



Análisis del coste del abordaje diagnóstico de Vejiga Hiperactiva Idiopática en mujeres en España

Analysis of the cost of diagnostic approach for Idiopathic Overactive Bladder in women in Spain

LÓPEZ-FANDO LAVALLE L¹, JIMÉNEZ CIDRE MA¹, ESTEBAN FUERTES M², PRIETO CHAPARRO L³, ARLANDIS GUZMÁN S⁴, FRANCO DE CASTRO A⁵, SALINAS CASADO J⁶, GRUPO IFU⁷

¹Servicio de Urología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Servicio de Urología, Hospital de Parapléjicos, Toledo. ³Servicio de Urología, Hospital de Elche, Alicante. ⁴Servicio de Urología, Hospital La Fe, Valencia. ⁵Servicio de Urología, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona. ⁶Servicio de Urología, Hospital San Carlos, Madrid. ⁷Grupo IFU: Grupo de Investigación en Urología Funcional y Urodinámica

Resumen

Objetivos: Estudiar el coste del abordaje diagnóstico para la evaluación de los síntomas de Vejiga Hiperactiva Idiopática (VHI) en mujeres con diferentes herramientas (PPIUS, CACV, OABq-SF, Diario Miccional de 3 días-DM3d y estudio urodinámico) individualmente o en combinación.

Métodos: Análisis Coste-consecuencia (CC) desde la perspectiva del proveedor sanitario. Los datos pertenecen a un estudio transversal (febrero a mayo 2010), multicéntrico en España con 247 mujeres ≥ 18 años, diagnosticadas de VHI según criterios diagnósticos de cada síntoma para cada herramienta. La efectividad fue evaluada por la capacidad de la herramienta para detectar cada síntoma (Urgencia, Frecuencia miccional aumentada, Nicturia e Incontinencia Urinaria de Urgencia IUU). Los consumos de recursos de cada herramienta fueron estimados por un panel de 6 expertos. Los costes unitarios fueron obtenidos de los servicios de contabilidad hospitalarios y se calcularon los costes totales por diagnóstico (€-2010). Se calculó la CC de cada instrumento y de sus combinaciones.

Resultados: Individualmente, el CACV es la herramienta más efectiva en la detección de urgencia (78,5%) e IUU (61,8%), siendo el PPIUS la de mejor CC (4,8). Comparado con el CACV, el DM3d fue más efectivo para frecuencia (91,3%) y nicturia (78,5%). En combinación, CACV-DM3d es más efectiva para urgencia (91,5%), pero PPIUS, CACV y OABq-SF tienen mejor CC individualmente y también en combinaciones: PPIUS-CACV (5,9), PPIUS-OABq-SF (13,0) y CACV-OABq-SF (15,1). CACV-DM3d es también la única que puede evaluar la frecuencia, y OABq-SF-DM3d la más efectiva para nicturia (92,7%) e IUU (74,9%), aunque CACV-DM3d tiene mejor CC (27,9 y 33,33 respectivamente).

Conclusiones: La combinación CACV-DM3d es la única que proporciona información de todos los síntomas de VHI a un precio inferior a 25 €.

Palabras clave: Síndrome de Vejiga Hiperactiva Idiopática, Síntomas del tracto urinario inferior, Herramientas diagnósticas, Coste-consecuencia, mujeres.

Abstract

Objectives: To study the cost of the diagnostic approach for assessing symptoms of Idiopathic Overactive Bladder (OAB) in women with different tools (PPIUS, BSAQ, OABq-SF, 3-day bladder Diary-3dBD and urodynamic study) individually or in combination.

Methods: A cost-consequence (CC) analysis was implemented from the healthcare provider perspective. Data were collected from a cross-sectional (February to March 2010), multicentre study in Spain. 247 women ≥ 18 years old with clinical diagnosis of OAB were included. Diagnostic criteria for each symptom were defined for each tool. Effectiveness was determined by the capability of the diagnostic tools to detect each symptom (Urgency; Increased Micturition Frequency, Nicturia and Urge Urinary Incontinence-UUI). Resource consumption attached to each alternative was estimated by an expert panel (N=6). Unitary costs were obtained from the hospitals account systems and total costs per diagnosis (€-2010) were calculated. Mean CC for each instrument and tool combination was computed.

