



ORIGINAL

Prevalencia y caracterización de la vejiga hiperactiva detectada en una población de Madrid con el cuestionario OAB-V3 autoadministrado en atención primaria[☆]



Javier C. Angulo^{a,*}, María P. Calderín^b, Yolanda Fernández^c, Miriam González^d, Esther Gómez^e, María B. Herreros^f, Purificación Peñasco^g, Manuela Zapatero^h y Juan F. Doradoⁱ

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Departamento Clínico, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Laureate Universities, Getafe, Madrid, España

^b Centro de Salud Ciudades, Getafe, Madrid, España

^c Centro de Salud El Greco, Getafe, Madrid, España

^d Centro de Salud de Pinto, Pinto, Madrid, España

^e Centro de Salud Getafe Norte, Getafe, Madrid, España

^f Centro de Salud Parque Europa, Getafe, Madrid, España

^g Centro de Salud Sector III, Getafe, Madrid, España

^h Centro de Salud Juan de la Cierva, Getafe, Madrid, España

ⁱ Pertica SL, Getafe, Madrid, España

Recibido el 10 de noviembre de 2016; aceptado el 13 de enero de 2017

Disponible en Internet el 24 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Vejiga hiperactiva;
Cribado;
OAB-V3;
Atención primaria;
Calidad de vida relacionada con la salud;
Productividad laboral

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva (VH) en una población española y evaluar su impacto en el bienestar y la productividad laboral de esta población.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Atención primaria, Madrid, España.

Participantes: Varones y mujeres > 30 años.

Intervenciones: Clasificación con el instrumento abreviado *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3). Sujetos con puntuación ≥ 3 y una población control similar con puntuación < 3 fueron investigados clínicamente.

[☆] Este estudio ha sido parcialmente presentado en el congreso de la *International Continence Society* (ICS), celebrado en Tokio del 13 al 16 de setiembre del 2016, y en el 38.º Congreso SEMERGEN, celebrado en Santiago de Compostela del 26 al 29 de octubre del 2016.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jangulo@futurnet.es (J.C. Angulo).

Mediciones principales: Anamnesis, exploración física, análisis de orina, ecografía, escala de bienestar general y cuestionarios PPBC, OAB-q y WPAI-SHP.

Resultados: Se cribaron 923 sujetos, 209 (22,6%) de los cuales —35% hombres y 65% mujeres— presentaron probable VH. La distribución por edad aumentó del 11,1% en la cuarta década al 44,4% en la novena década. El coeficiente kappa entre probable VH y diagnóstico definitivo fue de 0,83. El área bajo la curva ROC para el diagnóstico según el cuestionario OAB-V3 y la constatación de molestias percibidas y estrategias de afrontamiento fue del 92%. Los sujetos clasificados por OAB-V3 ≥ 3 tuvieron peor bienestar, mayor puntuación PPBC y peores parámetros en las puntuaciones OAB-q total y transformadas para cada subescala OAB-q ($p < 0,0001$). Su productividad laboral no se vio afectada ($p = 0,14$), pero sí la capacidad de realizar actividades cotidianas ($p < 0,0001$).

Conclusiones: OAB-V3 es un cuestionario simple para el cribado de VH con buena exactitud de predicción en atención primaria y que conlleva implicaciones importantes en la calidad de vida relacionada con la salud.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Overactive bladder;
Screening;
OAB-V3;
Primary care;
Health related
quality of life;
Labor productivity

Prevalence and characterization of overactive bladder detected in a population in Madrid with self-administered OAB-V3 questionnaire in Primary Care

Abstract

Objective: Determining the prevalence of symptoms suggestive of overactive bladder (OAB) in a Spanish population and evaluate the impact of these symptoms on well-being and labour productivity in this population.

Design: Transversal study.

Location: Primary health care, Madrid, Spain.

Participants: Males and females > 30 years.

Interventions: Classification by primary care physicians with the Overactive Bladder Awareness Tool abbreviated version (OAB-V3). Subjects with score ≥ 3 and a similarly balanced control population with score < 3 were clinically investigated.

Principal measurements: History, physical examination, urinalysis, sonography, general well-being scale and the questionnaires PPBC, OAB-q y WPAI-SHP.

Results: A total 923 subjects were screened, of which 209 (22.6%), 35% males and 65% females, had probable OAB. Age distribution increased from 11.1% in 4th decade to 44.4% in 9th decade. Kappa coefficient between suspected OAB and definite diagnosis was .83. The area under ROC curve for diagnosis based on OAB-V3 questionnaire and the presence of perceived bother and coping strategies was 92%. Subjects classified by score ≥ 3 had worse well-being, higher PPBC score and worse parameters on total OAB-q and transformed scores for each OAB-q subscale ($P < .0001$). In these subjects labour productivity was not affected ($P = .14$) but the capacity to perform regular activities was ($P < .0001$).

Conclusions: OAB-V3 is a simple questionnaire to screen OAB with good predictive accuracy in a primary care setting and reveals important implications on health related quality of life issues.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de vejiga hiperactiva (VH) es una afección común que afecta al 12-17% de los hombres y mujeres en Europa¹, con una prevalencia que aumenta con la edad. Por ello, este problema de índole sanitaria y social supone un impacto económico creciente². Los estudios de prevalencia de VH basados en la población en nuestro entorno son escasos, aunque estudios previos realizados en España describen una prevalencia estimada variable de entre el 10-22% de la población³⁻⁶. Esta variabilidad se debe

principalmente a diferencias en las definiciones empleadas, en los métodos de estudio y en las diferencias de sexo y edad en las muestras analizadas.

