

LIBRO BLANCO

Manejo Integral del Suelo Pélvico

Incontinencia (urinaria/fecal/doble),
dolor pélvico crónico y disfunción
crónica miccional y defecatoria

Estudio *PelviOne*

LIBRO BLANCO

Manejo Integral del Suelo Pélvico

Incontinencia (urinaria/fecal/doble),
dolor pélvico crónico y disfunción
crónica miccional y defecatoria

Estudio *PelviOne*

AUTORES Y MIEMBROS DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López-Fando

COORDINADOR

Urología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Dr. Franco Marinello

Coloproctología. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

Dra. Isabel Montes

Rehabilitación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

Dr. Eduardo Morán

Urología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

Dra. Ana Belén Muñoz

Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Proyecto coordinado por Outcomes'10, a ProductLife Group Company.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

Citar como: López-Fando L, Marinello F, Montes I, Morán E, Muñoz AB. Manejo integral del suelo pélvico. Estudio PelviOne. Libro blanco. Castellón de la Plana; Outcomes'10 a ProductLife Group Company; 2026.

ISBN: 978-84-09-82210-2.

Edición digital: Abril 2026.

Número de depósito legal: CS 244-2026.



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	13
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	21
2. METODOLOGÍA.....	25
2.1. Revisión de la literatura	26
2.2. Grupos de trabajo multidisciplinares	27
2.3. Grupo focal con pacientes.....	31
2.4. Consulta Delphi nacional.....	31
3. PROCESO ASISTENCIAL ACTUAL Y NECESIDADES NO CUBIERTAS	33
3.1. Atención Primaria	35
3.2. Diagnóstico	36
3.3. Proceso de derivación.....	37
3.4. Abordaje multidisciplinar.....	38
3.5. Tratamiento	39
3.6. Seguimiento.....	40
4. PROCESO ASISTENCIAL OPTIMIZADO	45
4.1. Manejo del paciente en Atención Primaria.....	48
4.2. Manejo del paciente en especialidades no integradas en estructuras multidisciplinares	55
4.3. Manejo del paciente en Comités Multidisciplinares y Unidades de Suelo Pélvico	61
4.3.1. Comités Multidisciplinares	63
4.3.2. Unidades de Suelo Pélvico	64
4.3.3. Gestor de casos.....	66
4.4. Seguimiento y evaluación centrada en el paciente.....	68

5. ACCIONES PROPUESTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL	73
6. INDICADORES CLAVE.....	79
7. BENEFICIOS DEL MODELO PROPUESTO	85
8. POSIBLES BARRERAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL	89
9. CONCLUSIONES.....	93
10. BIBLIOGRAFÍA	95
11. ANEXO I. Resultados de la consulta Delphi.....	101
11.1. Variables sociodemográficas y relacionadas con la actividad profesional ...	101
11.2.Consulta Delphi.....	103
12. ANEXO II. Guías clínicas	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Composición del Comité Científico del proyecto.....	25
Tabla 2. Participantes de los grupos de trabajo multidisciplinares.....	28
Tabla 3. Resumen de necesidades no cubiertas identificadas a lo largo del proceso asistencial.....	41
Tabla 4. Resumen de recomendaciones sobre el manejo del paciente desde AP..	48
Tabla 5. Recomendaciones de antecedentes personales a valorar y anamnesis del paciente en AP.....	50
Tabla 6. Recomendaciones de pruebas diagnósticas y tratamientos a realizar desde AP.....	51
Tabla 7. Tabla resumen del proceso recomendado, criterios y síntomas de derivación desde AP.....	53
Tabla 8. Recomendaciones sobre el manejo del paciente desde las diferentes especialidades.....	56
Tabla 9. Características distintivas de un Comité Multidisciplinar y una Unidad Funcional propuesta para las Unidades de Suelo Pélvico.....	61
Tabla 10. Recomendaciones de composición, recursos e infraestructuras de los Comités Multidisciplinares y Unidades de Suelo Pélvico y sobre la presencia y rol del gestor de casos.....	62
Tabla 11. Propuesta de composición y recursos necesarios de los Comités Multidisciplinares/Unidad de Suelo Pélvico.....	65
Tabla 12. Recomendaciones referentes a la evaluación centrada en el paciente.....	68
Tabla 13. Principales resultados en salud y PROMs.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del proyecto PelviOne.....	26
Figura 2. Esquema del proceso asistencial actual del manejo de DSP.....	34
Figura 3. Esquema del proceso asistencial optimizado del manejo de DSP.....	47
Figura 4. Resumen de acciones propuestas	74
Figura 5. Indicadores clave del proceso asistencial optimizado.....	80
Figura 6. Beneficios del modelo propuesto.....	86
Figura 7. Resumen de barreras clasificadas por categorías.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

Abreviatura	Definición
ADOPEC	Asociación de Dolor Pélvico Perineal Crónico
AP	Atención Primaria
ASIA	Asociación de Incontinencia Anal y Urinaria
CACV	Cuestionario de Autoevaluación de Control de la Vejiga
CM	Comité Multidisciplinar
CSI	<i>Central Sensitization Inventory</i>
CVE20	Cuestionario Específico de Calidad de Vida para Pacientes con Estreñimiento
DD	Disfunción defecatoria
DE	Desviación Estándar
DI	Doble Incontinencia
DM	Disfunción miccional
DPC	Dolor pélvico crónico
DSP	Disfunciones de Suelo Pélvico
ENFURO	Asociación Española de Enfermería en Urología
EVA	Escala Visual Analógica
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria
FIQL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life Scale</i>
ICIQ	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire</i>
ICIQ-FLUTS	<i>ICIQ Female Lower Urinary Tract Symptoms</i>
ICIQ-MLUTS	<i>ICIQ Male Lower Urinary Tract Symptoms</i>
ICIQ-SF	<i>ICIQ Short Form</i>
IF	Incontinencia Fecal
IPSS	<i>International Prostate Symptom Score</i>
IU	Incontinencia Urinaria
KPI	<i>Key Performance Index (Indicadores clave de desempeño)</i>

Abreviatura	Definición
LARS	<i>Low Anterior Resection Syndrome Score</i>
LIS	Laboratory Information System
ME	Media
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence (guía NICE, Reino Unido)</i>
NRS	<i>Numeric Rating Scale</i>
OAB-q	<i>Overactive Bladder Questionnaire</i>
OASIs	<i>Obstetric Anal Sphincter Injuries</i>
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i>
PAD Test	Prueba de pérdida urinaria con compresa (Pad test)
PFDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire</i>
PGI-I	<i>Patient's Global Impression of Improvement</i>
PREM	<i>Patient Reported Experience Measures</i>
PRO	<i>Patient Reported Outcomes</i>
PROM	<i>Patient Reported Outcomes Measures</i>
PSA	<i>Prostatic Specific Antigen</i>
RIS	<i>Radiology Information System</i>
ROMA-IV	Criterios de Roma IV para trastornos funcionales gastrointestinales
SEECIR	Sociedad Española de Enfermería en Cirugía
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SERMEF	Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
SF-12	<i>Short Form Survey 12 Health Survey</i>
SNS	Sistema Nacional de Salud
TA	Terapias Avanzadas
USP	Unidad de Suelo Pélvico



RESUMEN EJECUTIVO

JUSTIFICACIÓN

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP), que incluyen la incontinencia urinaria y fecal, el dolor pélvico crónico, así como las alteraciones miccionales y defecatorias, presentan una elevada prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Se estima que entre el 10 y el 26 % de la población adulta presenta dolor pélvico crónico (1, 2), entre el 12 % y 14 % presenta incontinencia urinaria (3, 4) y entre el 5 y el 11 % presenta incontinencia fecal (5-10). En mujeres, la magnitud del problema se incrementa y se estima que, a escala global, hasta **el 40 % presentan DSP**, y un **25% de ellas convive con dos o más de estas disfunciones simultáneamente** (11).