Results: Individually, BSAQ is the most effective for the detection of urgency (78.5%) and UUI (61.8%), but PPIUS offers the best CC (4.8). Compared to BSAQ, 3dBD is more effective for frequency (91.3%) and nocturia (78.5%). In combination, BSAQ-3dBD is more effective for urgency (91.5%), but PPIUS, BSAQ and OABq-SF have a higher CC if considered individually and also in combinations: PPIUS-BSAQ (5.9), PPIUS-OABq-SF (13.0) and BSAQ-OABq-SF (15.1). BSAQ-3dBD is the only combination which evaluates frequency, and OABq-SF-3dBD is the most effective for nocturia (92.7%) and for UUI (74.9%), although BSAQ-3dBD has better CC (27.9 and 33.33 respectively).

Conclusions: The combination BSAQ-3dBD is the only one that provides information of all OAB symptoms at a cost < 25 €.

Key words: Overactive Bladder, Lower Urinary Tract Symptoms, Diagnostic tools, Cost-consequence, Female.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Vejiga Hiperactiva Idiopática (VHI) ha sido definido por la *International Continence Society* (ICS) como la presencia de urgencia, con o sin incontinencia, usualmente asociada a aumento de frecuencia miccional y nicturia, en ausencia de infección o patología orgánica. A su vez la ICS define la urgencia como la sensación repentina de un fuerte deseo de orinar que es difícil de demorar¹. La prevalencia de VHI en Europa se ha cifrado en el 11,8 por ciento (12,8 por ciento en mujeres), cifra que aumenta con la edad². En un estudio realizado en España se ha fijado una prevalencia de VHI en mujeres mayores de 40 años del 23,6 por ciento³. Esta elevada prevalencia, unida al impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud que causa tanto en la esfera personal como en la social y laboral⁴⁻⁶, hace que la VHI tenga un importante impacto económico en los sistemas sanitarios⁶.

El diagnóstico de VHI debe ser clínico y basado en detección de síntomas, lo que requiere de una alta sensibilidad de las herramientas diagnósticas utilizadas. La urgencia es el síntoma cardinal para el diagnóstico de VHI y al ser una sensación, un deseo, sólo puede ser evaluado a partir de lo que expresa el sujeto que la padece⁷. Además de la urgencia intervienen en la definición, la aparición de los síntomas acompañantes: aumento de la frecuencia miccional, nicturia e incontinencia urinaria de urgencia. Todos estos síntomas deben ser evaluados por el propio paciente, disponiéndose en la actualidad de numerosas herramientas de medida de un solo síntoma, como las escalas de urgencia "Patient Perception of Intensity of Urgency Scale-PPIUS"⁸, "Urgency Perception Scale-UPS"⁹, "Urgency

Autor para correspondencia

Dr. Luis López-Fando Lavalle
 Servicio de Urología
 Hospital Ramón y Cajal
 Ctra. Colmenar Viejo Km 9,1
 28034 Madrid (España)
 llfando@gmail.com
 Teléfono: 91 336 87 59
 Fax: 91 336 87 60



Perception Score-UPS¹⁰, "Indevus Urgency Severity Scale-IUSS"¹¹ o "Urinary Sensation Scale (USS)"¹², y los cuestionarios específicos para la evaluación del síndrome completo de VHI, como el Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV)¹³, el "Overactive Bladder Symptom Score-OABSS"¹⁴ y el cuestionario de vejiga hiperactiva OABq-SF¹⁵.

El Diario Miccional (DM), es el instrumento más utilizado para evaluar la urgencia y el resto de síntomas de VHI en los ensayos clínicos, pero es poco utilizado en la práctica habitual de las unidades especializadas en Urología y menos utilizado en el ámbito de Atención Primaria: el 42,8 por ciento de los urólogos y el 32,2 por ciento de los médicos de atención primaria declaran utilizarlo habitualmente¹⁶. Ha sido formalmente validado en un estudio publicado¹⁷. El estudio urodinámico (EUD) es la prueba más utilizada en las Unidades de Urología Funcional y Urodinámica en esta patología, a pesar de la menor efectividad mostrada en la capacidad de medición de la urgencia¹⁸.

Existen diferentes trabajos publicados que establecen comparaciones entre diferentes instrumentos de evaluación de la VHI: CACV frente a OABq¹⁹, OABSS frente a DM de 3 días (DM3d)²⁰, IUSS frente a UPS y otros ítems individuales²¹. En un estudio previamente publicado¹⁸, se concluyó que las herramientas diagnósticas de VHI con las que se realizó el estudio (PPIUS, CACV, OABq-SF, DM3d y EUD) funcionan de diferente manera, siendo la herramienta más efectiva para el diagnóstico de VHI la combinación del DM3d junto con el CACV. Solo esta combinación proporciona información sobre todos los síntomas incluidos en el síndrome de VHI y, por tanto, permite una orientación global del tratamiento del paciente.

