>(5)</sup>:

- Hematuria
- Dolor
- ITU recurrente
- Prolapso sintomático o grado 3
- Radioterapia pélvica previa
- Cirugía previa por IU
- Masa pélvica
- Sospecha de fístula

Las mujeres deben realizar una "prueba de esfuerzo" (tosar y hacer esfuerzos) para detectar pérdida urinaria ante dichas maniobras. Hay que valorar la presencia de POP o atrofia genitourinaria. También es importante evaluar la función voluntaria de los músculos del suelo de la pelvis mediante exploración vaginal o rectal.

## 7.2. Criterios de derivación en varones

La evaluación inicial de **varones con IU/VH** debe distinguir entre los pacientes con una incontinencia "complicada", que han de ser objeto de una evaluación más intensa, del resto, que son adecuados para someterse a una evaluación general inicial.

El grupo de incontinencia “complicada” consta de varones con <sup>(5)</sup>:

- › Hematuria
- › Dolor
- › ITU recurrente
- › Radioterapia pélvica previa
- › Tacto rectal anómalo
- › Sospecha de disfunción de vaciado\*

\* A partir de los síntomas, la exploración física o los estudios de imagen realizados mediante ecografía o radiografías.

En **varones con STUI** debe considerarse una evaluación más intensa en caso de <sup>(6)</sup>:

- › Tacto rectal anómalo
- › Sospecha de enfermedad neurológica
- › PSA elevado
- › Urianálisis anómalo
- › Residuo posmiccional significativo

## 8. Recomendaciones higiénico-dietéticas en el tratamiento de la vejiga hiperactiva

- Recomendar el control del peso corporal y, en caso necesario, la reducción del peso > 5 % (GR: A)
- Indicar la reducción del consumo de cafeína (GR: B)
- Recomendar el control de la ingesta de líquidos (GR: C)
- En caso necesario, tratamiento del estreñimiento en adultos (GR: C)
- Recomendar el abandono del hábito tabáquico (GR: A)
- Ofrecer programas de modificación de la conducta (entrenamiento vesical y pautas miccionales programadas) como parte del tratamiento de primera línea de la VH (GR: A)
- Las recomendaciones higiénico-dietéticas y programas de modificación de la conducta pueden combinarse con el tratamiento farmacológico oral de la VH como primera línea (GR: C)

▸ **Reducción del peso:** la obesidad se ha identificado como un factor de riesgo de IU en diferentes estudios epidemiológicos (NE: 1b) <sup>(5)</sup>. Existe la evidencia científica de que la prevalencia de IUU se incrementa proporcionalmente con el aumento del índice de masa corporal. Una pérdida de peso (> 5 %) en mujeres con obesidad ha demostrado que mejora la IU (NE: 1b) <sup>(5)</sup>. También, la pérdida de peso en adultos obesos con diabetes mellitus reduce el riesgo de desarrollo de IU (NE: 1b) <sup>(5)</sup>.

▸ **Reducción del consumo de cafeína:** la reducción de la ingesta de cafeína puede mejorar los síntomas de urgencia y frecuencia (NE: 2), pero no la IU (NE: 2) <sup>(5)</sup>.