A pesar de su alta prevalencia e impacto en la calidad de vida (12, 13), su manejo dentro del sistema sanitario es todavía fragmentado, unidisciplinar y falto de protocolos claros (14), con **demoras diagnósticas de hasta 36 meses**. Esta fragmentación asistencial se traduce en una **atención ineficiente y poco resolutive**, que **impacta negativamente en la calidad de vida del paciente** y dificulta la integración de su experiencia en el proceso. Además, conlleva un **aumento innecesario en el consumo de recursos sanitarios y costes**.

La implementación de **equipos multidisciplinares** que incluyan profesionales sanitarios que trabajen conjuntamente para poder optimizar el manejo de pacientes con DSP **mejoraría sustancialmente diversas de estas necesidades no cubiertas** y facilitaría la **optimización de los recursos sanitarios**. La evidencia constata los beneficios asociados a este abordaje multidisciplinar, con una reducción de hasta un 20 % de los procedi-

mientos quirúrgicos (15, 16), una disminución del 16 % de los cambios de estrategia terapéutica y una reducción del 25 % de los costes asociados a cirugía (15, 16). Además, este enfoque mejora la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente (17, 18).

Estos equipos multidisciplinares pueden articularse a través de dos estructuras complementarias: los **Comités Multidisciplinares** (CM) y las **Unidades de Suelo Pélvico** (USP). Los CM reúnen a profesionales de un mismo hospital para la valoración de casos complejos no resueltos en Atención Primaria (AP) o por otros especialistas. Las USP, por su parte, son estructuras hospitalarias estables, con recursos y personal propios, orientadas al abordaje conjunto de los casos de mayor complejidad. Aunque en la actualidad hay algunos hospitales que cuentan con USP, como ocurre en la Comunidad de Madrid (19), la mayoría de ellas carece de un enfoque verdaderamente multidisciplinar y de la estructura y la colaboración interprofesional necesarias.

Este libro blanco presenta las recomendaciones consensuadas para facilitar la implementación de un modelo asistencial optimizado y validado para el manejo de las DSP en España que incluya:

- **Un abordaje multidisciplinar de la DSP** que haga hincapié en la sintomatología de mayor complejidad.
- **Una potencial estructura de CM y USP** que permita su adecuada adaptación a los distintos sistemas autonómicos.
- **Un conjunto de recomendaciones y protocolos de actuación** para **optimizar el manejo de las DSP** desde una perspectiva interdisciplinar, que construya un proceso asistencial ideal con circuitos de derivación claros y defina el papel de cada actor dentro del proceso.
- **Los indicadores clave de salud y gestión de la calidad** para garantizar su funcionamiento y desarrollo sostenido.

METODOLOGÍA

El proyecto se estructuró en cuatro etapas:

1. **Revisión de la literatura:** para recopilar la evidencia científica publicada que permitió situar el contexto clínico y organizativo de la DSP.
2. **Grupos de trabajo multidisciplinares:** como eje central del diseño metodológico, se constituyeron seis grupos de trabajo multidisciplinares con profesionales de doce áreas asistenciales implicadas en el abordaje clínico y organizativo de

estas patologías: urología, ginecología, coloproctología, rehabilitación, medicina familiar y comunitaria, enfermería, psicología, gastroenterología, neurofisiología, anestesiología (unidad del dolor), radiología y continuidad asistencial, con un total de 41 profesionales sanitarios. Las seis sesiones de trabajo se desarrollaron en línea (noventa minutos por grupo) y contaron con una representación equilibrada de especialidades. En cada grupo de trabajo se definió un objetivo concreto:

- Análisis y detección de necesidades no cubiertas en el proceso asistencial actual.
- Definición del proceso asistencial optimizado.
- Identificación de acciones estratégicas para determinar el proceso asistencial optimizado.
- Establecimiento de resultados clínicos y humanísticos relevantes para la evaluación del paciente con DSP.
- Definición de criterios comunes de estructuración de los CM y USP.
- Integración de otras especialidades adicionales en el proceso asistencial.

Adicionalmente, se celebraron dos reuniones presenciales con 46 clínicos involucrados en el proyecto (cinco horas de duración por sesión), que permitieron validar y consolidar las líneas estratégicas del proceso asistencial propuesto.

3. Grupo focal con pacientes: con el objetivo de integrar la perspectiva del paciente y orientar el modelo hacia una atención más cercana, humana y centrada en su experiencia, se formó un grupo focal con diez pacientes diagnosticados con diferentes DSP. Durante la sesión, los participantes compartieron sus propias percepciones, experiencias y necesidades relacionadas con el manejo de la DSP. Los pacientes fueron identificados e invitados a participar a través de la Asociación para la Incontinencia Anal y Urinaria (ASIA).

4. Consenso Delphi nacional: con el fin de validar y consensuar, a escala nacional, las necesidades detectadas y las acciones propuestas para implantar un proceso asistencial optimizado en las DSP, se realizó una consulta Delphi en dos rondas de consenso, en las que el grado de acuerdo se valoró mediante una escala Likert de siete puntos. Se consideró que una recomendación alcanzaba consenso cuando al menos el 66 % de los panelistas expresó estar bastante o totalmente de acuerdo, o bastante o totalmente en desacuerdo con dicha recomendación. Los participantes fueron identificados con ayuda del Comité Científico y del resto de miembros de los grupos multidisciplinares. Las invitaciones se realizaron vía correo electrónico, a través de un enlace personal e intransferible.

RESULTADOS

1. Proceso asistencial actual y necesidades no cubiertas

El análisis del proceso asistencial actual de las DSP muestra deficiencias tanto estructurales como organizativas que repercuten negativamente en la calidad y eficiencia de la atención sanitaria de los pacientes.

Aunque AP suele ser el primer punto de contacto en la asistencia médica de los pacientes con DSP, se observa una insuficiente formación específica sobre estas patologías, así como una ausencia de protocolos estandarizados para la detección precoz y derivación eficaz de los casos. Esta situación contribuye a que un elevado porcentaje de pacientes no reciba un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado, lo que aumenta la carga para el paciente y para el sistema sanitario. A su vez, la participación de enfermería especializada es todavía escasa, a pesar de su importancia en la detección temprana y el acompañamiento de los pacientes.