Uno de los criterios que últimamente está tomando cada vez más importancia para la selección de una herramienta diagnóstica es el coste, sobre todo en patologías de elevada prevalencia como la VHI. En la actual situación de restricciones presupuestarias, es más que relevante el acotar al máximo los recursos empleados en el proceso diagnóstico, por

supuesto alcanzando elevados niveles de efectividad. En un estudio transversal exploratorio y analítico realizado en España se analizó el rendimiento y el coste de la historia clínica (HC), el DM3d y el EUD, concluyendo que la combinación HC+DM3d es tan sensible para el diagnóstico de la VH como la asociación de cualquiera de ellas con el EUD, siendo además la combinación de menor coste²². Sería de interés realizar un análisis coste-consecuencia (CC) de las diferentes herramientas diagnósticas para la VHI que están adecuadamente validadas para su uso en nuestro país aparte de las previamente evaluadas. Se trata de comparar estrategias o herramientas que comparten los mismos objetivos (en nuestro caso, la presencia de cada uno de los síntomas de VHI), cuando sus niveles de efectividad difieren. Combina la información de la efectividad clínica de las estrategias con la de los costes de las mismas. La medida central es el balance entre los efectos incrementales y los costes incrementales.

El objetivo del presente análisis fue estudiar el coste del abordaje diagnóstico con el uso de diferentes herramientas diagnósticas para los síntomas urgencia, frecuencia, IUU y nicturia en mujeres con VHI.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo y analítico, transversal (febrero a mayo 2010), multicéntrico (55 unidades de Urología Funcional y Urodinámica de España) y nacional. La población del estudio incluyó mujeres, de edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico clínico de VHI y que prestaron consentimiento informado por escrito para su participación en el estudio.

Los investigadores recogieron los datos sobre antecedentes personales, ginecológicos y clínicos de la paciente, a través de una historia clínica estructurada y los datos del EUD para cuya realización fueron derivadas las pacientes a sus consultas. Las pacientes cumplieron el cuestionario "Patient Perception of Intensity of Urgency Scale-PPIUS", evaluando la gravedad de la urgencia en las últimas 4 semanas. Asimismo, las pacientes cumplieron un DM3d, que incluía una

valoración de la gravedad de cada episodio de urgencia según la escala del PPIUS y respondieron a otros dos cuestionarios: el CACV y el OABq-SF. Ambos cuestionarios fueron cumplimentados tomando como referencia temporal las últimas 4 semanas, al igual que el cuestionario PPIUS¹⁸.

Se calculó el porcentaje de cumplimentación de las herramientas de manera individual y en combinación, siendo calculado cada porcentaje de manera independiente.

Los síntomas de urgencia y de IUU pueden ser diagnosticados por todas las herramientas (CACV, PPIUS, DM3d, OABq-SF y EUD), el síntoma de frecuencia miccional aumentada por CACV y DM3d y el síntoma de nicturia por CACV, OABq-SF y DM3d.

Se realizó un análisis de CC de diferentes herramientas diagnósticas de VHI desde la perspectiva del provisor sanitario en España.

Como variable de efectividad se utilizó la capacidad de las herramientas diagnósticas para detectar cada síntoma individual de VHI (urgencia, frecuencia, IUU y nicturia para cada caso, teniendo en cuenta que todas las pacientes incluidas en el estudio tenían diagnóstico clínico de VHI y que el síntoma imprescindible para realizar el diagnóstico es la urgencia. En este estudio se consensuaron criterios diagnósticos para la detección de cada uno de los síntomas de VHI con las herramientas empleadas que se describen en la tabla 1.

Respecto a los costes incluidos, se estudiaron únicamente los costes directos e indirectos sanitarios, de acuerdo a la perspectiva adoptada para la realización del análisis. Para la estimación de los consumos de recursos de cada herramienta, se realizó un panel de 6 expertos en Urología Funcional y Urodinámica que diseñaron un conjunto de variables a considerar para cada una de las herramientas diagnósticas utilizadas en el estudio. De este modo se consideraron para el DM3d, CACV, PPIUS y OABq-SF; la impresión de los cuestionarios, el tiempo de entrega controlada del cuestionario al paciente, el tiempo de revisión de la cumplimentación del cuestionario, el tiempo de corrección del cuestionario, el tiempo de interpretación del cuestionario. En el caso del DM3d se incluyó además el coste de la jarrita miccional que se suministra a la paciente para la adecuada cumplimentación de los volúmenes en el diario. Aunque inicialmente se había incluido en el listado de consumos de recursos, el pago por derecho de uso del cuestionario, ninguno de las herramientas estudiadas precisa de pago alguno para su uso en nuestro país en práctica clínica habitual. En cuanto al EUD se tuvieron en cuenta los siguientes costes directos: recursos humanos (tiempo del clínico y enfermería), material fungible (equipo de infusión, sonda de llenado, sonda de presión vesical, sonda de presión abdominal de 2 vías, solución salina, gases estériles, lubricante, trans-