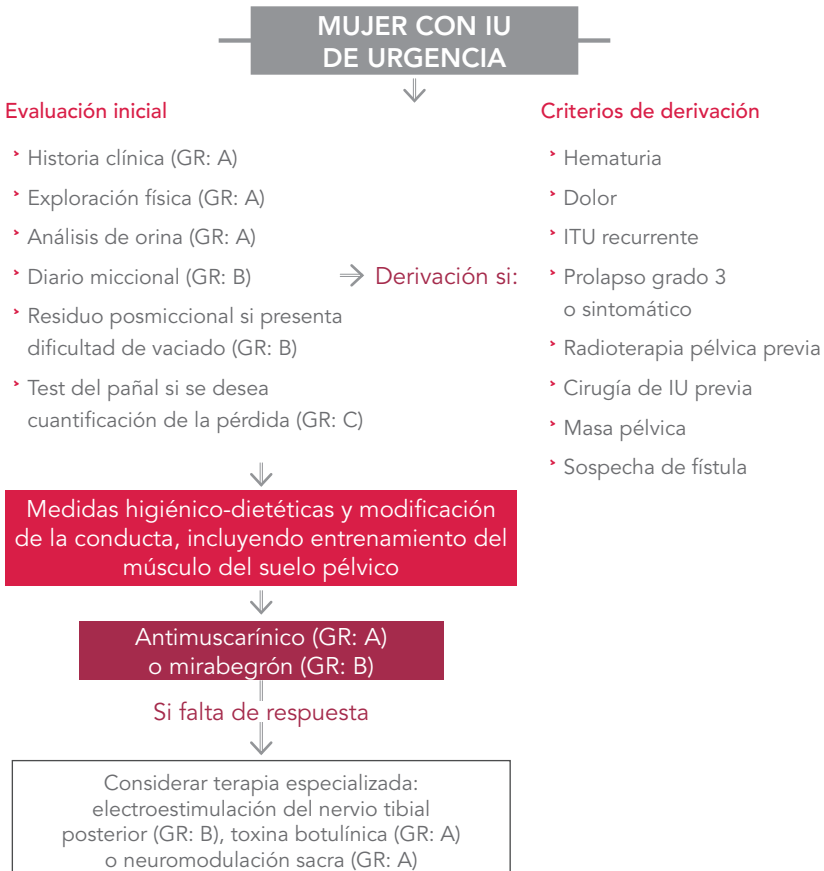
- › **Control de la ingesta de líquidos:** la reducción de la ingesta de líquidos puede reducir la frecuencia y urgencia asociadas a la VH. Hay que tener en cuenta que la restricción de la ingesta de líquidos puede producir efectos indeseados, como ITU, deshidratación o estreñimiento. Se recomienda que las causas de la elevada ingesta de líquidos sean estudiadas en la historia clínica del paciente <sup>(5)</sup>.
- › **Tratamiento del estreñimiento:** hay una consistente asociación entre una historia de estreñimiento y el desarrollo de la IU (NE: 3). Aunque no hay evidencia de que el tratamiento del estreñimiento mejore la IU (NE: 4), sí es aconsejable que se recomienden medidas para tratarlo en caso de presencia en pacientes con IU (GR: C) <sup>(5)</sup>.
- › **Abandono del hábito tabáquico:** no existe una evidencia científica consistente en que las personas fumadoras (especialmente en aquellas con un consumo > 20 cigarrillos/día) presenten mayor probabilidad de IU (NE: 3), pero se ha observado que puede asociarse a IU grave (NE: 3) <sup>(5)</sup>. Aunque no existe evidencia de que el abandono del hábito tabáquico mejore los síntomas de IU (NE: 4), sí se recomienda que a todos los pacientes con VH fumadores se les indique el abandono del hábito tabáquico (GR: A) <sup>(5)</sup>.
- › **Programas de modificación de la conducta (entrenamiento vesical y pauta miccional programada, entre otros):** han demostrado que pueden mejorar los síntomas de la IU (NE: 1b), aunque su efecto disminuye después de su finalización (NE: 2) <sup>(5)</sup>. Los programas de modificación de la conducta pueden adaptarse a las necesidades y capacidades de los pacientes. No se asocian a los efectos adversos de los fármacos, pero es necesaria la participación activa del paciente y un esfuerzo y tiempo por parte del médico <sup>(5)</sup>.  
La combinación de las terapias de modificación de la conducta, junto con el tratamiento farmacológico oral, puede presentar beneficios (NE: 1b) <sup>(5)</sup>.



# 9. Tratamiento farmacológico

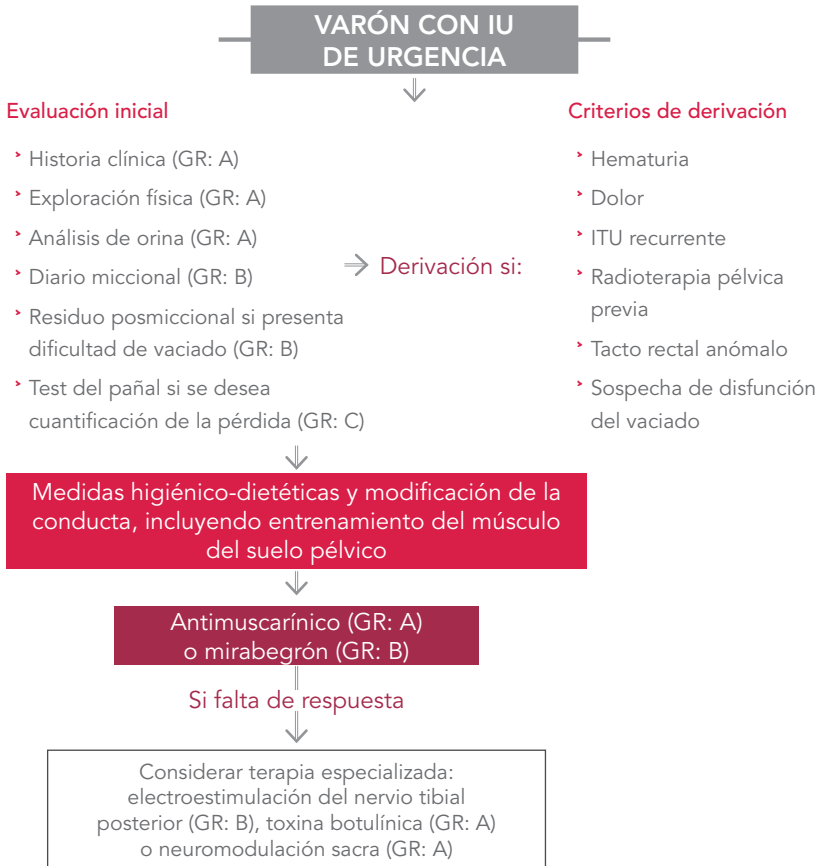
## 9.1. Algoritmo de tratamiento en mujeres