Por otro lado, el envejecimiento progresivo de la población y el reconocimiento relativamente reciente de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) de llenado en el varón también como VH⁷⁻⁹ hacen necesario llevar a cabo nuevos estudios poblacionales de base clínica para conocer mejor la prevalencia actual de la VH. Asimismo, aunque sabemos que este proceso puede implicar un severo impacto sobre la calidad de vida de los pacientes y en ocasiones

también en la productividad laboral^{10,11}, realmente desconocemos el impacto que los síntomas de VH causan desde una perspectiva psicológica y social en nuestro entorno.

La versión española de la escala *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3) ha demostrado buenas características sicométricas que avalan su uso como instrumento autoadministrado de cribado para detectar pacientes con probable VH en la población general en España¹². Esta herramienta se compone de 3 preguntas con respuestas cuantificadas en función de una escala Likert de 6 puntos (de 0 a 5) según las molestias percibidas por el paciente en relación con la frecuencia diurna, con la urgencia miccional o con la incontinencia de urgencia, respectivamente. La puntuación total varía de entre 0 y 15. Un resultado ≥ 3 se considera positivo para el cribado de VH en el entorno de medicina primaria¹³. Las principales ventajas de esta prueba frente a otras herramientas posibles de cribado son su simplicidad y fácil inteligibilidad^{10,12,13}.

El objetivo principal de este estudio es doble. Por un lado pretende evaluar la prevalencia de síntomas sugestivos de VH en pacientes adultos de más de 30 años de ambos sexos que asisten a la consulta de atención primaria en un área de Madrid (España) mediante el cuestionario OAB-V3 y, por otro, conocer la exactitud diagnóstica de la herramienta de cribado empleada. El objetivo secundario consiste en evaluar el impacto de los síntomas de VH en el bienestar y en la productividad laboral de esta población.

Pacientes y métodos

Diseño del estudio

Estudio observacional transversal llevado a cabo en 7 centros de atención primaria de salud en un área metropolitana del suroeste de Madrid correspondiente a los municipios de Getafe y Pinto, parcialmente coincidente con la antigua designación de Área Sanitaria 10 de Madrid, y en su unidad de referencia localizada en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Getafe. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación Clínica del Hospital Universitario de Getafe y por el Comité de Investigación en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. Sujetos consecutivos de ambos sexos de más de 30 años de edad que acudieron a atención primaria por cualquier causa fueron invitados a participar en este estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Todos los centros implicados reclutaron a la misma hora del día para evitar el sesgo de invitar de manera explícita pacientes que consultaran o que no consultaran síntomas urinarios. El objetivo fue evaluar al menos el 0,5% de la población total posible, cerrándose la captación de pacientes al superarse ampliamente esta cifra. Considerando que el porcentaje de pacientes con VH es descrito en otros estudios poblacionales como del 28%, la precisión del intervalo de confianza al 95% es del 3,1% para esta proporción, y para el caso de mayor variabilidad, si la proporción fuera del 50%, la precisión para el intervalo de confianza sería del 3,45%. A partir de este cribado de pacientes, se pretende llevar a cabo la comparación de diferentes características entre casos y controles, definidos a partir de la puntuación de la escala OAB-V3. Esta comparación se realiza incluyendo todos los casos, seleccionando

los pacientes cribados entre aquellos con valor de OAB-V3 ≤ 3 y una muestra de controles. Se consideró una afijación 2:1 entre casos y controles, con composición de edad y sexo equivalente, por la dificultad de realizar análisis posteriores a pacientes que no presentan enfermedad.

Fase de cribado de síntomas

Una vez que cada sujeto fue informado y firmó el consentimiento, en ese mismo momento se procedió a evaluar la presencia de síntomas de VH a través del cuestionario autoadministrado OAB-V3, previamente validado en castellano¹², que consta de 3 preguntas sobre molestias de síntomas (con respuesta graduada de 0 a 5 cada una) según frecuencia miccional, urgencia e incontinencia de urgencia, respectivamente. Estos datos son cardinales para la definición de VH según la *International Continence Society*¹⁴. El registro de los mismos fue realizado por el paciente en una plataforma electrónica de recogida de datos, delante de su médico. En la misma plataforma el médico registró la fecha de nacimiento y el género de cada sujeto. A medida que los sujetos fueron incluidos en el estudio, en cada centro de salud se rellenó una hoja de datos (nombre, apellidos y teléfono) para custodia del investigador principal siguiendo la Ley Orgánica de Protección de Datos. De esta forma pudo establecerse el contacto con los pacientes para llevar a cabo la segunda fase del estudio.

Los sujetos se clasificaron en la plataforma electrónica como control sano (OAB-V3 < 3) o sospecha de VH (OAB-V3 ≥ 3). Todos aquellos con sospecha de VH y una población similar en sexo y edad procedente de los controles registrados fueron investigados clínicamente en la consulta de atención especializada del centro hospitalario de referencia.