TABLA 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CADA SÍNTOMA DE VHI Y CADA HERRAMIENTA ESTUDIADA

Herramienta	Urgencia	Frecuencia	Nicturia	IUU
PPIUS	≥3	—	—	4
CACV	Puntuación en Síntoma ≥2	Puntuación en Síntoma ≥2	Puntuación en Síntoma ≥2	Puntuación en Síntoma ≥2
OABq-SF	Puntuación en Síntoma ≥4	—	Puntuación en Síntoma ≥4	Puntuación en Síntoma ≥4
DM3d	PPIUS ≥3	≥8/día	>1/día	≥1 episodio
EUD	Presencia de urgencia	—	—	Presencia de IUU

PPIUS: Patient Perception of Intensity of Urgency Scale; CACV: Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga; OABq-SF: Cuestionario de Vejiga Hiperactiva versión corta; DM3d: Diario Miccional de 3 días; EUD: Estudio Urodinámico; IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia.



ductores de presión, cúpula de presión, bata desechable, compresa) y material inventariable (aparato de registro urodinámico, ordenador, impresión, silla urodinámica), y los costes indirectos (energía, limpieza y gestión). Los costes unitarios asignados a cada uno de los consumos de recursos considerados en cada herramienta diagnóstica fueron obtenidos de los servicios de contabilidad de los diferentes hospitales participantes en el panel de expertos. Los datos no se compartieron entre centros y el análisis total se realizó en ciego por un equipo estadístico independiente. A partir del coste de la aplicación de cada herramienta en cada hospital, se calcularon los costes medios totales por cada aplicación de la herramienta diagnóstica (Calculado en euros en 2010).

Con estos datos de efectividad y costes, se calculó la relación CC de cada herramienta y de las combinaciones de herramientas.

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis los datos del citado estudio, correspondientes a 247 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión. La descripción general de la muestra estudiada y el grado de cumplimentación de los cuestionarios ya han sido descritos previamente¹⁸. La edad media fue de (DE): 57,66 (13,43) años. El 66,4 por ciento de los casos procedía de consultas de urología. Un 47,77 por ciento de las pacientes habían estado en tratamiento farmacológico con anticolinérgicos. El perfil clínico de las pacientes incluidas según el DM3d fue de (nº episodios/24h (DE)) Urgencia: 7,02 (3,96), frecuencia miccional: 10,57 (3,03), IUU: 3,01 (3,28) y nicturia: 1,83 (1,29).

El porcentaje de cumplimentación de las herramientas fue en todos los casos > 85 por ciento. El coste medio en euros calculado para cada herramienta fue: PPIUS: 1,65; CACV: 3,40; OABq-SF: 9,23; DM3d: 20,62 y EUD 252,1.

Considerando las herramientas individualmente para la detección de los síntomas urgencia e IUU, el CACV es la más efectiva (78,5 por ciento y 61,8 por ciento respectivamente), siendo el PPIUS la de mejor CC (2,3- urgencia y 4,8- IUU). El EUD presenta para urgencia y IUU,

la menor efectividad (44,9 por ciento y 31,2 por ciento) y la mayor CC (561,6 y 808,3) de las herramientas evaluadas.

Respecto al síntoma de frecuencia miccional aumentada, considerando también las herramientas individualmente, el DM3d fue la más efectiva (91,3 por ciento), siendo el CACV la de mejor CC (4,1) (tabla 2).

En la tabla 3 y en la figura 1 se presentan los resultados para las combinaciones de instrumentos. Centrándonos en el síntoma urgencia, el CACV-DM3d es la más efectiva (91,5 por ciento), pero PPIUS, CACV y OABq-SF tienen mejor coste-consecuencia si se consideran individualmente (2,3 - 4,3 - 13,3 - 26,4 - 561,6, respectivamente). También las combinaciones PPIUS-CACV (5,9), PPIUS-OABq-SF (13,0) y CACV-OABq-SF (15,1) tienen mejor CC que CACV-DM3d (26,3).