### Mujeres con IU de urgencia/VH

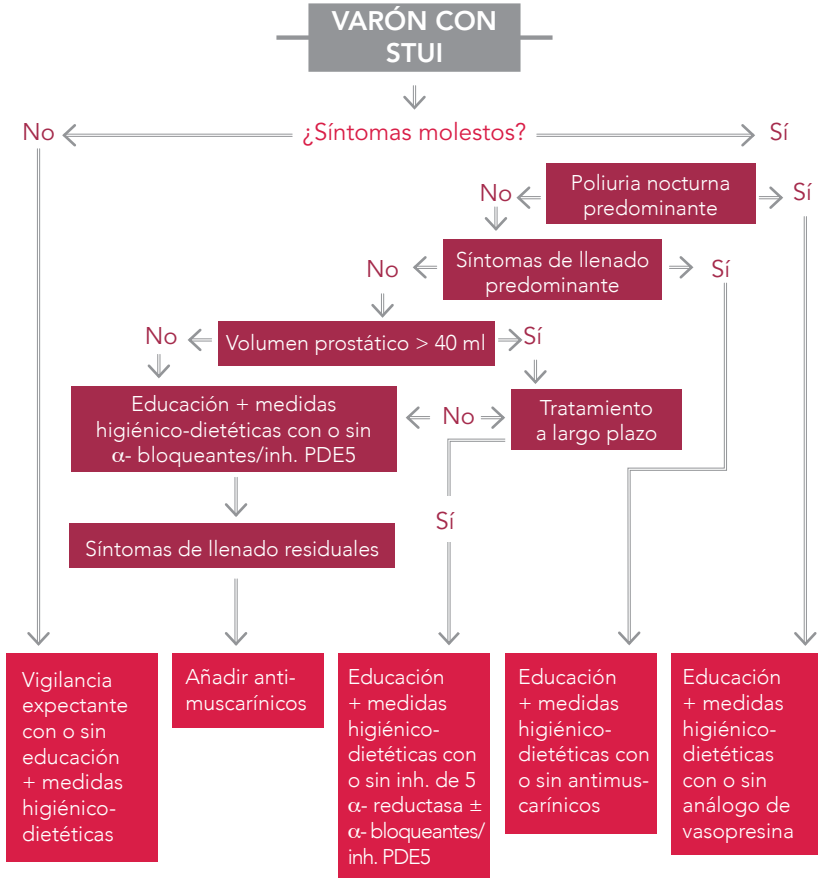


## 9.2. Algoritmos de tratamiento en varones

### Varones con IU de urgencia/VH



# Varones con STUI



### 9.3. Antimuscarínicos

- ▶ Considerar los antimuscarínicos como tratamiento farmacológico inicial de los pacientes con IU (GR: A)
- ▶ Revisar la eficacia y efectos secundarios del tratamiento con antimuscarínicos en < 30 días de inicio del tratamiento (GR: A)
- ▶ Los antimuscarínicos deben utilizarse con precaución en pacientes frágiles o con problemas cognitivos (GR: A)
- ▶ Los antimuscarínicos pueden utilizarse en varones con STUI moderados a graves que presentan predominantemente síntomas de llenado (GR: B)
- ▶ La combinación de antimuscarínicos y  $\alpha$ 1-bloqueantes puede considerarse en pacientes varones con STUI moderados a graves, si el alivio de los síntomas no ha sido suficiente con la monoterapia con cualquiera de los dos. Esta combinación debe utilizarse con precaución en pacientes con sospecha de obstrucción (GR: B)

Hasta ahora, los antimuscarínicos han sido la piedra angular del tratamiento de la VH. Estos fármacos actúan bloqueando los receptores muscarínicos en la vejiga, lo que reduce las contracciones no voluntarias. Los antimuscarínicos presentan diferentes perfiles farmacológicos y farmacocinéticos, y en su forma de presentación. No hay evidencia consistente de que un antimuscarínico sea superior a otro en la mejora de la IUU (NE: 1a) o en la mejora de la CdV (NE: 1a) <sup>(5)</sup>. Los antimuscarínicos difieren en sus perfiles farmacológicos (por ejemplo, por su afinidad al receptor muscarínico y otros mecanismos de acción), sus propiedades farmacocinéticas (como la solubilidad y la semivida media) y su formulación de liberación inmediata, liberación prolongada o transdérmica <sup>(5)</sup>.

En la **Tabla 3** se recogen los antimuscarínicos disponibles en España con su nivel de evidencia y su grado de recomendación.

Tabla 3. Antimuscarínicos disponibles en España, basado en la referencia bibliográfica (16)

	NE	GR
Tolterodina	1a	A
Trospio	1a	A
Solifenacina	1a	A
Fesoterodina	1a	A
Oxibutinina	1a	A

Los antimuscarínicos se asocian a efectos adversos, como son, entre otros, sequedad de boca, estreñimiento y sequedad ocular, que en la práctica clínica conducen al abandono del tratamiento por parte del paciente. Más de la mitad de los pacientes abandonarán en los primeros 3 meses por falta de eficacia o efectos adversos (NE: 2)<sup>(5)</sup>.

Actualmente, se encuentra disponible en España la formulación transdérmica de oxibutinina. Según la última actualización de las guías EAU de IU, se debería considerar esta formulación transdérmica si no se tolera la sequedad de boca con los antimuscarínicos orales (GR: B)<sup>(5)</sup>.

Aunque los antimuscarínicos han sido principalmente estudiados en mujeres, cada vez hay más evidencia de su uso en varones, debido a la nueva perspectiva de que los STUI en varones pueden no solo asociarse a patologías de la próstata, sino también a disfunción de la vejiga<sup>(6)</sup>. Los antimuscarínicos han demostrado su eficacia en varones con STUI predominantemente de llenado, de moderados a graves (NE: 1b)<sup>(6)</sup>.