Por otro lado, la falta de recursos, tiempo disponible en consulta y criterios estandarizados dificulta la realización de una anamnesis detallada y completa para una evaluación funcional. Estas limitaciones se traducen en retrasos en el diagnóstico que pueden alcanzar hasta 36 meses desde la aparición de los síntomas.

El proceso de derivación también se caracteriza por una marcada heterogeneidad y ausencia de protocolos consensuados, lo que genera una notable variabilidad clínica, inequidad en el acceso a las distintas especialidades y tiempos de espera prolongados. Todo ello da lugar a una fragmentación asistencial que se ve agravada por la limitada coordinación y comunicación entre profesionales.

Por lo tanto, a pesar de la complejidad clínica de las DSP, el abordaje multidisciplinar sigue siendo poco frecuente. La implantación de CM y USP es limitada o inexistente. Además, en los casos en los que están disponibles, su organización, estructura y dotación de recursos resultan insuficientes. En consecuencia, la coordinación asistencial depende en gran medida de la iniciativa individual de los profesionales.

En el ámbito del tratamiento, se observa una considerable variabilidad entre centros y una falta de claridad respecto a qué especialidad debe asumir la responsabilidad de iniciar la terapia, lo que se traduce en retrasos y duplicidades. Del mismo modo, recursos de gran valor como la rehabilitación o la psicología clínica permanecen infrautiliza-

dos, al no disponerse de protocolos consensuados que orienten su aplicación de forma sistemática. A ello se suma la ausencia de criterios definidos sobre la periodicidad, la duración y la responsabilidad en el seguimiento clínico.

2. Proceso asistencial optimizado y estrategias para su implementación

Gracias a los resultados obtenidos en los grupos de trabajo multidisciplinarios y el consenso Delphi, se define un proceso asistencial optimizado para el abordaje integral de las DSP. Este modelo establece criterios de derivación claros e incluye la creación de CM y USP, junto con la participación de actores clave como la enfermería gestora de casos. La creación de las USP y los CM permitiría la realización de consultas conjuntas, una mejor derivación desde AP y especialistas, la reducción de tiempos diagnósticos y un inicio temprano del tratamiento.

Manejo del paciente desde Atención Primaria

En este modelo, AP asume el papel de detección temprana, gracias a la elaboración de una anamnesis dirigida, una historia clínica completa y solicitud de pruebas específicas, y ofrece un abordaje inicial conservador, que incluye tratamiento farmacológico y protocolo de fisioterapia.

En los casos refractarios al tratamiento ofrecido en AP, la derivación a niveles superiores debe diferenciarse en función de la complejidad del caso:

- Casos complejos: aquellos que presentan dos o más disfunciones asociadas (urinaria, fecal o sexual, dolor o prolapso de órganos pélvicos), que requieren abordajes multimodales o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presentan antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos. Estos pacientes deben ser remitidos directamente a un CM o una USP.
- Casos no complejos: aquellos que presentan una única disfunción o síntoma, que no requieren un abordaje multimodal o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y que no presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos. Estos pacientes son remitidos a un especialista hospitalario.

El abordaje multimodal se entiende como un enfoque terapéutico que implica la participación coordinada de varios especialistas o la combinación de distintas modalidades diagnósticas y terapéuticas, con el objetivo de abordar de forma integral las distintas dimensiones de la DSP.

Manejo del paciente desde especialidades hospitalarias (no integradas en estructuras multidisciplinares)

En el ámbito hospitalario, el manejo de las DSP en pacientes no complejos debe organizarse en torno a las especialidades de referencia, delimitando con claridad los ámbitos de actuación:

- **Urología:** incontinencia urinaria, disfunción miccional/de vaciado y dolor pélvico crónico.
- **Coloproctología:** incontinencia fecal, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico.
- **Ginecología:** mujeres con incontinencia urinaria, prolapso genital o dolor pélvico crónico.
- **Rehabilitación:** pacientes con incontinencia fecal, incontinencia urinaria, disfunción miccional/de vaciado, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico, tras la valoración inicial en las especialidades mencionadas.
- **Digestivo:** pacientes con incontinencia fecal con especial afectación por estreñimiento/diarrea y que requiera de un tratamiento farmacológico.
- **Unidad del dolor:** pacientes con dolor pélvico crónico sin problemas funcionales asociados y que requiera de una técnica intervencionista.
- **Radiología y neurofisiología:** pacientes que requieran de diagnósticos concretos, utilizando recursos y herramientas propios de su especialidad.
- **Psicología:** apoyo a pacientes vulnerables o con necesidades de atención emocional.

Si después de tres meses de tratamiento no se observa mejoría clínica, existe baja adherencia terapéutica y deterioro de la calidad de vida, o surgen nuevas disfunciones, se recomienda la derivación del paciente a un CM o una USP.

Comités Multidisciplinares y Unidades de Suelo Pélvico

Los CM se conciben como espacios de coordinación clínica implantados en hospitales de segundo nivel, entendidos como centros que combinan AP con servicios de cierta complejidad y proporcionan un seguimiento a pacientes que no requieren cuidados intensivos. Estos comités integrarían de forma esencial ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación, digestivo, psicología, Unidad del Dolor y enfermería, con la participación complementaria de radiología y neurofisiología.

Para un funcionamiento efectivo, deben disponer de:

- Agendas periódicas de especialistas.
- Salas de reuniones y exploración.

- Protocolos de derivación.
- Registro de actas de consulta.
- Personal auxiliar de apoyo.
- Un sistema de coordinación rotatoria que garantice continuidad y corresponsabilidad.

Las USP, por su parte, se proponen como estructuras permanentes con capacidad asistencial directa, ubicadas en hospitales de referencia. Su composición esencial la formarían ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación y enfermería y contaría de manera complementaria con digestología, psicología, radiología, neurofisiología y la unidad del dolor.

Para garantizar su eficacia, las USP deberían contar con:

- Consultas conjuntas y agendas compartidas.
- Salas de reunión y de exploración.
- Quirófanos especializados.
- Bases de datos actualizadas.
- Personal de apoyo administrativo, incluyendo un *data manager*.

Siempre que sea posible, se recomienda que las valoraciones se realicen en consultas conjuntas por al menos dos especialidades.

La enfermería gestora de casos desempeña un papel esencial tanto en los CM como en las USP. Su función principal es coordinar pruebas, garantizar la continuidad asistencial y acompañar al paciente durante todo su recorrido. Aunque no se trata de una figura actualmente implantada en la práctica clínica, los excelentes resultados obtenidos en otros ámbitos como el oncológico sugieren que su incorporación podría aportar importantes beneficios a las USP. Este rol refuerza la transversalidad de la enfermería, que se convierte en un eje integrador del tratamiento y el seguimiento a lo largo de todos los niveles asistenciales.