Fase de evaluación diagnóstica y caracterización clínica

La VH se caracteriza por la presencia de síntomas de urgencia urinaria y de incontinencia de urgencia, a menudo asociados con frecuencia urinaria o con nicturia, sin que se identifique una enfermedad local (generalmente vesical, pélvica o neurológica) o una explicación metabólica (p.e., diabetes mellitus o poliuria nocturna).

En la consulta de atención especializada se confirmaron los datos demográficos y se registraron preguntas independientes relativas a la salud vesical que evaluaron: síntomas nucleares descriptivos de VH (urgencia miccional, urgencia con incontinencia, nicturia y frecuencia urinaria), molestias asociadas a estos síntomas y presencia de una o más estrategias y/o conductas de afrontamiento de los síntomas vesicales por parte del sujeto, como modificar sus hábitos de vida en función de la presencia de un baño, modificar la ingesta de líquidos o no acudir a lugares sin baño. Además, se obtuvo en cada caso la historia clínica detallada con antecedentes médicos y quirúrgicos y toma de medicación en el último año, exploración física incluyendo exploración genital en las mujeres y examen rectal en los hombres, análisis de orina mediante tira reactiva y ecografía urológica con evaluación de riñones, vejiga y residuo posmiccional.

En esta misma visita se registraron también diversos cuestionarios autoadministrados para evaluar la calidad de vida

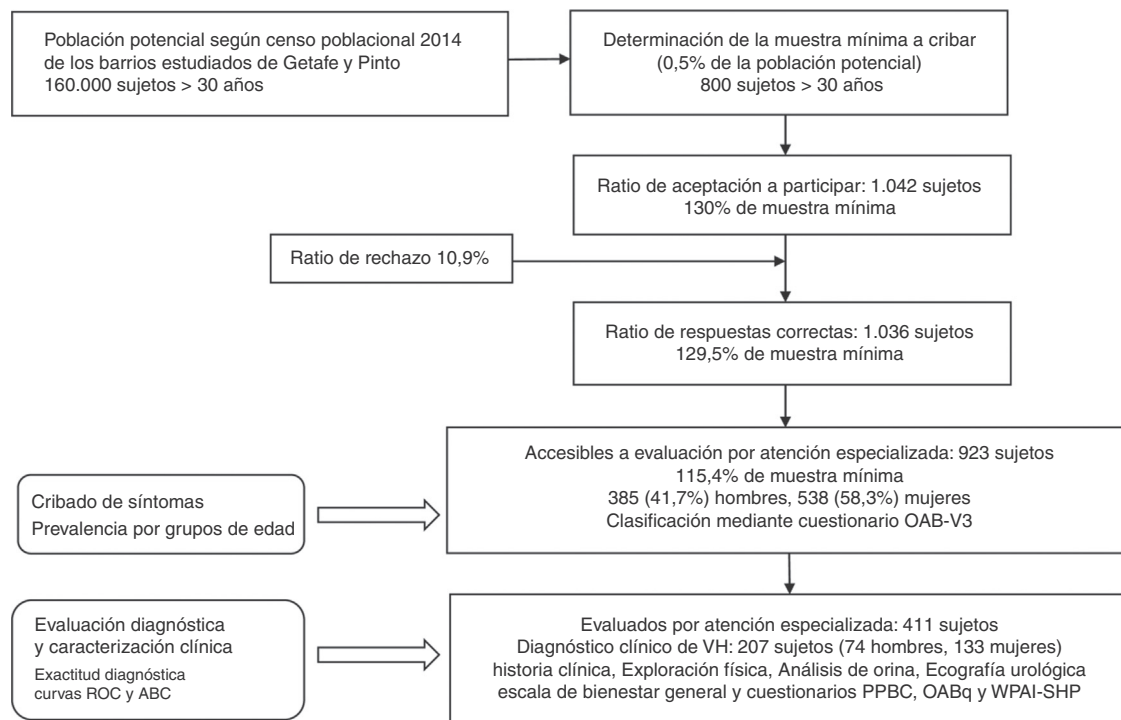
relacionada con la salud (CVRS) que incluyeron: escala de bienestar general (Likert lineal, de 0 a 100), *Patient Perception Bladder Condition* ([PPBC] escala que evalúa la percepción del paciente de su condición vesical, de 0 a 6)¹⁵ y el cuestionario *Overactive Bladder Questionnaire* ([OAB-q] escala de 33 ítems que puede evaluarse total o por dominios específicos para esferas de adaptación, preocupación, sueño y social). El análisis de factores exploratorios emplea un factor de carga definido para cada pregunta que componen los diferentes dominios¹⁶. También se evaluó el desempeño laboral general en las 4 semanas previas a la entrevista mediante el cuestionario *Work Productivity and Activity Impairment*

Questionnaire-Specific Health Problem (WPAI-SHP) modificado, a partir del cual se determinaron el número de días equivalentes de trabajo perdidos¹⁰. Finalmente, con este mismo cuestionario se evaluó si los síntomas registrados afectaban o no la capacidad para llevar a cabo las actividades regulares de su vida diaria, excluyendo las de su trabajo a sueldo. Este tipo de actividades cotidianas incluyen tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, deportes, estudios, etc.