Varios estudios clínicos aleatorizados han evaluado la combinación de alfa bloqueantes y antimuscarínicos en el tratamiento de varones con síntomas de llenado persistentes tras tratamiento inicial con alfa bloqueantes selectivos<sup>(6)</sup>. Esta combinación ha mostrado ser más eficaz en reducir la frecuencia, nocturia y puntuación del cuestionario IPSS que el tratamiento con alfa bloqueantes solos o placebo (NE: 1b)<sup>(6)</sup>.

Si bien actualmente no se encuentra disponible en España, en diversos países europeos se encuentra comercializado el tratamiento

combinado de solifenacina y tamsulosina a dosis fijas para el tratamiento de los síntomas de llenado de moderados a graves y de los síntomas de vaciado asociados a HBP en varones que no están respondiendo adecuadamente al tratamiento con monoterapia <sup>(29)</sup>.

#### 9.4. Beta 3-agonistas: mirabegrón

► Mirabegrón es una alternativa al tratamiento con antimuscarínicos para pacientes con VH (GR: B)

Mirabegrón es una nueva opción de tratamiento para los pacientes con VH <sup>(23,30)</sup>. Mirabegrón es el primer fármaco de una nueva clase terapéutica en el tratamiento de la VH. Supone una innovación en una terapia basada en antimuscarínicos en los últimos 30 años <sup>(31)</sup>. La dosis recomendada de mirabegrón es de 50 mg en toma única diaria <sup>(23)</sup>.

Mirabegrón es un agonista potente y selectivo del receptor beta 3 adrenérgico <sup>(23)</sup>. Mirabegrón induce la relajación del músculo liso de la vejiga aumentando las concentraciones del AMPc y mostrando un efecto relajante de la vejiga. Mirabegrón aumenta el volumen medio miccional y disminuye la frecuencia de las contracciones no miccionales del detrusor, sin afectar a la presión de vaciado o la orina residual <sup>(23)</sup>.

Mirabegrón 50 mg ha sido evaluado en tres estudios controlados con placebo, doble ciego, aleatorizados fase 3, de 12 semanas de duración, para el tratamiento de la VH con síntomas de urgencia y frecuencia con o sin incontinencia urinaria <sup>(31-34)</sup>. Se incluyeron pacientes mujeres (72 %) y varones (28 %) con una media de edad de 59 años. La población estudiada estaba compuesta por pacientes no tratados previamente con antimuscarínicos (48 %) y pacientes tratados previamente con medicación antimuscarínica (52 %) <sup>(23)</sup>. En uno de estos estudios, se estableció un control activo (tolterodina de liberación prolongada de 4 mg) <sup>(35)</sup>.

Mirabegrón 50 mg ha demostrado ser eficaz en la reducción de los episodios de IU y reducción de la frecuencia y urgencia urinaria (NE: 1a) <sup>(5,31-35)</sup>. Mirabegrón 50 mg ha demostrado una mejora

estadísticamente significativa en las medidas de CdV relacionada con la salud: satisfacción con el tratamiento y molestias relacionadas con los síntomas <sup>(23)</sup>.

Mirabegrón 50 mg ha demostrado su eficacia en pacientes que previamente interrumpieron el tratamiento para la VH con antimuscarínicos <sup>(36)</sup>.

En un estudio clínico en pacientes con VH hasta 12 meses, mirabegrón 50 mg ha demostrado ser bien tolerado <sup>(37)</sup>. Los efectos adversos más frecuentes fueron la hipertensión arterial, nasofaringitis e ITU <sup>(23)</sup>. En los estudios de fase 3 de 12 semanas, se ha observado que con mirabegrón 50 mg la incidencia de sequedad de boca fue similar a placebo <sup>(38)</sup>.

Un reciente metaanálisis que incluyó 44 estudios clínicos aleatorizados con 27 309 pacientes, mostró que mirabegrón 50 mg es tan efectivo como los antimuscarínicos en la reducción de la IU y la frecuencia miccional (con excepción de solifenacina 10 mg, que mostró mayor eficacia). Además, mirabegrón 50 mg presenta una incidencia de sequedad de boca similar a placebo <sup>(39)</sup>.

## 9.5. Tratamientos farmacológicos futuros

En la actualidad, se encuentran en desarrollo clínico diferentes fármacos que en un futuro podrían ampliar las opciones terapéuticas de los pacientes con VH. Entre estos fármacos, se encuentran nuevos representantes de la clase beta 3-adrenérgicos, como solabegrón o ritobegrón <sup>(40)</sup>. Por otra parte, se están investigando diferentes posibles dianas:

- Fármacos que actúan a nivel central: vía gabaérgica (gabapentina) u opioides (tramadol) <sup>(41)</sup>.
- Fármacos que actúan a nivel periférico, como los inhibidores de la fosfodiesterasa, antagonistas de los receptores de la neuroquinina 1, antagonistas de los receptores purinérgicos o antagonistas del TRPV1 (*Transient Receptor Potential Vanilloids 1*) <sup>(41)</sup>.
- Fármacos que actúan sobre canales iónicos: inhibidores de los canales de calcio o inhibidores rho-quinasa <sup>(41)</sup>.

## 10. Tratamiento especializado de la vejiga hiperactiva

Aunque el principal objetivo de la presente Guía es la evaluación inicial y tratamiento farmacológico oral de primera línea de la VH, en este apartado se recogen muy brevemente las opciones terapéuticas disponibles en el tratamiento especializado previas a la indicación de tratamiento quirúrgico.