Seguimiento y evaluación centrada en el paciente

El seguimiento debería contemplar la evolución clínica, la respuesta terapéutica, la adherencia, la presencia de efectos adversos y la necesidad de escalar a tratamientos avanzados cuando los iniciales no resulten eficaces. En caso de mejoría por parte de pacientes en especialidades hospitalarias no integradas en CM o USP, estos serían derivados a AP para continuar su seguimiento entre uno y seis meses, según la patología

y la sintomatología. En los casos de pacientes en CM o USP con evolución favorable, se derivarían a AP o a la especialidad correspondiente para un seguimiento estructurado de entre uno y seis meses, según la patología y la sintomatología.

Dentro de este proceso, se propone que el paciente tenga un papel activo, facilitándole el acceso a información clara y formación específica para favorecer la adherencia, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad en el manejo de la enfermedad. Asimismo, resulta fundamental explicar al paciente el plan terapéutico y ajustar en todo momento sus expectativas respecto a los tratamientos, asegurando así una comprensión realista y participativa del proceso asistencial. En este contexto, los resultados reportados por los propios pacientes permiten integrar de manera sistemática su experiencia y calidad de vida en la evaluación de los tratamientos.

Para garantizar una medición adecuada y comparable, se recomienda el uso de herramientas estandarizadas según la patología. El uso sistemático de estos instrumentos, junto con registros clínicos como diarios miccionales y defecatorios, facilita la evaluación de la eficacia de las intervenciones, permite monitorizar la carga sintomática y asegura que el proceso asistencial se mantenga realmente **centrado en el paciente**.

CONCLUSIONES

Este proyecto propone un modelo asistencial optimizado y adaptado a las necesidades específicas del abordaje de las DSP, alineado con la evidencia científica más reciente y con las recomendaciones de expertos clínicos. La integración estructurada de CM, USP y la figura del gestor de casos representa una mejora de la eficiencia organizativa, la calidad asistencial y la equidad en el acceso a cuidados especializados.

Es imprescindible la creación de CM y USP, ya que la implementación de este modelo no solo mejoraría la atención, sino que permitiría reducir significativamente los tiempos diagnósticos, optimizar el uso de los recursos disponibles y homogeneizar las prácticas clínicas, garantizando una atención equitativa y de calidad, promoviendo resultados sostenibles y mejorando la salud de los pacientes.

Las disfunciones del suelo pélvico (DSP) engloban un conjunto de alteraciones clínicas que pueden incluir la incontinencia urinaria o fecal, el dolor pélvico crónico y disfunciones miccionales, defecatorias o sexuales (20). Estas patologías se caracterizan por síntomas y cambios anatómicos que alteran el funcionamiento normal de la musculatura del suelo pélvico, ya sea debido a una falta de coordinación de los músculos que la componen o a una hiperactividad o hipoactividad de los mismos (21).

La prevalencia del dolor pélvico crónico se sitúa entre el 10 y el 26 % (1, 2) y es similar a la de la incontinencia urinaria, con una prevalencia en población adulta de entre un 12 y un 14 % (3, 4), y a la de la incontinencia fecal, que está entre un 5 y un 11 % (5-10). Sin embargo, se estima que hasta un 40 % de las mujeres presenta algún tipo de DSP a lo largo de su vida y hasta un 25 % de ellas convive con dos o más de estas disfunciones simultáneamente (11, 22). Además, se ha observado que el porcentaje de pacientes que combinan dos o más DSP puede aumentar hasta cerca del 50 % con la edad (23, 24), que es un importante factor de riesgo asociado.

Las DSP no solo impactan negativamente la calidad de vida física de los pacientes, sino que también afectan considerablemente su bienestar emocional y social, limitan su autonomía y afectan la vida laboral y personal, especialmente en aquellos casos en los que la patología no recibe un correcto abordaje (12, 13, 25-28). Distintos trabajos apuntan a una asociación entre la presencia de distintas DSP y una reducción de la calidad de vida en todos sus dominios, con diferencias significativas en todos los subgrupos sintomáticos (12, 13, 29, 30), y se observa un mayor impacto en mujeres que en hombres (12, 29). Asimismo, la coexistencia de múltiples DSP en un paciente agrava

considerablemente el impacto en su calidad de vida, tanto físico como emocional (31). Se ha observado que los pacientes que padecen dolor pélvico crónico junto con alguna sintomatología adicional (urinaria, fecal, sexual o prolapso) experimentan un deterioro más pronunciado de la calidad de vida respecto a los pacientes que no padecen dolor pélvico crónico (32). Previsiblemente, el elevado impacto epidemiológico y social de estas patologías podría verse incrementado en un futuro debido al envejecimiento progresivo de la población (23).

A pesar de su prevalencia y su elevado impacto en la calidad de vida del paciente, el abordaje actual de las DSP sigue siendo subóptimo y muy fragmentado, predominantemente unidisciplinario y carente de estructuras bien definidas (33). Asociaciones de pacientes, como la Asociación de Dolor Pélvico Perineal Crónico (ADOPEC), el Grupo de Trabajo de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) o la Asociación de Incontinencia Anal y Urinaria (ASIA), han puesto de manifiesto la falta de diagnósticos rápidos, la escasa implementación de enfoques de trabajo multidisciplinares y la ausencia de protocolos claros de derivación (34-36).

Esta falta de integración genera elevados costes para el sistema sanitario y costes indirectos ligados a la pérdida de productividad laboral y la carga familiar (37). En Europa, la carga económica anual de la incontinencia urinaria es considerablemente mayor en mujeres (hasta 55.700 millones de euros) que en hombres (13.500 millones). Adicionalmente, se espera que los costes superen los 100.000 millones de euros en la población general en el año 2030 (38).

En España, el coste anual de la incontinencia urinaria se sitúa en 5.400 millones de euros, con un gasto medio anual por persona de unos 1.126 euros (38), siendo el tercer país de la Unión Europea que más gasta en el tratamiento de esta patología (38). Asimismo, se estima que el coste medio por paciente asociado a la incontinencia fecal en un periodo de diez años puede situarse en torno a los 11.000 euros para el tratamiento sintomático, 17.351 euros para la neuroestimulación sacra y superar los 25.000 euros en el caso de las colostomías definitivas (39). Esta carga económica es en parte generada por procesos asistenciales fragmentados: la necesidad de múltiples consultas, pruebas e intervenciones a menudo repetidas, así como demoras diagnósticas y tratamientos crónicos ineficaces y desajustados respecto a las necesidades clínicas y/o personales del paciente (14).

Las Unidades de Suelo Pélvico (USP) y los Comités Multidisciplinares (CM) pueden constituir una propuesta altamente eficaz para optimizar y promover un abordaje integral de las DSP y ofrecer un enfoque multidisciplinar, que permita diagnósticos

más precisos y tratamientos más eficaces a través de consultas conjuntas de distintos especialistas (14, 17, 40). Dentro de estas estructuras, la enfermería especializada desempeña un rol fundamental en el cribado, la educación del paciente y la coordinación asistencial (41). Varios estudios y guías clínicas respaldan que los equipos multidisciplinares mejoran los resultados clínicos, agilizan la atención y optimizan el uso de recursos sanitarios (41, 42).