Solo cuando se consideró clínicamente necesario se realizaron otras pruebas diagnósticas en visitas subsiguientes (p.e., cultivo de orina, cistoscopia, estudio urodinámico, evaluación neurológica, citología urinaria o determinaciones analíticas como creatinina sérica o antígeno prostático específico en varones). En estos casos con necesidad de pruebas especiales el diagnóstico fue reevaluado al mes de la primera visita en atención especializada, definiéndose así el diagnóstico clínico definitivo.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todos los datos recogidos. El contraste estadístico bilateral se realizó mediante el test de Fisher y el test de tendencia Cochran-Armitage, para un nivel de significación de $p < 0,05$. La comparación entre grupos se realizó con el test t de Student. Se evaluó el índice kappa de concordancia entre la escala OAB-V3 y el diagnóstico clínico. También se estableció y se realizó un análisis de la curva ROC. No hubo datos perdidos, por lo que todas las estimaciones se realizaron usando los datos disponibles. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SAS.



Esquema general del estudio: diagrama de flujo que describe los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 1 Características de la población en estudio

Sujetos evaluados en atención primaria, n = 923	
Edad, media (DE)	57,2 (12,2)
Grupos de edad, n (%)	
31-40	27 (2,9)
41-50	301 (32,6)
51-60	201 (21,8)
61-70	245 (26,5)
71-80	131 (14,2)
81-90	18 (2,0)
Sexo, n (%)	
Hombre	385 (57,8)
Mujer	538 (35,5)
Sujetos evaluados en atención especializada, n = 411	
Edad, media (DE)	57,8 (12,3)
Sexo, n (%)	
Hombre	177 (43,1)
Mujer	234 (56,9)
Diagnóstico clínico, n (%)	
Ningún diagnóstico	141 (34,3)
Vejiga hiperactiva	207 (50,4)
Incontinencia urinaria de esfuerzo	15 (3,6)
Hipertrofia prostática benigna	13 (3,2)
Prolapso	11 (2,7)
Infección urinaria	8 (1,9)
Accidente cerebrovascular	5 (1,2)
Parkinson	4 (1,0)
Diabetes mellitus	3 (0,7)
Cistitis crónica	3 (0,7)
Litiasis	1 (0,2)

Resultados

En el estudio de cribado participaron 923 sujetos, lo que supuso un 0,55% de la población potencial total de habitantes adultos de más de 30 años de edad en el entorno estudiado. Sus características demográficas se muestran en la [tabla 1](#). El valor medio de la puntuación OAB-V3 aumentó con la edad ($p=0,004$). Así mismo, fue superior en mujeres que en hombres ($2,38 \pm 3,2$ vs. $1,89 \pm 2,8$; $p=0,03$). No se detectó diferencias en la distribución de respuestas según el sexo en la pregunta relativa a molestias debidas a la frecuencia diurna ($p=0,5$), ni tampoco a las molestias debidas a la urgencia ($p=0,06$), pero sí en la pregunta relativa a molestias por incontinencia de urgencia, que resultó mayor en mujeres ($p=0,01$).

Los sujetos con $OAB-V3 \geq 3$ fueron 253 (27,4%), 92 (36,4%) hombres y 161 (63,6%) mujeres. Su proporción por grupos etarios fue del 11,1% en la tercera década, del 24,6% en la cuarta, del 26,9% en la quinta, del 28,6% en la sexta, del 32,8% en la séptima y del 50% en la octava. Los sujetos con $OAB-V3 \geq 3$ cuyos síntomas además fueron percibidos como molestos y que también presentaron estrategias de afrontamiento fueron 209 (22,6%), 73 (34,9%) hombres y 136 (65,1%) mujeres. Su proporción por tramos de edad fue del 11,1% en la tercera década, del 17,9% en la cuarta, del 21,4%

Porcentaje de frecuencia total

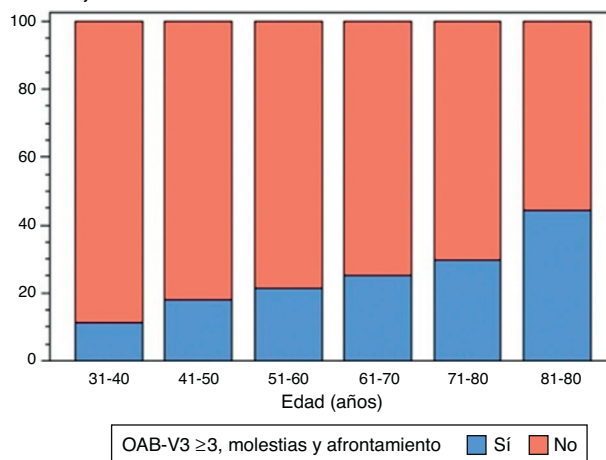


Figura 1 Porcentaje de frecuencia total de síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva (VH) detectados por puntuación ≥ 3 en el cuestionario *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3) por décadas (a partir de 30 años).

en la quinta, del 25,3% en la sexta, del 29,8% en la séptima y del 44,4% en la octava ($p=0,0001$) ([fig. 1](#)).