- Los pacientes refractarios al tratamiento con medidas de cambio de la conducta y farmacológico deben ser evaluados de forma apropiada antes de prescribir una terapia adicional u otros tratamientos quirúrgicos (GR: A)

### Inyecciones intravesicales de toxina botulínica tipo A

- Se puede ofrecer el tratamiento con inyecciones intravesicales de toxina botulínica tipo A (100 unidades) a pacientes refractarios al tratamiento farmacológico (GR: A)
- Advierta a los pacientes de la duración limitada de la respuesta y la posible necesidad de autocateterización (asegurándose de que el paciente está dispuesto y es capaz de hacerlo) y del riesgo asociado de ITU (GR: A)

La toxina botulínica tipo A está aprobada en España en el tratamiento de la VH idiopática con síntomas de IU, urgencia y frecuencia en pacientes adultos que no han respondido adecuadamente o que son intolerantes a los medicamentos anticolinérgicos <sup>(42)</sup>. La toxina botulínica tipo A ha demostrado mejorar la IUU en pacientes refractarios al tratamiento farmacológico (NE: 1a) <sup>(5)</sup>. Además, se han observado mejoras significativas con respecto al placebo en la calidad de vida relacionada con la salud <sup>(42)</sup>. Los efectos adversos más frecuentes fueron infección de las vías urinarias, bacteriuria, disuria y





volumen elevado de RPM (que no requiere cateterización). De hecho, se inició sondaje limpio intermitente y habitualmente transitorio en el 6,5 % de los pacientes después del tratamiento con 100 unidades de toxina botulínica tipo A, frente al 0,4 % en el grupo del placebo <sup>(42)</sup>. En caso de que su efecto disminuya o desaparezca, pueden reintroducirse los fármacos. Su indicación en varones debe ser estudiada de forma individualizada. Este tratamiento requiere indicación y seguimiento por parte de unidades especializadas.

### Electroestimulación del nervio tibial posterior

► La electroestimulación del nervio tibial posterior puede ser ofrecida a mujeres y varones que no se benefician del tratamiento conservador (GR: B)

La electroestimulación del nervio tibial posterior parece ser eficaz en mujeres con IUU refractarias al tratamiento previo con antimuscarínicos (NE: 2b) <sup>(5)</sup>. Aunque la electroestimulación no ha mostrado ser más eficaz que tolterodina en la mejoría de la IUU en mujeres (NE: 1b) <sup>(5)</sup>. En caso de que su efecto no sea completo o duradero, puede combinarse su uso con fármacos. Este tratamiento requiere indicación y seguimiento por parte de unidades especializadas.

### Neuromodulación del nervio sacro

► Si es posible, se deberá ofrecer la posibilidad de tratamiento con neuromodulación del nervio sacro en pacientes refractarios al tratamiento conservador (GR: A)

La neuromodulación es más eficaz que el mantenimiento del tratamiento conservador o farmacológico cuando este se ha mostrado ineficaz (NE: 1b) <sup>(5)</sup>. Este tratamiento requiere indicación y seguimiento por parte de unidades especializadas.

# 11. Bibliografía

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, *et al*; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, *et al*; International Urogynecological Association; International Continence Society. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):4-20.
3. Koelbl H, Igawa Ty, Salvatore S, Laterza RM, Lowry A, Sievert K-D, *et al*. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). *Incontinence: Fifth Edition* 2013.
4. 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.
5. Gravas E, Bachmann A, Descazeaud A; Drake M, Gratzke C, Madersbacher S, *et al*. EAU Guidelines on Urinary Incontinence (2014). Disponible en: [http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no\\_cache=1](http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no_cache=1). Último acceso: junio de 2014.
6. Oelke M, Bachmann A, Descazeaud A, Emberton M, Gravas S, Michel MC, *et al*. EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) Including Benign Prostatic Obstruction (2014). Disponible en: [http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no\\_cache=1](http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no_cache=1). Último acceso: junio de 2014.
7. Diagnosis and Treatment of Overactive Bladder (Non-Neurogenic) in Adults: AUA/SUFU Guideline. Disponible en: <http://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Overactive-Bladder.pdf>. Último acceso: junio de 2014.
8. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (March 2009). Disponible en: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Último acceso: abril de 2014.
9. Abrams P, Khoury S, Grant A. Evidence-based medicine overview of the main steps for developing and grading guideline recommendations. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). *Incontinence*. Paris: Health Publications Ltd, 2005, pp. 10-1.
10. Giarenis I, Mastoroudes H, Srikrishna S, *et al*. Is there a difference between women with or without detrusor overactivity complaining of symptoms of overactive bladder? *BJU Int.* 2013;112(4):501-7.
11. Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU Int.* 2008;11:1381-7.

12. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011;108:1132-8.
13. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* 2006;50:1306-15.
14. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2009;104:352-60.
15. Martínez Agullo E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study. *Actas Urol Esp.* 2009;33:159-66.
16. Andersson K-E, Chapple CR, Cardozo L, Cruz F, Gratzke C, Lee K-S, et al. Pharmacological treatment of urinary incontinence. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (Eds). *Incontinence: Fifth Edition* 2013.
17. Andersson KE, Arner A. Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology. *Physiol Rev.* 2004;84:935-86.
18. Michel MC, Vrydag W.  $\alpha$ 1-,  $\alpha$ 2- and  $\beta$ -adrenoceptors in the urinary bladder, urethra and prostate. *Br J Pharmacol.* 2006;147:S88-S119.
19. Otsuka A, Shinbo H, Matsumoto R, et al. Expression and functional role of  $\beta$ -adrenoceptors in the human urinary bladder urothelium. *NaunynSchmiedebergs Arch Pharmacol.* 2008;377:473-81.
20. Yamaguchi O.  $\beta$ 3-adrenoceptors in human detrusor muscle. *Urology.* 2002;59:25-9.
21. Wuest M, Eichhorn B, Grimm MO, et al. Catecholamines relax detrusor through b2-adrenoceptors in mouse and b3-adrenoceptors in man. *J Pharmacol Exp Ther.* 2009;328:213-22.
22. Frazier EP, Peters SL, Braverman AS, et al. Signal transduction underlying the control of urinary bladder smooth muscle tone by muscarinic receptors and  $\beta$ -adrenoceptors. *NaunynSchmiedebergs Arch Pharmacol.* 2008;377:449-62.
23. Ficha técnica de mirabegrón. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/002388/WC500137309.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002388/WC500137309.pdf). Último acceso: junio de 2014.
24. Castro Díaz D, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Comorbilidad asociada al síndrome de vejiga hiperactiva. *Arch. Esp. Urol.* 2009;62(8):639-45.
25. Martínez-Argullo E, Ruiz-Cerdá JL, Arlandis S, Rebollo P, Pérez M, Chaves J. Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25-64 años. Estudio EPICC. *Actas Urol. Esp.* 2010;34(7):618-24.

26. Jiménez-Cidre MA, López-Fando L, Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Llorens-Martínez FJ, Salinas-Casado J, et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn*. 2013 Nov 22. doi:10.1002/nau.22530.
27. Asociación Española de Urología. Diario miccional de 3 días. Disponible en: [http://www.aeu.es/PDF/DIARIO\\_MICCIONAL\\_3\\_DIAS.pdf](http://www.aeu.es/PDF/DIARIO_MICCIONAL_3_DIAS.pdf). Último acceso: junio de 2014.
28. Finazzi E, Costantini A, et al. Urodynamics useless before surgery for female stress urinary incontinence: Are you sure? Results from a multicenter single nation database. *Eur Urol Supplements*. 2014;13:e386-e386.
29. Van Kerrebroeck P, Chapple C, Drogendijk T, Klaver M, Sokol R, Speakman M, et al.; NEPTUNE Study Group. Combination therapy with solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in a single tablet for lower urinary tract symptoms in men: efficacy and safety results from the randomized controlled NEPTUNE trial. *Eur Urol*. 2013;64(6):1003-12.
30. Suarez O, Osborn D, Kaufman M, Reynolds WS, Dmochowski R. Mirabegron for male lower urinary tract symptoms. *Curr Urol Rep*. 2013;14(6):580-4.
31. Sacco E, Bientinesi R. Mirabegron, a novel, non-antimuscarinic drug for the overactive bladder: An up-to-dated review. *World J Obstet Gynecol*. 2013; 2(4):65-73.
32. Cui Y, Zong H, Yang C, Yan H, Zhang Y. The efficacy and safety of mirabegron in treating OAB: a systematic review and meta-analysis of phase III trials. *Int Urol Nephrol*. 2014;46(1):275-84.
33. Angulo JC, Khullar V, Nitti VW, Siddiqui E. Evidence available on the use of the selective  $\beta_3$ -adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of overactive bladder. *Actas Urol Esp*. 2013;37(10):640-51.
34. Lee RT, Bamberger M, Ellsworth P. Impact of mirabegron extended-release on the treatment of overactive bladder with urge urinary incontinence, urgency, and frequency. *Res Rep Urol*. 2013;5:147-57.
35. Nitti VW, Khullar V, van Kerrebroeck P, Herschorn S, Cambroner J, Angulo JC, et al. Mirabegron for the treatment of overactive bladder: a prespecified pooled efficacy analysis and pooled safety analysis of three randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III studies. *Int J Clin Pract*. 2013;67(7):619-32.
36. Khullar V, Cambroner J, Angulo JC, Wooning M, Blauwet MB, Dorrepaal C, Martin NE. 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 Urol*. 2013;13:45.
37. Chapple CR, Kaplan SA, Mitcheson D, Klecka J, Cummings J, Drogendijk T, et al. Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a  $\beta_3$ -adrenoceptor agonist, in overactive bladder. *Eur Urol*. 2013;63(2):296-305.

- 
38. Chapple CR, Cardozo L, Nitti VW, Siddiqui E, Michel MC. Mirabegron in overactive bladder: a review of efficacy, safety, and tolerability. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(1):17-30.
  39. Maman K, Aballea S, Nazir J, Desroziers K, Neine ME, Siddiqui E, et al. Comparative efficacy and safety of medical treatments for the management of overactive bladder: A systematic literature review and mixed treatment comparison. *EurUrol*. 2014;65(4):755-65.
  40. Igawa Y, Michel MC. Pharmacological profile of  $\beta$ 3-adrenoceptor agonists in clinical development for the treatment of overactive bladder syndrome. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol*. 2013;386:177-83.
  41. Sacco E, Riccardo E. Future perspective in pharmacological treatment options for overactive bladder syndrome. *European Urological Review*. 2012;7(2):120-6.
  42. Ficha técnica de toxina botulínica tipo A. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/>. Último acceso: junio de 2014.