A pesar de que diversos trabajos han demostrado que la implementación de este modelo permite una reducción de entre el 15 y el 20 % de los procedimientos quirúrgicos, un 16 % menos de cambios de tratamiento por falta de eficacia y una disminución del 25 % de los costes asociados a cirugía (15, 16), el desarrollo de USP en España es bastante limitado. Aunque su número ha aumentado en los últimos años (19), las USP siguen siendo insuficientes y su composición y su funcionamiento, heterogéneos (14, 19), tanto en el ámbito organizativo como en términos de recursos disponibles. Cabe señalar que algunos CM y USP actualmente existentes no reúnen los requisitos mínimos para considerarse como tales. En la práctica, funcionan como estructuras con escasa coordinación asistencial real e integración efectiva entre profesionales (43).

Adicionalmente, la inclusión de la perspectiva del paciente dentro del proceso asistencial es otro aspecto esencial para el correcto abordaje de las DSP. Se ha evidenciado que los pacientes pueden percibir erróneamente que las DSP son parte inevitable del envejecimiento o bien que carecen de tratamientos eficaces (44). Este desconocimiento, junto con la falta de información clara y coherente proporcionada por los profesionales sanitarios a pacientes y familiares durante los procesos de tratamiento, así como la escasa comprensión de la enfermedad, dificulta considerablemente su diagnóstico y tratamiento (44, 45). La perspectiva del paciente aporta un valor añadido esencial en la atención sanitaria y existen líneas de investigación prometedoras orientadas a responder mejor a sus necesidades, como el uso de aplicaciones móviles para optimizar el manejo clínico y mejorar la satisfacción del paciente (46). Sin embargo, a pesar de estas iniciativas, en la práctica clínica habitual este enfoque todavía no se está aplicando de forma sistemática, por lo que persisten importantes deficiencias en la atención.

Por todo ello, resulta imprescindible establecer estrategias de diagnóstico precoz y tratamiento integral de las DSP y promover un modelo asistencial que permita reducir el impacto clínico, social y económico de estas patologías. La definición de recomendaciones basadas en la evidencia científica y la opinión de expertos para el manejo de las DSP puede contribuir a optimizar el manejo de la enfermedad y a avanzar hacia un sistema sanitario más eficiente, equitativo y centrado en el paciente.

Este libro blanco presenta una propuesta consensuada de modelo asistencial optimizado para el abordaje de las DSP en España, junto con recomendaciones organizativas, clínicas y de evaluación.



El proyecto PelviOne se ha llevado a cabo bajo la dirección científica y metodológica de su Comité Científico, garantizando la autonomía y el rigor de todas las conclusiones y recomendaciones presentadas, y con el soporte financiero de Medtronic Ibérica S.A. El Comité Científico estuvo compuesto por un coordinador principal y cuatro profesionales sanitarios de distintas especialidades y áreas asistenciales (tabla 1). La inclusión de estas especialidades responde a la necesidad de reflejar la complejidad clínica y organizativa de las DSP, al requerir un abordaje multidisciplinar y transversal. Este enfoque permitió integrar perspectivas de profesionales sanitarios de diferentes áreas asistenciales y garantizar unos resultados representativos.

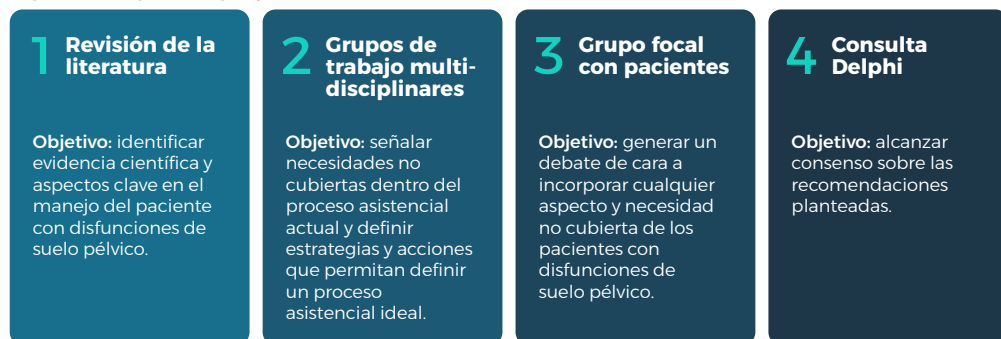
Tabla 1. Composición del Comité Científico del proyecto.

	Profesional	Centro	Especialidad
Miembros del Comité Científico	<i>Dr. Luis López-Fando*</i>	Hospital Universitario La Princesa	Urología
	Dr. Franco Marinello	Hospital Universitari Vall d'Hebron	Coloproctología
	Dra. Isabel Montes	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín	Rehabilitación
	Dr. Eduardo Morán	Hospital Universitari i Politècnic La Fe	Urología
	Dra. Ana Belén Muñoz	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Ginecología

* *Coordinador del proyecto*

El proyecto se desarrolló en cuatro etapas (figura 1) en las que participaron tanto profesionales sanitarios, incluyendo todas las especialidades involucradas en el manejo de las DSP, como pacientes.

Figura 1. Etapas del proyecto PelviOne.



2.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Se realizó una revisión sistemática de la literatura en la base de datos internacional PubMed, utilizando términos estandarizados MeSH (*Medical Subject Headings*) y de texto libre (tanto en inglés como en español), combinados mediante los operadores booleanos «OR» y «AND», con el objetivo de esclarecer el contexto y los aspectos clave del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con DSP. La búsqueda incluyó tanto patologías de interés como temáticas relacionadas con la gestión clínica, la calidad de vida, la coordinación asistencial, la carga de la enfermedad, la atención multidisciplinar, los costes, los resultados en salud y las medidas reportadas por los pacientes.

Por último, se complementó con una búsqueda manual en literatura gris mediante *Google Scholar* y con la consulta de guías de práctica clínica y consensos publicados por las principales sociedades científicas en este ámbito, como la Sociedad Europea de Urología, la Asociación Española de Urología, la Sociedad Europea de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

2.2. GRUPOS DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARES

Se constituyeron seis grupos de trabajo multidisciplinares, de entre seis y ocho profesionales sanitarios cada uno, seleccionados por consenso entre el coordinador y el Comité Científico.