En el estudio de evaluación diagnóstica y caracterización clínica participaron 411 sujetos, el 44,5% de los 923 que habían participado en la fase de cribado. Se trataba de 252 sujetos con puntuación $OAB-V3 \geq 3$ y 159 con puntuación $OAB-V3 < 3$. Estos últimos fueron seleccionados aleatoriamente y accedieron a ser evaluados en consulta de atención especializada, siendo citados en grupos de 10. La composición de la muestra control se cerró una vez que se alcanzó la misma composición de sexo y edad que la muestra caso. Todos los sujetos fueron evaluados y se estableció el diagnóstico clínico definitivo ([tabla 1](#)).

El diagnóstico de VH fue confirmado en 207 pacientes (50,4% de los 411 evaluados). El coeficiente kappa entre el diagnóstico definitivo y la sospecha diagnóstica basada exclusivamente en la puntuación del cuestionario OAB-V3 fue de 0,73 (IC: 0,67-0,8). Entre los 252 sujetos con puntuación ≥ 3 , 202 (80,2%) fueron verdaderos positivos y 50 (19,8%) falsos positivos, mientras que de los 159 sujetos con puntuación < 3 , 154 (96,9%) fueron verdaderos negativos y 5 (3,1%) falsos negativos. El área bajo la curva ROC para predecir el diagnóstico de VH basándose exclusivamente en la puntuación del cuestionario OAB-V3 fue del 87% ([tabla 2](#), [fig. 2](#)). Cuando se aplicaron además criterios de presencia de molestias y de actitud de afrontamiento, el coeficiente kappa entre el diagnóstico definitivo y la sospecha diagnóstica se elevó a 0,83 (IC: 0,78-0,89). Así mismo, el área bajo la curva para predecir diagnóstico de VH empleando la combinación de $OAB-V3 \geq 3$, junto con molestias y estrategias de afrontamiento reconocidas, subió al 92% ([tabla 2](#), [fig. 2](#)). El contraste predictivo entre el cuestionario exclusivamente y el cuestionario implementado por las preguntas de índole clínica fue estadísticamente significativo ($p=0,0002$) ([tabla 2](#)).

Los pacientes clasificados por $OAB-V3 \geq 3$ mostraron menor bienestar global que aquellos con puntuación < 3 (43 ± 30 vs. $87,6 \pm 13,3$; $p < 0,0001$), mayor puntuación

Tabla 2 Estimadores de validez de la escala OAB-V3 para detectar sujetos con vejiga hiperactiva

	ABC	Sensibilidad	Especificidad	VPP (%)	VPN (%)	IY	Punto corte
OAB-V3 exclusivamente	0,8669	0,8016	0,9685	0,9758	0,7549	0,7701	≥ 3
OAB-V3 con molestias y afrontamiento	0,9197*	0,9952	0,9375	0,9400	0,8955	0,9327	≥ 3

ABC: área bajo la curva; IY: índice Youden; OAB-V3: *Overactive Bladder Awareness Tool*; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

* Z test, $p=0,0002$.

PPBC (Cochran-Armitage, $p<0,0001$) y parámetros más elevados en el cuestionario OAB-q, tanto en CVRS a nivel global ($18,5 \pm 14,7$ vs. $1,2 \pm 1,8$; $p<0,0001$) como para las puntuaciones de cada subescala transformada, entre las que se incluyen molestia de síntomas ($38,2 \pm 16,1$ vs. $6,4 \pm 7,35$; $p<0,0001$), adaptación ($33,4 \pm 19,5$ vs. $2,15 \pm 3,4$, $p<0,0001$), preocupación ($19,5 \pm 19,7$ vs. $1,5 \pm 3,4$; $p<0,0001$), interacción social ($16,1 \pm 18,4$ vs. $0,8 \pm 2,3$; $p<0,0001$) y sueño ($15,4 \pm 18,9$ vs. $1 \pm 2,5$; $p<0,0001$) (tabla 3).

El análisis de la productividad laboral reveló una tasa de sujetos empleados similar para sujetos con OAB-V3 ≥ 3 y OAB-V3 < 3 (50,2% vs. 55,35%; χ^2 , $p=0,3$). No obstante, los

sujetos con puntuación OAB-V3 ≥ 3 faltaron más horas al trabajo por problemas relacionados con la orina (2 ± 4 vs. $0,1 \pm 0,6$; $p<0,0001$) pero no por otros problemas ($0,3 \pm 1,5$ vs. $0,35 \pm 1,5$; $p=0,96$). Tampoco hubo diferencias en el cómputo de horas totales trabajadas ($40,7 \pm 10,2$ vs. $39,6 \pm 9,2$; $p=0,26$) ni en el número de días equivalentes de trabajo perdidos ($2,3 \pm 1,9$ vs. $4,0 \pm 3,2$; $p=0,14$) entre ambas poblaciones. Estos datos revelan que la productividad laboral no se afecta según la respuesta al cuestionario OAB-V3. Por otro lado, sí se detectaron diferencias en la capacidad para realizar actividades de índole cotidiana diferentes a las actividades de su trabajo a sueldo ($3 \pm 2,3$ vs. $0,85 \pm 1,4$; $p<0,0001$).