## Anexos



## Anexo I. Herramientas y escalas de evaluación de síntomas

- Diario miccional de 3 días (con escala PPIUS):

Jiménez MA, et al. *The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. NeuroUrol Urodyn.* 2013 Nov 22. doi: 10.1002/nau.22530. [Epub ahead of print]

- Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF:

España M, et al. *Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin* 2004;122(8):288-292

- IPSS (Puntuación internacional de los síntomas prostáticos):

Badía X, et al. *Validation of a harmonized Spanish version of the IPSS: evidence of equivalence with the original American scale. International Prostate Symptom Score. Urology.* 1998 Oct;52(4):614-20

- Cuestionario de síntomas urinarios ICIQ-MLUTS:

Castro-Díaz D, et al. *Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión en español del cuestionario ICIQ-Male Lower Urinary Tract Symptoms (ICIQ-MLUTS) en España. Actas Urol Esp* 2014;38(2):71-77

- CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga):

España Pons M, Puig Clota M, Rebollo Álvarez P. *Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV). Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp* 2006;30(10):1017-24

- Cuestionario PPBC (Patient Perception of Bladder Condition):

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. Eur Urol* 2006; 49(6): 1079-1086



## Anexo II. Escalas de evaluación de la calidad de vida

### ▸ Cuestionario OAB-q:

*Arlandis S, Villacampa F, Lizarraga I, et al. Quality of life in patients with overactive bladder: validation and psychometric properties of the Spanish Overactive Bladder Questionnaire-short Form. Clin Drug Investig 2012;1;32(8):523-32*

## Anexo III. Abreviaturas

- AMPc: adenosinmonofosfato cíclico.
- CdV: calidad de vida.
- CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.
- HBP: hiperplasia benigna de próstata.
- IPSS: International Prostate Symptom Score.
- ITU: infección del tracto urinario.
- IU: incontinencia urinaria.
- IUM: incontinencia urinaria mixta.
- IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo.
- IUU: incontinencia urinaria de urgencia.
- POP: prolapso de órganos pélvicos.
- STUI: síntomas del tracto urinario inferior.
- RPM: residuo posmiccional.
- VH: vejiga hiperactiva.

## DIARIO MICCIONAL DE 3 DÍAS (CON ESCALA PPIUS)

### DIARIO MICCIONAL. Instrucciones para rellenarlo

El Diario Miccional recoge adecuadamente sus síntomas y permite valorar a su médico y a usted la gravedad de su enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento. Rellénelo durante 3 días con atención (1 día en cada hoja), anotando:

- **HORA:** ponga la hora a la que orina o tiene una pérdida de orina (incluida toda la noche). Empiece a anotar cada día a partir de la hora a la que se levanta de la cama.
- **VOLUMEN ORINADO:** indique la cantidad que orina, en mililitros (ml) o centímetros cúbicos (cc), medida con un vaso medidor.
- **URGENCIA para orinar:** marque cuando sienta un deseo fuerte y repentino de orinar (imperioso), que no puede aguantar, usando la siguiente escala para clasificarla:

#### Clasificación de la urgencia en grados de 0 a 4:

0	No hay urgencia	No siento necesidad imperiosa de orinar
1	Leve urgencia	Tengo ganas de orinar, pero puedo retrasar ir a orinar tanto como necesite, sin miedo a mojarme
2	Urgencia moderada	Puedo retrasar orinar un rato, sin miedo a mojarme
3	Urgencia severa	No puedo retrasar ir a orinar, debo ir rápido al aseo para no tener una pérdida de orina
4	Incontinencia por urgencia	Se me escapa la orina antes de llegar al aseo

- **ESCAPE DE ORINA (PÉRDIDA INVOLUNTARIA, INCONTINENCIA)** y tipo: indique si tiene escapes o pérdidas accidentales de orina, y si los escapes son:

**Incontinencia de urgencia:** el escape de orina se produce por un deseo fuerte y repentino de orinar.

**Incontinencia de esfuerzo:** pérdida de orina causado por cualquier esfuerzo (tos, coger peso...), ejercicio (saltar, caminar deprisa...) o movimiento (levantarse...). No se acompaña de urgencia.

- **MUDA:** apunte si se cambia ropa interior, pañal, salvaslip o compresa... por pérdida de orina.
- **BEBIDA:** apunte la cantidad de líquido de cualquier tipo que tome (ml o cc).
- **NO OLVIDE PONER LA HORA A LA QUE SE ACUESTA Y A LA QUE SE LEVANTA.**

A continuación le ponemos un EJEMPLO de cómo rellenar el diario:

Hora a la que se levanta de la cama \_8:15\_          Hora a la que se acuesta \_23:30\_

Hora	Volumen orinado (ml o cc)	Urgencia su grado (0-4)	Escape de orina Tipo: por urgencia con esfuerzos	Muda de ropa, pañal, compresa	Bebida (ml o cc)
8:20	250 ml	2	NO	Compresa	300 ml
10:30	200 ml	0	NO	NO	
12:45					250 ml
15:30	150 ml	4	Sí con urgencia	Ropa interior	
18:30					300 ml
20:30	300 ml	2	NO	NO	
21:00					200 ml
22:00			Sí con esfuerzo	Salvaslip	
22:15	200 ml	3	NO		225 ml
3:00	175 ml	4	Sí con urgencia	Ropa interior	
6:15	200 ml	3	NO	NO	

Autor: MA Jiménez Cidre®. Urólogo.