Inicialmente, se realizaron seis sesiones de trabajo en línea (noventa minutos por grupo) en las que participaron 41 profesionales de doce especialidades y áreas asistenciales implicadas en el abordaje clínico y organizativo de las DSP: urología, ginecología, coloproctología, rehabilitación, medicina familiar y comunitaria, enfermería, psicología, digestología, neurofisiología, anestesiología, radiología y continuidad asistencial (ver tabla 2). Estos grupos de trabajo tuvieron como objetivos principales:

- **Grupo 1:** analizar el proceso asistencial actual y detectar necesidades no cubiertas y oportunidades de mejora en las distintas fases del itinerario asistencial.
- **Grupo 2:** definir el proceso asistencial optimizado considerando un enfoque integral a través de la inclusión de especialistas involucrados en el proceso.
- **Grupo 3:** profundizar en estrategias e intervenciones en la práctica clínica habitual que se llevarían a cabo en el proceso asistencial optimizado, con el fin de mejorar el abordaje de pacientes.
- **Grupo 4:** identificación de resultados en salud e instrumentos de medida para su evaluación en las distintas DSP.
- **Grupo 5:** determinar los elementos clave, la composición y el uso de recursos de los CM y USP para permitir un abordaje integral, coordinado y dinamizado.
- **Grupo 6:** integrar la visión y papel de especialidades adicionales (anestelistas, neurofisiólogos, radiólogos y psicólogos) en el manejo de pacientes complejos.

Para favorecer un debate técnico sólido, se distribuyeron materiales de trabajo previos y resúmenes posteriores que facilitaron la consolidación de conclusiones.

Posteriormente, se celebraron dos reuniones presenciales, de cinco horas cada una, en dos días consecutivos, con un total de 46 profesionales sanitarios [urología (n=6), coloproctología (n=5), ginecología (n=5), rehabilitación (n=5), digestivo (n=4), medicina familiar y comunitaria (n=6), enfermería (n=6), psicología (n=2), neurofisiología (n=2), anestesiología (n=2), radiología (n=2) y continuidad asistencial (n=1)] (tabla 2). Estas sesiones permitieron validar los consensos alcanzados previamente, alinear visiones clínicas y organizativas y consolidar las líneas estratégicas del proceso asistencial propuesto.

La primera sesión tuvo como objetivo facilitar el intercambio de ideas basándose en los datos extraídos de las sesiones en línea y ampliar el consenso de los profesionales a través del formato *World Café* (que genera un entorno diseñado para determinar la información relevante desde la perspectiva de los especialistas y llegar a un consenso final). Esta dinámica, con una duración total de 2 horas y 15 minutos, se estructuró en cuatro grupos de trabajo, cada uno dedicado a un panel temático:

- **Grupo 1:** proceso asistencial actual.
- **Grupo 2:** proceso asistencial ideal.
- **Grupo 3:** acciones en práctica clínica a llevar a cabo en el proceso asistencial ideal.
- **Grupo 4:** resultados en salud. Priorización de PROMs.

Cada grupo estuvo formado por un miembro del Comité Científico como líder, responsable de dinamizar la discusión y validar las conclusiones. Los participantes rotaron por todos los paneles, mientras que los líderes permanecieron fijos. Al finalizar la dinámica, se realizó una sesión plenaria de puesta en común, en la que se definieron de manera consensuada las principales áreas de mejora del proceso asistencial.

La segunda sesión se organizó en torno a mesas redondas y paneles colaborativos, con una duración de 3 horas. Se establecieron tres mesas de discusión:

- **Mesa 1:** historia básica de suelo pélvico y tratamientos básicos y avanzados.
- **Mesa 2:** derivación entre especialidades.
- **Mesa 3:** composición del CM y/o creación de la USP.

Los panelistas fueron alternando su participación en cada mesa. Posteriormente, en una sesión final de 1 hora, se presentaron las conclusiones alcanzadas y se definieron los pasos siguientes del proyecto.

Tabla 2. Participantes de los grupos de trabajo multidisciplinarios.

Especialidad	Profesional	Centro	Grupos online	Reunión presencial
 Urología	Dr. Jose Miguel Gómez de Vicente	H. U. Getafe	X	X
	Dr. Luis López-Fando*	H. U. La Princesa	X	X
	Dr. Eduardo Morán	H. U. La Fe	X	X
	Dr. Lluís Peri	H. U. Clínic Barcelona	X	X
	Dr. Ricardo Silva	H. U. Santa María Lisboa	X	X
	Dr. Sergio Zubillaga	H. U. Marqués de Valdecilla	X	X

* **Coordinador del proyecto** | En **negrita**: miembros del Comité Científico.

Especialidad	Profesional	Centro	Grupos online	Reunión presencial
 Coloproctología	Dra. Elena Bermejo	H. U. La Princesa	X	X
	Dr. Javier García Septiem	H. U. La Princesa	X	X
	Dr. Franco Marinello	H. U. Vall D'Hebron	X	X
	Dra. Arantxa Muñoz	H. U. Moisés Broggi	X	X
	Dra. Isabel Pascual	H. U. La Paz	X	X
 Ginecología	Dra. Miriam Campos	H. U. Bellvitge	X	
	Dr. Rafael Hernández	H. U. Ramón y Cajal	X	
	Dra. Ana Belén Muñoz	H. U. Marqués de Valdecilla	X	X
	Dr. Oriol Porta	H. U. Mutua Terrassa	X	X
 Rehabilitación	Dr. Jordi Sabadell	H. U. Vall D'Hebron	X	
	Dra. Ana Borobia	H. U. La Paz	X	X
	Dra. María García Bascones	H. U. de Toledo	X	X
	Dra. Lourdes Gil Fraguas	H. U. Guadalajara	X	X
	Dra. Isabel Montes	H. U. de Gran Canaria Dr. Negrín	X	X
 Medicina Familiar y Comunitaria	Dra. María Antònia Vila	Coordinadora del grupo de trabajo incontinencia urinaria de la CAMFIC	X	X
	Dr. Higinio Flores	Presidente SEMG	X	X
	Dra. Noelia Fontanillas	Grupo de Trabajo de Digestivo SEMERGEN	X	X
	Dra. Lorena Campo	Grupo de Trabajo de Digestivo de SEMERGEN	X	X
	Dr. Francisco José Brenes	Grupo de Trabajo de Ne-frourología de SEMERGEN	X	X
	Dra. Mercedes Ricote	Coordinadora del Grupo de Trabajo de Patología Digestiva de SEMERGEN	-	X
 Enfermería	Sra. Irene Ávila	Líder de grupo de trabajo de Incontinencia. Comité científico SEECIR	X	X
	Sr. Francisco Cegri	Vicepresidente FAECAP	X	X
	Sra. Elena Alcaraz	Tesorera ENFURO	X	X
	Sr. Jose Luis Cobos	Vicepresidente III del Consejo General de Enfermería	X	X
	Sr. Carlos Lorenzo	Secretario ENFURO	-	X
	Sr. José Jerez	Presidente SEECIR	X	X

En negrita: miembros del Comité Científico.