Tabla 3 Valores del *Overactive Bladder Questionnaire* (OAB-q), total y por dominios, para pacientes con sospecha de vejiga hiperactiva (OAB-V3 ≥ 3) y controles sanos (OAB-V3 < 3)

OAB-q	N	Media	DE	Min	Max	Mediana	RIC	IC 95%		p
								Inf	Sup	
<i>Total</i>										
Sospecha de VH	252	18,5	14,7	0	73,3	17,7	19,7	16,7	20,3	< 0,0001
Control sano	159	1,2	1,8	-3,3	10,7	0,7	1,3	0,9	1,5	
Total	411	11,8	14,3	-3,3	73,3	6,7	17,3	10,4	13,2	
<i>Molestia de síntomas</i>										
Sospecha de VH	252	38,2	16,1	5,7	77,5	37,5	26,25	36,2	40,2	< 0,0001
Control sano	159	6,4	7,35	0	40	2,5	12,5	5,25	7,55	
Total	411	25,9	20,5	0	77,5	22,5	35	23,9	27,9	
<i>Adaptación</i>										
Sospecha de VH	252	33,4	19,5	0	91,4	33,75	25	31	35,8	< 0,0001
Control sano	159	2,15	3,4	0	20	0	2,5	1,6	2,7	
Total	411	21,3	21,7	0	91,4	17,5	37,5	19,2	23,4	
<i>Preocupación</i>										
Sospecha de VH	252	19,5	19,7	-2,9	91,4	14,3	22,9	17	21,95	< 0,0001
Control sano	159	1,5	3,4	-2,9	22,9	0	2,9	1	2	
Total	411	12,5	17,9	-2,9	91,4	5,7	17,1	10,8	14,3	
<i>Interacción social</i>										
Sospecha de VH	252	16,1	18,41	0	100	12	24	13,8	18,4	< 0,0001
Control sano	159	0,8	2,3	0	20	0	0	0,4	1,15	
Total	411	10,2	16,3	0	100	4	12	8,6	11,8	
<i>Sueño</i>										
Sospecha de VH	252	15,4	18,9	0	92	8	22	13	17,7	< 0,0001
Control sano	159	1	2,5	0	16	0	0	0,6	1,4	
Total	411	9,8	16,45	0	92	4	12	8,2	11,4	

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; Inf: inferior; Max: máximo; Min: mínimo; RIC: rango intercuartílico; OAB-V3: *Overactive Bladder Awareness Tool*; Sup: superior; VH: vejiga hiperactiva.

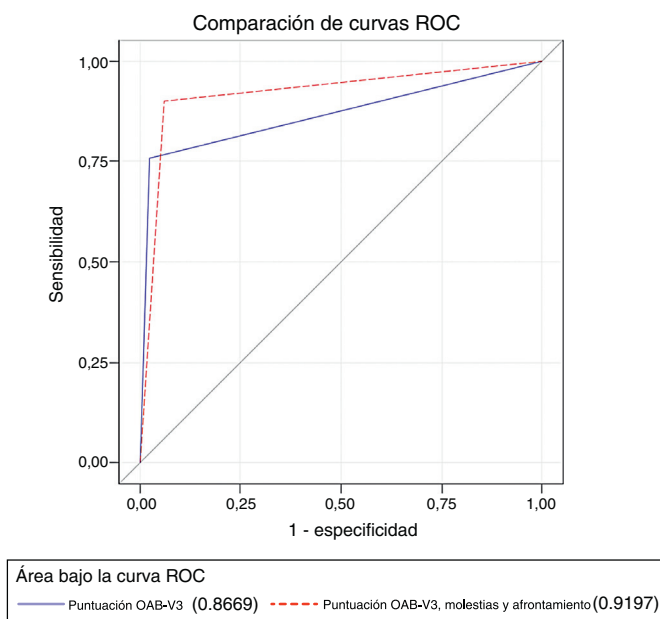


Figura 2 Curva ROC de exactitud diagnóstica de vejiga hiperactiva (VH) según el cuestionario *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3), de forma aislada y teniendo en cuenta molestias y actitudes de afrontamiento (área bajo la curva de 0,8669 y 0,9197, respectivamente; Z test, $p=0,0002$).

Discusión

La VH se caracteriza por la presencia de síntomas de urgencia urinaria y de incontinencia de urgencia, a menudo asociados con frecuencia urinaria o con nicturia, sin que se identifique una enfermedad local (generalmente vesical, pélvica o neurológica) o una explicación metabólica (p.e., diabetes mellitus o poliuria nocturna)¹⁷⁻¹⁹. Como la VH se define por síntomas, la percepción por parte del paciente constituye la mejor evaluación posible de efectividad al tratamiento²⁰ y los resultados descritos por el paciente, centrados en molestias derivadas de los síntomas y en CVRS, son los resultados más importantes y clínicamente relevantes^{11,15,21}, en especial ante la ausencia de otro tipo de medios más objetivos o fiables²².

Sabemos que la VH afecta a más de 22 millones de europeos de más de 40 años de edad²³, pero no hay muchos datos acerca de la prevalencia de síntomas de VH en poblaciones españolas. Los datos más sólidos al respecto son relativamente antiguos y revelaron una prevalencia de síntomas mediante registro telefónico asistido por ordenador del 21,5%, algo mayor en mujeres que en hombres⁴, aunque estos datos pueden estar infraestimados en la población de más de 65 años de ambos sexos⁵.