## Hoja De Evaluación Del Diario Miccional: Resultados/24 h (a rellenar por el médico)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

DIARIO	MICCIONAL	DIA 1	DIA 2	DIA 3	MEDIA
Frecuencia Miccional	FMD (episodios/día)				
	FMN (episodios/día)				
	FM/24 h (episodios/día)				
Volumen Miccional	VMmáx diurno (ml)				
	VMmáx nocturno (ml)				
	VMmed (ml)				
Urgencia nº y grado máx.	Urgencia (episodios/día)				
	Urgencia grado				
Incontinencia	IUU (episodios/día)				
	IUE (episodios/día)				
	Mudas (nº/día)				
	Ingesta 24 h (ml)				
Diuresis	Diuresis 24 h (ml)				
	Diuresis nocturna (ml)				

### Claves del resumen del diario

FMD: frecuencia miccional diurna	IUU: nº de episodios de incontinencia de urgencia
FMN: frecuencia miccional nocturna	IUE: nº de episodios de incontinencia de esfuerzo
FM/24 h: frecuencia miccional en 24 h	Mudas: nº de mudas
VMmáx diurno: Volumen miccional máximo diurno	Ingesta 24 h: Ingesta de líquidos en 24 horas
VMmáx nocturno: Volumen miccional máximo nocturno	Diuresis 24 h: volumen de diuresis en 24 horas
VMmed: Volumen miccional medio	Diuresis nocturna: volumen de diuresis en la noche
Urgencia: nº de episodios de urgencia	
Urgencia grado: grado de urgencia (de 0 a 4)	

Autor: MA Jimenez Cidre®. Urólogo.

## CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

### 1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta)

- nunca  0  
una vez a la semana  1  
2-3 veces/semana  2  
una vez al día  3  
varias veces al día  4  
continuamente  5

### 2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (marque sólo una respuesta)

- no se me escapa nada  0  
muy poca cantidad  2  
una cantidad moderada  4  
mucha cantidad  6

### 3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
nada mucho

### 4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca  
 Antes de llegar al servicio  
 Al toser o estornudar  
 Mientras duerme  
 Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio  
 Cuando termina de orinar y ya se ha vestido  
 Sin motivo evidente  
 De forma continua



## IPSS (Puntuación internacional de los síntomas prostáticos)

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

### PUNTUACIÓN IPSS TOTAL:

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8.- ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

## CUESTIONARIO SÍNTOMAS URINARIOS ICIQ-MLUTS

Fecha de cumplimentación: \_\_/\_\_/\_\_

Estamos intentando descubrir qué clases de síntomas tienen los hombres con molestias prostáticas, así como qué tipo de problema suponen para ellos estas molestias. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase a las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

1. Por favor escriba la fecha de nacimiento:

día  mes  año

2a. ¿Tarda un poco en poder comenzar a orinar?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

2b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

3a. ¿Tiene que hacer fuerza para continuar orinando?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

3b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

4a. ¿Con qué fuerza diría usted que le fluye el flujo urinario?

- normal  0  
algunas veces disminuida  1  
bastantes veces disminuida  2  
la mayoría de las veces disminuida  3  
siempre disminuida  4

4b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

5a. ¿Para y vuelve a empezar de nuevo más de una vez mientras que orina?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

5b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

6a. ¿Cuántas veces tiene usted la sensación de que la vejiga no se ha vaciado correctamente después de haber orinado?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

6b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

VS: sume las puntuaciones de las preguntas 2 - 6

7a. ¿Tiene usted que apurarse para ir al servicio a orinar?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

7b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

8a. ¿Pierde algo de orina antes de llegar al servicio?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

8b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

9a. ¿Pierde orina cuando tose o estornuda?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

9b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

10a. ¿Pierde alguna vez orina sin una razón obvia y sin tener la sensación de que quiere ir al servicio?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

10b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

11a. ¿Tiene pérdida de orina cuando está dormido?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

11b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

12a. ¿Con qué frecuencia ha humedecido usted algo los calzoncillos pocos minutos después de haber terminado de orinar y de vestirse?

- nunca  0  
algunas veces  1  
bastantes veces  2  
la mayoría de las veces  3  
siempre  4

12b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

IS: sume las puntuaciones de las preguntas 7-12

13a. ¿Durante el día, cuántas veces orina, por término medio?

- 1-6 veces  0  
7-8 veces  1  
9-10 veces  2  
11-12 veces  3  
13 o más  4

13b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

14a. ¿Durante la noche, cuántas veces tiene que levantarse a orinar, por término medio?

- ninguna vez  0  
una vez  1  
dos veces  2  
tres veces  3  
cuatro o más veces  4

14b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no me afectan nada

me afectan mucho

Copyright © "ICIQ Group": the ICIQ-MLUTS is based on the ICSmaleSF.





Con la colaboración de:



BETH HIGUAYAH Fecha elaboración: 10/14