Especialidad	Profesional	Centro	Grupos online	Reunión presencial
 Digestivo	Dra. Elizabeth Barba	H. U. Clínic Barcelona	X	X
	Dr. Alberto Ezquerro	H. U. Clínic Barcelona	X	X
	Dra. Maria Teresa Pérez	H. U. La Princesa	-	X
	Dr. Cecilio Santander	H. U. La Princesa	X	-
 Radiología	Dra. M ^a Isabel Díez	H. U. Gregorio Marañón	X	-
	Dra. Isabel Salmerón	H. U. La Princesa	X	-
 Neurofisiología	Dra. Lorena Carolina	H. U. La Princesa	X	-
	Dra. Cecilia Luque	H. U. La Princesa	X	-
 Anestesiología	Dr. Agustín Mendiola	H. U. Puerta del Hierro	X	-
	Dr. Jose Manuel Trinidad	H. U. Puerta del Mar	X	-
 Psicología	Sra. Olatz López	Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)	X	-
	Sr. Antonio Riera Col	Centro Sanitario ALIAS Psicología. Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares	X	-
 Continuidad asistencial	Dr. Rodolfo Romero	H. G. U. Gregorio Marañón	X	X

2.3. GRUPO FOCAL CON PACIENTES

Con el objetivo de incorporar la perspectiva de los pacientes en el diseño del modelo, se formó un grupo focal con diez pacientes con DSP, identificados e invitados a través de la asociación de pacientes ASIA. Este espacio permitió recoger sus percepciones, necesidades y expectativas, y asegurar así que el modelo se oriente no solo a resultados clínicos, sino también a una atención más cercana, humana y centrada en la experiencia del paciente.

La sesión, con una duración de **noventa minutos en formato online**, se estructuró en tres bloques de discusión:

- Necesidades no cubiertas.
- Experiencia del paciente.
- Toma de decisiones compartida.

2.4. CONSULTA DELPHI NACIONAL

Con el objetivo de validar los resultados de las fases anteriores a nivel nacional, se diseñó una consulta Delphi en dos rondas (47–49). Previamente, se realizó una reunión con el Comité Científico para consensuar las recomendaciones estratégicas orientadas a su implementación.

Los panelistas fueron identificados con ayuda del Comité Científico y de los miembros de los grupos multidisciplinares. En total se invitó a 137 profesionales sanitarios de todas las especialidades y áreas terapéuticas involucradas mediante una invitación personal e intransferible enviada por correo electrónico.

El cuestionario de la primera ronda incluyó variables sociodemográficas y de actividad profesional y un total de 44 afirmaciones, divididas en cuatro secciones (ver ANEXO I. Resultados de la consulta Delphi). La estructura del cuestionario fue la siguiente:

- Manejo del paciente desde Atención Primaria (9 ítems).
- Manejo del paciente desde especialidades hospitalarias (11 ítems).
- Comités Multidisciplinares y Unidades de Suelo Pélvico (11 ítems).
- Evaluación centrada en el paciente y seguimiento (13 ítems).

El grado de acuerdo de los panelistas con cada una de las afirmaciones se valoró mediante una escala Likert de siete puntos (siendo 1 = totalmente en desacuerdo; 2 = bastante en desacuerdo; 3 = algo en desacuerdo; 4 = ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 = algo de acuerdo; 6 = bastante de acuerdo; 7 = totalmente de acuerdo).

Se consideró consenso cuando al menos el 66 % de los panelistas estuvo bastante o totalmente de acuerdo (6-7), o bastante o totalmente en desacuerdo (1-2) con una afirmación.

Las afirmaciones que no alcanzaron consenso en la primera ronda fueron reevaluadas en segunda ronda. Una de estas preguntas fue reformulada para mayor comprensión en la segunda ronda.



3

PROCESO ASISTENCIAL ACTUAL Y NECESIDADES NO CUBIERTAS

El primer contacto del paciente con DSP suele producirse en AP. En este nivel se establece el diagnóstico o la sospecha inicial y, cuando procede, se prescribe un tratamiento. Los casos leves suelen mantenerse en seguimiento dentro de AP, mientras que los moderados o graves se derivan para valoración especializada. En el hospital, la atención se reparte entre distintas especialidades:

- **Urología** atiende la incontinencia urinaria grave, las infecciones de repetición, las disfunciones miccionales de origen neurológico y el dolor pélvico crónico, y lidera tanto el inicio terapéutico como un sistema de coordinación rotatoria que garantice continuidad y corresponsabilidad con otras áreas.
- **Ginecología** aborda la incontinencia urinaria, el prolapso genital y el dolor pélvico crónico ajustando la frecuencia del seguimiento a la gravedad de cada caso.
- **Coloproctología** se centra en la incontinencia fecal, la disfunción defecatoria y el dolor pélvico, incluyendo en algunos casos alteraciones miccionales, y en ocasiones comparte seguimiento con urología.
- **Digestivo** complementa el manejo de pacientes con incontinencia fecal o estreñimiento, en estrecha coordinación con coloproctología, ginecología y urología, lo que evidencia la necesidad de un enfoque transversal.

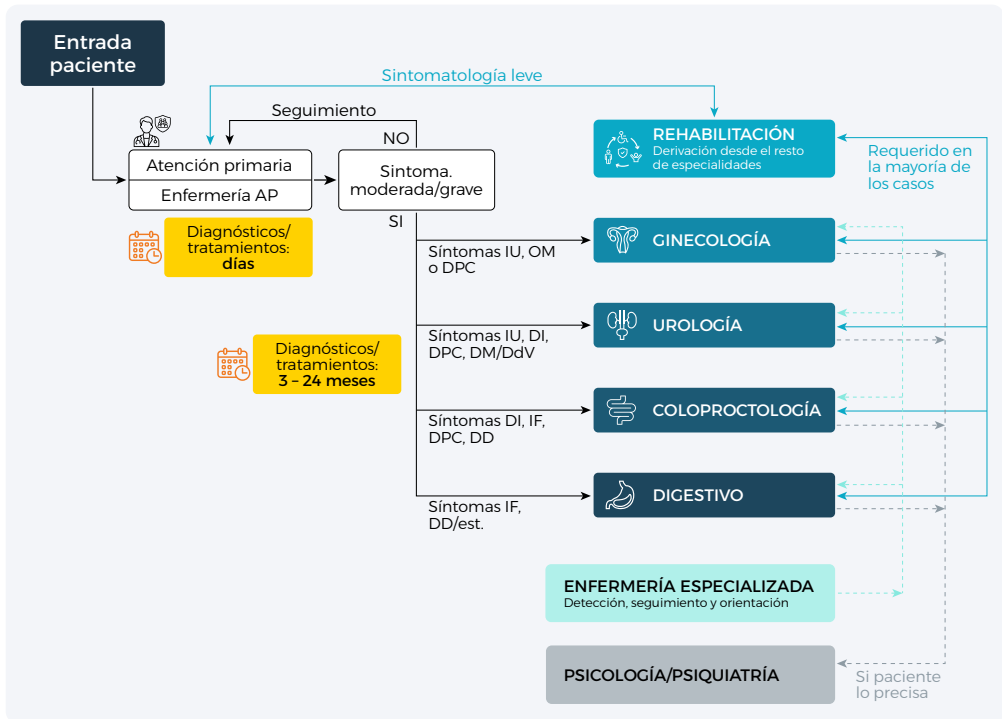
El servicio de **rehabilitación** constituye una intervención indicada en la mayoría de los pacientes. El acceso a este servicio es de ámbito tanto hospitalario como extrahospitalario y suele verse condicionado por el sistema de gestión de listas de espera de cada hospital. La **atención psicológica**, por su parte, no forma parte del circuito habitual, si bien la derivación puede resultar necesaria en pacientes con manifestaciones psicopatológicas que la justifican.