Debido a las características inherentes de cada cuestionario no todos permiten detectar y evaluar el conjunto completo síntomas de la VHI. CACV-DM3d es la única combinación que puede evaluar el síntoma de frecuencia miccional aumentada. Respecto al síntoma de nicturia, la combinación OABq-SF-DM3d es la más efectiva (92,7 por ciento), teniendo mejor relación CC las combinaciones de CACV-DM3d (27,9) y CACV-OABq-SF (15,9). Por último, la efectividad para el diagnóstico del síntoma IUU es mayor para la combinación OABq-SF-DM3d (74,9 por ciento), aunque el CC del resto de combinaciones es inferior al de esta combinación. En nuestro estudio, la combinación CACV-DM3d es la única que permite valorar todo el espectro de síntomas de VH con una efectividad >70 por ciento a un coste de 24,02 euros.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de VHI es complejo debido a su condición idiopática. No existe una herramienta *gold-standard* o un consenso general sobre cuál es la más adecuada en la valoración de los síntomas. A parte hay que tener en cuenta las restricciones presupuestarias actuales, lo que hace necesario la restricción del uso de recursos diagnósticos.

Se han presentado los resultados del análisis coste-consecuencia de una selección de

TABLA 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CADA SÍNTOMA DE VHI Y CADA HERRAMIENTA ESTUDIADA

Coste medio €		Urgencia	Frecuencia	Nicturia	IUU	
PPIUS	1,65	% cumplimentación	96,8	ND	ND	96,8
		Efectividad (%)	72,1	ND	ND	34,4
		CC	2,3	ND	ND	4,8
CACV	3,40	% cumplimentación	95,9	95,9	95,9	95,9
		Efectividad (%)	78,5	83	59,9	61,8
		CC	4,3	4,1	5,7	5,5
OABq-SF	9,23	% cumplimentación	95,9	ND	95,9	96,4
		Efectividad (%)	69,6	ND	67,6	53
		CC	13,3	ND	13,7	17,4
DM3d	20,62	% cumplimentación	90,7	93,9	93,5	89,9
		Efectividad (%)	78,1	91,3	78,5	54,3
		CC	26,4	22,6	26,2	38
EUD	252,17	% cumplimentación	86,2	ND	ND	85,4
		Efectividad (%)	44,9	ND	ND	31,2
		CC	561,6	ND	ND	999,2

CC: Coste-consecuencia; PPIUS: Patient Perception of Intensity of Urgency Scale; CACV: Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga; OABq-SF: Cuestionario de Vejiga Hiperactiva versión corta; DM3d: Diario Miccional de 3 días; EUD: Estudio Urodinámico. IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia, ND: No disponible.

herramientas frecuentemente utilizadas en el diagnóstico del síndrome de VHI, individualmente o en combinación, destacándose que la combinación CACV-DM3d es la que más información aporta para evaluar el conjunto de los síntomas del síndrome (teniendo en cuenta que la urgencia es el síntoma imprescindible para el diagnóstico de la VHI) a un precio por diagnóstico realizado entre 23,14 euros para frecuencia y 33,33 para IUU. Individualmente, el CACV es la herramienta más efectiva para urgencia e IUU y el DM3d para frecuencia miccional aumentada y nicturia. Aunque el CACV no es la herramienta individual de mejor CC para urgencia e IUU (la de mejor CC es el PPIUS), el coste de utilizar el CACV, maximizando la efectividad, es muy pequeño en ambos casos, urgencia e IUU, justificando el empleo del CACV como herramienta individual en la evaluación de estos dos síntomas. En el caso del síntoma frecuencia miccional aumentada, tampoco el DM3d tiene la mejor CC a pesar de ser más efectiva, pero en este caso el coste de utilizar

el DM3d (más efectiva) en lugar del CACV (mejor CC) tendría un coste adicional apreciable para el diagnóstico de frecuencia miccional aumentada, que podría justificarse fácilmente en aquellos casos en los que la evaluación de la frecuencia sea de especial interés para el clínico. Por último en el caso de la nicturia, para la que el DM3d es la herramienta más efectiva y el CACV la de mejor CC, el mayor coste del DM3d estaría justificado por la ganancia de efectividad conseguida. En conjunto lo expuesto hasta aquí muestra que las dos herramientas individuales de mejor CC para la evaluación del conjunto de síntomas de VHI serían el CACV y el DM3d. En el análisis de las combinaciones de herramientas mostrado en la tabla 3, se observa que CACV-DM3d es la única combinación que consigue más del 90 por ciento de efectividad para el diagnóstico de urgencia, y proporciona información sobre todos los síntomas de VHI, siendo la única que proporciona información sobre frecuencia miccional aumentada. Además esta combinación tiene un coste