Cuando los pacientes presentan síntomas sugestivos de VH debe llevarse a cabo una evaluación básica que descarte otras enfermedades que pueden tener un cortejo sintomático similar (p.e., infección urinaria, diabetes, diversas afectaciones neurológicas, otras causas de STUI de llenado en varón). Además, la VH puede coexistir con obstrucción al flujo urinario especialmente en el varón, o con incontinencia de esfuerzo y prolapso en la mujer. Por ello, es importante que el médico lleve a cabo una exploración física y algunas

pruebas complementarias básicas como el análisis de orina o la ecografía vesical. No obstante, la falta de tiempo, y en ocasiones de medios, pueden ser factores limitantes para llevar a cabo el diagnóstico clínico definitivo en la consulta de atención primaria²⁴. Resulta interesante definir herramientas clínicas que ayuden a la detección de pacientes con VH en el entorno básico de salud, y cuanto más exactas y simples sean estas herramientas, mejor.

En un estudio previo se evaluó de forma telemática la capacidad de 2 instrumentos abreviados que derivan del cuestionario OAB-q (OAB-V8 y OAB-V3 en castellano) para detectar VH en la población española¹². La herramienta más breve OAB-V3 mostró una sensibilidad ligeramente superior, y una especificidad equiparable, a OAB-V8. En este nuevo estudio se confirma la utilidad clínica del instrumento abreviado OAB-V3 para el cribado de VH en atención primaria en una población de Madrid, con un 87% de precisión. Incluso, cuando el cuestionario autoadministrado se complementa con una mínima entrevista clínica, que pretende identificar molestias y estrategias de afrontamiento asociadas, la precisión para llevar a cabo el diagnóstico de VH aumenta al 92%. Otros autores han buscado diferentes herramientas que definen molestias y síntomas característicos de VH, con intención de evaluar el proceso de la forma más certera posible^{25,26}. Posiblemente la herramienta más empleada en este sentido haya sido el Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV), conocido también por sus siglas en inglés B-SAQ, que se ha empleado tanto en mujeres como en hombres²⁶⁻²⁸. Esta herramienta también se ha empleado para evaluar la prevalencia de VH en una población española⁶. Un estudio reciente compara la capacidad de OAB-V8 y de CACV para detectar VH y confirma su equivalencia, aunque CACV se comporta mejor que OAB-V8 para detectar síntomas de incontinencia de esfuerzo²⁹.

La exactitud de OAB-V3 en nuestra experiencia es muy elevada, especialmente si se combina con las cuestiones clínicas señaladas que identifiquen molestias y actitud de afrontamiento. Además, la comprobada simplicidad de OAB-V3 y su rápida respuesta la convierten en una herramienta óptima para ser utilizada en atención primaria¹². Ahora bien, será deseable llevar a cabo un estudio comparativo entre OAB-V3 y otras herramientas de posible utilidad en el diagnóstico y en el cribado del proceso, como son OAB-V8, CACV y diario miccional. Este estudio dará información sobre cuál es la forma óptima de cribado del proceso, pero hasta entonces parece apropiado considerar OAB-V3 como la herramienta ideal para el cribado de la VH y también un elemento útil para la evaluación simplificada de la CVRS y dominios relacionados en el paciente sintomático.

En conclusión, la prevalencia de la VH en Madrid coincide con las definidas en estudios previos, aunque podría ser incluso mayor en los grupos de edad más avanzada. El cuestionario simplificado OAB-V3 permite llevar a cabo un cribado del proceso en atención primaria y conlleva elevada exactitud para el diagnóstico clínico de VH. Tiene implicaciones importantes para definir el impacto de los síntomas de VH sobre el bienestar y otros resultados descritos por el paciente, aunque no se correlaciona con el eventual impacto que puede producir la VH sobre la productividad laboral.

Lo conocido sobre el tema

La versión española de la escala *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3) ha demostrado buenas características sicométricas que avalan su uso como instrumento autoadministrado de cribado para detectar pacientes con probable vejiga hiperactiva en la población general en España (Brenes et al., Medicina Clínica, 2014). Esta herramienta se compone de 3 preguntas con respuestas cuantificadas a partir de una escala Likert (de 0 a 5) según las molestias percibidas por el paciente en relación con la frecuencia diurna, con la urgencia miccional o con la incontinencia de urgencia, respectivamente. La posible utilidad de esta herramienta de cribado no se ha demostrado en un entorno de práctica clínica.

Qué aporta este estudio

Este estudio muestra que el cuestionario *Overactive Bladder Awareness Tool* (OAB-V3) es una prueba útil, sencilla y muy exacta para detectar pacientes con vejiga hiperactiva en el entorno básico de salud. Este estudio evalúa también la prevalencia actual de síntomas sugestivos de vejiga hiperactiva en pacientes adultos de más de 30 años, de ambos sexos, que asisten a la consulta de atención primaria en un área de Madrid (España). Finalmente, este estudio evalúa también el impacto de los síntomas de vejiga hiperactiva en el bienestar y en la productividad laboral de esta población.

Financiación

Este estudio ha sido realizado a través de la Fundación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe, gracias a la financiación específica de una beca concedida por Pfizer Inc (Proyecto Valida Clínico).

Conflicto de intereses

Confirmando que no hay conflicto de interés alguno y que los autores no han recibido remuneración o compensación por parte del laboratorio financiador del estudio. Tampoco los autores han recibido pagos para los viajes a congresos en los que se ha presentado derivados del laboratorio financiador del estudio. El financiador se hizo cargo de los gastos derivados del estudio, que incluyeron plataforma informática, análisis estadístico y labor administrativa. Estos gastos fueron gestionados a partir de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario de Getafe, que fue el ente receptor de la ayuda económica.

Bibliografía

1. 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.
2. Milson I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Wein AJ. Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: A systematic review. *Eur Urol.* 2014;65:79–95.
3. Milsom I, Stewart W, Thüroff J. The prevalence of overactive bladder. *Am J Manag Care.* 2000;6 Suppl. 11:S565–73.
4. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalence of overactive bladder in Spain: A population-based study. *Arch Esp Urol.* 2005;58:131–8.
5. Martínez Agulló 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.
6. Lugo Salcedo F, Sánchez Borrego R. Assessment of female prevalence of overactive bladder (OAB) in Barcelona using a self-administered screening questionnaire: The Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV). *Int Urogynecol J.* 2013;24:1559–66.
7. Arlandis Guzmán S, García Matres MJ, González Segura D, Rebollo P. Prevalence of lower urinary tract symptoms in patients with overactive bladder. Patient management in clinical practice. *Actas Urol Esp.* 2009;33:902–8.
8. Cambronero J, Arlandis S, Errando C, Mora AM. Profile of lower urinary tract symptoms in the male and their impact on quality of life. *Actas Urol Esp.* 2013;37:401–7.
9. Cambronero Santos J, Errando Smet C. Prevalence of storage lower urinary tract symptoms in male patients attending Spanish urology office. Urinary urgency as predictor of quality of life. *Actas Urol Esp.* 2016;40:621–7.
10. Angulo JC, Brenes FJ, Lizarraga I, Rejas J, Trillo S, Ochayta D, et al. Impact of daily number of urgency urinary incontinence episodes on overactive bladder patient reported outcomes. *Actas Urol Esp.* 2016;40:173–82.
11. Angulo JC, Brenes FJ, Ochayta D, Lizarraga I, Arumí D, Trillo S, et al. The effect of hyperactive bladder severity on healthcare utilization and labor productivity. *Actas Urol Esp.* 2014;38:249–56.
12. Brenes FJ, Angulo JC, Ochayta D, Rejas J, Arumí D, Cañadas A, et al. Psychometric validation of the OAB-V8 and OAB-V3 scales for the screening of patients with probable overactive bladder in the Spanish population. *Med Clin (Barc).* 2014;143:521–9.
13. Coyne KS, Margolis MK, Bavendam T, Roberts R, Elinoff V. Validation of a 3-item OAB awareness tool. *Int J Clin Pract.* 2011;65:219–24.
14. Wein AJ, Rovner ES. Definition and epidemiology of overactive bladder. *Urology.* 2002;60:7–12.
15. 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;49:1079–86.
16. Coyne K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, et al. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Qual Life Res.* 2002;11:563–74.
17. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:116–26.
18. Al-Zahrani AA, Gajewski JB. Association of symptoms with urodynamic findings in men with overactive bladder syndrome. *BJU Int.* 2012;110:E891–5.
19. Irwin DE, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Int.* 2009;103:202–9.

20. Leidy NK, Revicki DA, Genesté B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labelling and promotion. *Value Health*. 1999;2:113–27.
21. Khullar V, Amarenco G, Angulo JC, Blauwet MB, Nazir J, Odeyemi IA, et al. Patient-reported outcomes with the β 3-adrenoceptor agonist mirabegron in a phase III trial in patients with overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22844>.
22. Goldman HB, Anger JT, Esinduy CB, Zou KH, Russell D, Luo X, et al. Real-world patterns of care for the overactive bladder syndrome in the United States. *Urology*. 2016;87:64–9.
23. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int*. 2006;97:96–100.
24. García Matres MJ, Brenes Bermúdez 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.
25. López-Fando L, Carracedo D, Jiménez M, Gómez de Vicente JM, Martínez L, Gómez-Cañizo C, et al. Cost-effectiveness analysis of main diagnosis tools in women with overactive bladder. Clinical history, micturition diary and urodynamic study. *Actas Urol Esp*. 2015;39:40–6.
26. Jiménez Cidre MA, López-Fando L, Esteban M, Franco A, Arlandis S, Castro D, et al. How should we address the diagnosis of overactive bladder in women? *Actas Urol Esp*. 2016;40:29–36.
27. Espuña Pons M, Puig Clota M, Rebollo Alvarez P. Validation of the Spanish version of the Bladder control Self-Assessment Questionnaire (B-SAQ). A new screening instrument for lower urinary tract dysfunction. *Actas Urol Esp*. 2006;30:1017–24.
28. Sahai A, Dowson C, Cortes E, Seth J, Watkins J, Khan MS, et al. Validation of the bladder control self-assessment questionnaire (B-SAQ) in men. *BJU Int*. 2014;113:783–8.
29. Basra RK, Cortes E, Khullar V, Kelleher C. 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.