TABLA 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA CADA SÍNTOMA DE VHI Y CADA HERRAMIENTA ESTUDIADA

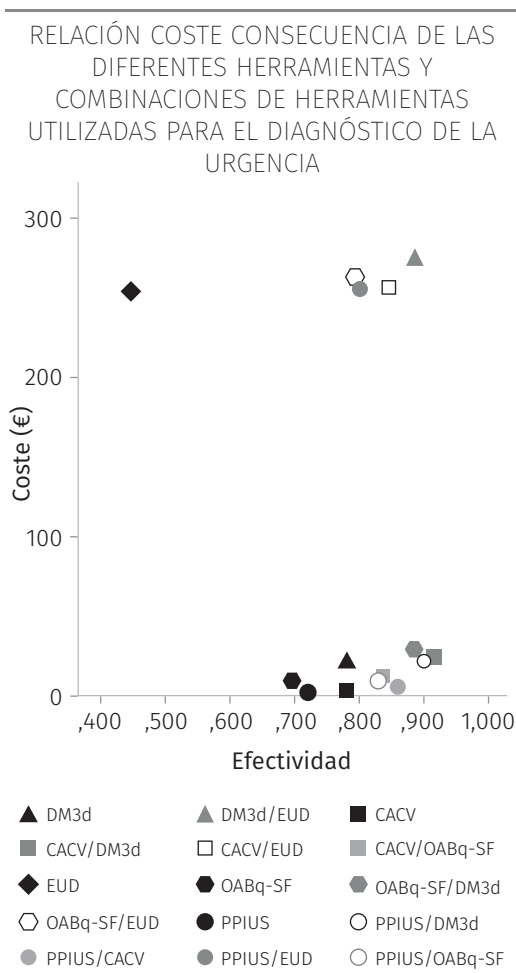
Coste medio €			Urgencia	Frecuencia	Nicturia	IUU
PPIUS CACV	5,04	% cumplimentación	96,4	ND	ND	96,4
		Efectividad (%)	85,8	ND	ND	68,4
		CC	5,9	ND	ND	7,4
PPIUS OABq-SF	10,87	% cumplimentación	96,8	ND	ND	96,8
		Efectividad (%)	83,4	ND	ND	64
		CC	13	ND	ND	17
PPIUS DM3d	22,27	% cumplimentación	97,6	ND	ND	92,3
		Efectividad (%)	89,9	ND	ND	64
		CC	24,8	ND	ND	34,8
PPIUS EUD	253,82	% cumplimentación	91,5	ND	ND	87,5
		Efectividad (%)	80,2	ND	ND	50,6
		CC	316,6	ND	ND	501,5
CACV OABq-SF	12,62	% cumplimentación	96	ND	96	96,4
		Efectividad (%)	83,8	ND	79,4	72,1
		CC	15,1	ND	15,9	17,5
CACV DM3d	24,02	% cumplimentación	97,6	97,2	95,1	93,9
		Efectividad (%)	91,5	91,9	86,2	72,1
		CC	26,3	26,1	27,9	33,3
CACV EUD	255,56	% cumplimentación	93,5	ND	ND	89,9
		Efectividad (%)	84,6	ND	ND	67,6
		CC	302	ND	ND	378
OABq-SF DM3d	29,85	% cumplimentación	96,4	ND	97,6	94,3
		Efectividad (%)	88,7	ND	92,7	74,9
		CC	33,7	ND	32,2	39,9
OABq-SF EUD	261,39	% cumplimentación	91,1	ND	ND	89,5
		Efectividad (%)	79,4	ND	ND	63,6
		CC	329,2	ND	ND	410,9
DM3d EUD	272,79	% cumplimentación	94,3	ND	ND	86,6
		Efectividad (%)	88,7	ND	ND	63,6
		CC	307,5	ND	ND	428,9

CC: Coste-consecuencia; PPIUS: Patient Perception of Intensity of Urgency Scale; CACV: Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga; OABq-SF: Cuestionario de Vejiga Hiperactiva versión corta; DM3d: Diario Miccional de 3 días; EUD: Estudio Urodinámico. IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia, ND: No disponible.

medio por paciente inferior a 25 euros, con una buena relación CC para urgencia, aunque sea mejor la de 3 instrumentos individuales y 3 combinaciones estudiadas (tabla 3). Aun así, hay que destacar que para el síntoma nicturia, la combinación más efectiva es OABq-SF-DM3d cuyo coste justificaría su utilización en lugar de la combinación CACV-

DM3d o CACV-OABq-SF. Por último, la mayor efectividad de la combinación OABq-SF-DM3d pero su mayor coste respecto a la combinación CACV-DM3d, no permite priorizar su uso respecto de esta última, sobre todo teniendo en cuenta que CACV-DM3d es la mejor combinación para urgencia y frecuencia miccional aumentada.

FIGURA 1



Se han publicado algunos trabajos en los que se comparan cuestionarios de evaluación desde el punto de vista de la efectividad. En un estudio en el que se compararon el CACV y la versión de 8 ítems del OAB-V8¹⁹, se concluye que ambos son igualmente efectivos detectando síntomas de VHI. En otro estudio realizado en 79 pacientes (37 de ellos mujeres), se comparó el OABSS respecto al DM3d²⁰, concluyendo que aunque sea mejor el DM3d, el OABSS puede ser útil por su simplicidad en estudios prospectivos, dada su adecuada sensibilidad al cambio. Estos resultados observados en la bibliografía¹⁹⁻²⁰, concuerdan con los datos obtenidos en nuestro estudio,

en el que se concluye que las herramientas de mayor efectividad individual para la determinación de urgencia son el CACV y el DM3d. El DM3d se muestra como un instrumento muy sólido en la evaluación de síntomas de VHI, sobre todo para la frecuencia miccional aumentada²³, síntoma para el que los pacientes tienden a sobre-estimar en sus conversaciones con el médico en consulta. El DM3d es además utilizado frecuentemente para la evaluación de la validez de nuevos instrumentos de evaluación^{20,24,25}. Todo ello habla en favor del gran valor que tiene el DM3d en la evaluación de síntomas de VHI. El presente estudio proporciona un dato adicional sobre esta herramienta que es su adecuada relación CC, utilizada sola o en combinación con el CACV.

En la evaluación inicial de la VH, es importante el diagnóstico de la urgencia y, la exclusión de otras disfunciones que pudieran ser la causa de los síntomas del paciente, con instrumentos aceptables tanto para los pacientes como para los clínicos, y efectivos, es decir, que proporcionen información lo más completa posible para orientar la práctica clínica teniendo en cuenta los costes, invasividad y posible morbilidad. Según las recomendaciones sobre diagnóstico en IUU/VH, ha de considerarse el EUD en pacientes que no responden al tratamiento farmacológico, cuando hay sospecha de otras patologías como causantes de los síntomas o antes del tratamiento invasivo.

La utilización de EUD de forma rutinaria y no seleccionada a todos los casos de VHI, no está justificada desde el punto de vista de la relación CC (con un coste medio calculado en el estudio de 252,17 euros). Sin embargo, en pacientes que no responden al tratamiento y en casos seleccionados (por ejemplo, que el paciente refiera síntomas de VHI y presente disfunción obstructiva de vaciado sin residuo), el estudio urodinámico tiene un papel en el diagnóstico de estas pacientes²⁶.

En cuanto a las limitaciones del estudio podemos señalar el posible sesgo de selección al tratarse de pacientes con VHI derivadas a las unidades especializadas de urología funcional, que no se pudo realizar el análisis



de la especificidad de las herramientas al no incluir en la muestra población sana así como las limitaciones del propio análisis coste-consecuencia, ya que el peso relativo e importancia de cada uno de los costes fue realizado por un consenso de expertos lo que supone un posible sesgo. Otro aspecto a señalar sobre las herramientas seleccionadas, siempre teniendo en cuenta que nuestro estudio es de práctica clínica y no intervencionista, es que las pacientes podían encontrar dificultades en la comprensión de alguno de los cuestionarios, o tener otras razones para no completarlos. Este dato se refleja en el porcentaje de cumplimentación de los mismos, pero no se analizaron las causas o posibles consecuencias de este aspecto, a parte, tampoco se analizó la sensibilidad de las herramientas en combinación, sin embargo, cada una ha sido validada anteriormente de manera individual^{8,13,15,18} demostrando sensibilidades adecuadas para el diagnóstico de VH. Sería de interés para futuras investigaciones analizar qué factores influyen en la cumplimentación de estas herramientas. Por último cabe señalar, que el estudio se realizó con costes de 2010 (euros), lo que podría preverse un incremento en costes relativo al EUD (ej, recursos humanos, material fungible etc.) pero no asociado de manera sustancial a los cuestionarios debido al tipo de costes analizados, por lo que prevemos que las conclusiones de este estudio, aunque se actualizarán los costes a fecha actual, serían similares a las presentadas.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de VHI debe realizarse en una primera instancia con pruebas no invasivas, evitando aquellas innecesarias y costosas.

La mejor combinación de herramientas desde el para el diagnóstico de la VHI en la mujer es el CACV y el DM3d pues complementa la información de la anamnesis al cuantificar todos los síntomas y la molestia asociada. Además es la única que proporciona información de todos los síntomas de VHI a un precio inferior a 25 euros.

REFERENCIAS

- 1 Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
- 2 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;50:1306-14.
- 3 Castro D, Espuña M, Prieto M et al. Prevalence of overactive bladder in Spain: a population-based study. *Arch Esp Urol* 2005;58:131-8.
- 4 Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE et al. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int* 2008;101:1388-95.
- 5 Gulur DM, Drake MJ. Management of overactive bladder. *Nat Rev Urol* 2010;7:572-82.
- 6 Reeves P, Irwin D, Kelleher C et al. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. *Eur Urol* 2006;50:1050-7.
- 7 Michel MC, Chapple CR. Basic mechanisms of urgency: preclinical and clinical evidence. *Eur Urol* 2009;56:298-307.
- 8 Cartwright R, Srikrishna S, Cardozo L et al. Validity and reliability of the patient's perception of intensity of urgency scale in overactive bladder. *BJU Int* 2011;107:1612-7.
- 9 Cardozo L, Coyne KS, Versi E. Validation of the urgency perception scale. *BJU Int* 2005;95:591-6.
- 10 Blaivas JG, Panagopoulos G, Weiss JP et al. The urgency perception score: validation and test-retest. *J Urol* 2007;177:199-202.
- 11 Nixon A, Colman S, Sabounjian L et al. A validated patient reported measure of urinary urgency severity in overactive bladder for use in clinical trials. *J Urol* 2005;174:604-7.
- 12 Coyne KS, Margolis MK, Hsieh R et al. Validation of the urinary sensation scale (USS). *Neurourol Urodyn* 2011;30:360-5.
- 13 Espuña M, Puig M, Rebollo P. Validación de la versión española del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga". Un instrumento útil para detectar y evaluar el síndrome de Vejiga Hiperactiva en el primer nivel asistencial. *Actas Urol Esp* 2006;30:1017-24.
- 14 Homma Y, Yoshida M, Seki N et al. Symptom assessment tool for overactive bladder syndrome-overactive bladder symptom score. *Urology* 2006;68:318-23.
- 15 Arlandis S, Ruiz MA, Errando C 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;32:523-32.
- 16 Garcia Matres MJ, Brenes Bermudez FJ. Diagnosis and management of patients with overactive bladder syndrome in urology clinics and general practitioner clinics in Spain. *Arch Esp Urol* 2007;60:15-21.
- 17 Jiménez-Cidre MA, Lopez-Fando L, Esteban-Fuertes M et al. The 3-day bladder diary is a feasible, reliable and valid tool to evaluate the lower urinary tract symptoms in women. *Neurourol Urodyn* 2015 ;34(2):128-32.
- 18 Jiménez-Cidre M, López-Fando L, Esteban M, Franco A, Arlandis S, et al. ¿Cómo debemos abordar el diagnóstico de la Vejiga Hiperactiva en mujeres? *Actas Urol Esp* 2016; 40 (1):29-36
- 19 Basra RK, Cortes E, Khullar V et al. A comparison study of two lower urinary tract symptoms screening tools in clinical practice. the B-SAQ and OAB-V8 questionnaires. *J Obstet Gynaecol* 2012;32:666-71.
- 20 Homma Y, Kakizaki H, Yamaguchi O et al. Assessment of overactive bladder symptoms: comparison of 3-day bladder diary and the overactive bladder symptoms score. *Urology* 2011;77:60-4.
- 21 Michel MC, Oelke M, Vogel M et al. Which single-item measures of overactive bladder symptom treatment correlate best with patient satisfaction? *Neurourol Urodyn* 2011;30:510-4.
- 22 López-Fando L, Carracedo D, Jiménez M, Gómez de Vicente JM, Martínez L, Gómez del Cañizo C, et al. Análisis coste-efectividad de las principales herramientas diagnósticas en mujeres con vejiga hiperactiva: historia clínica, diario miccional y estudio urodinámico. *Actas Urol Esp*. 2015;39:40-6.
- 23 Stav K, Dwyer PL, Rosamilia A. Women overestimate daytime urinary frequency: the importance of the bladder diary. *J Urol* 2009;181:2176-80.
- 24 Bradley CS, Brown JS, Van Den Eeden SK et al. Urinary incontinence self-report questions: reproducibility and agreement with bladder diary. *Int Urogynecol J* 2011;22:1565-71.
- 25 Gotoh M, Homma Y, Yokoyama O et al. Responsiveness and minimal clinically important change in overactive bladder symptom score. *Urology* 2011;78:768-73.
- 26 Al-Zahrani AA, Gajewski J. Urodynamic findings in women with refractory overactive bladder symptoms. *Int J Urol* 2016 ;23(1):75-9.