El proceso se caracteriza por **tiempos de diagnóstico muy variables**, que pueden oscilar desde unos días hasta 24 meses, según el nivel asistencial, la complejidad del caso y la rapidez de la derivación (figura 2).

Los grupos de trabajo creados en el marco del proyecto evidenciaron la gran heterogeneidad del proceso asistencial de las DSP y una elevada variabilidad entre centros. Se observaron deficiencias organizativas (como, por ejemplo, falta de protocolos homogéneos, coordinación limitada entre especialidades e infrautilización del rol de enfermería), que repercuten negativamente en la calidad y eficacia del abordaje clínico.

A continuación, se desarrollan las principales necesidades no cubiertas identificadas en el modelo asistencial actual.

Figura 2. Esquema del proceso asistencial actual para el manejo de DSP.



AP: atención primaria; DD: disfunción defecatoria; DI: doble incontinencia; DM: disfunción miccional; DPC: dolor pélvico crónico; DdV: disfunción de vaciado; Est.: estreñimiento; IF: incontinencia fecal; IU: incontinencia urinaria.

3.1. ATENCIÓN PRIMARIA

Para los pacientes con DSP, AP constituye la puerta de entrada habitual al sistema sanitario. Sin embargo, actualmente presenta deficiencias estructurales que comprometen su capacidad resolutoria. Entre las principales destacan:

- **Falta de formación específica:** existe una necesidad de formación continua en suelo pélvico dirigida hacia los profesionales de AP. Actualmente, la carencia formativa de estos profesionales dificulta el reconocimiento precoz de sintomatología de suelo pélvico y la capacidad de diagnóstico e intervención. Una mejor formación específica permitiría una mayor capacidad de cribado y derivación precoz, el reconocimiento de los signos de sospecha y la realización de una anamnesis adecuada.
- **Limitaciones en el acceso a recursos y herramientas de diagnóstico:** el tiempo disponible por consulta, la carga asistencial y la baja disponibilidad o el escaso conocimiento de las diferentes herramientas disponibles (como diarios miccionales, escalas de gravedad o cuestionarios) dificultan un diagnóstico eficaz.
- **Ausencia de protocolos homogéneos de intervención clínica y falta de cribados sistemáticos:** actualmente no hay criterios de sospecha homogeneizados o protocolizados que permitan un mejor cribado de pacientes con DSP, lo que supone dificultades en el diagnóstico, el tratamiento y la posterior derivación. Asimismo, existe una gran variabilidad entre centros en relación con las actuaciones diagnósticas y terapéuticas aplicadas en AP. El grupo de expertos del proyecto estimó que hasta un 50 % de los pacientes que acuden a AP no recibe una intervención inicial en relación con la sintomatología de suelo pélvico. Esta falta de tratamiento inicial favorece la cronificación de los síntomas y el empeoramiento progresivo de la disfunción e incrementa el impacto en la calidad de vida.
- **Falta de participación de enfermería especializada:** la participación de enfermería especializada en el circuito asistencial del paciente con DSP es desigual entre centros de AP. Dado su papel en la detección precoz, la educación sanitaria y el acompañamiento del paciente, su integración constituye un área prioritaria de mejora.

3.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las DSP constituye una fase crítica del proceso asistencial, dado que de él dependen la elección del tratamiento, su inicio en el momento oportuno y, en última instancia, la evolución clínica y la calidad de vida del paciente.

En los grupos de trabajo se concluyó que los procesos de diagnóstico actuales, tanto en AP como en las diferentes especialidades involucradas, presentan deficiencias que condicionan la posibilidad de alcanzar diagnósticos precisos y en plazos adecuados. Entre las principales limitaciones destacan:

- **Tiempos de espera prolongados entre las pruebas diagnósticas:** los participantes señalaron que los plazos actuales para acceder a pruebas diagnósticas son excesivamente prolongados, lo que constituye una de las principales barreras en el proceso. Estos retrasos no solo dificultan la confirmación o exclusión temprana de un diagnóstico, sino que también generan incertidumbre en el paciente, retrasan la derivación a otros niveles asistenciales y favorecen la progresión de la enfermedad. Además, la demora impacta negativamente en la eficacia de las intervenciones terapéuticas, ya que cuando finalmente se inicia el tratamiento el estado clínico del paciente suele estar más deteriorado que en fases iniciales.
- **Recursos limitados:** la mayoría de los expertos considera que no hay recursos suficientes para alcanzar un diagnóstico de calidad e indican que el acceso a nuevas herramientas o servicios aceleraría el proceso de diagnóstico.
- **Tiempos de consulta reducidos:** existe una falta de tiempo asistencial para realizar una anamnesis adecuada y completar la evaluación funcional del paciente. Esto limita la detección adecuada de síntomas, reduce la precisión diagnóstica, retrasa la derivación a otros niveles y aumenta el riesgo de cronificación de la sintomatología.
- **Falta de homogeneización en el diagnóstico:** el proceso de diagnóstico varía significativamente según la especialidad y la sintomatología y el acceso a ciertos procedimientos diagnósticos puede demorarse hasta 36 meses. La falta de protocolos estandarizados favorece diagnósticos iniciales incompletos o imprecisos, lo que retrasa el inicio del tratamiento adecuado y contribuye al empeoramiento tanto físico como emocional del paciente.
- **Barreras socioculturales y falta de concienciación en la población:** existen diferentes barreras relacionadas con el nivel educativo de la población, la falta de concienciación de los pacientes, la variabilidad en el acceso al sistema sanitario y un estigma asociado a los síntomas, así como barreras idiomáticas y culturales.

Estas barreras conducen a que algunos pacientes resten importancia a su sintomatología, retrasen la consulta médica o incluso omitan síntomas por vergüenza, lo que dificulta todavía más la valoración clínica.

En conjunto, estas limitaciones explican la variabilidad en los tiempos de diagnóstico, que pueden ir desde unos pocos días hasta varios años. Sus consecuencias se traducen en retrasos en el inicio del tratamiento, riesgo de progresión de la enfermedad, impacto negativo en la calidad de vida y una mayor carga emocional para los pacientes.

3.3. PROCESO DE DERIVACIÓN

El proceso de derivación entre niveles asistenciales y entre especialidades constituye un punto crítico en la atención a las DSP. Una derivación adecuada es clave para garantizar la continuidad asistencial, reducir los tiempos de espera y facilitar un acceso temprano a los tratamientos más apropiados. Sin embargo, los grupos de trabajo identificaron que, en la práctica clínica actual, este proceso se ve limitado por la ausencia de protocolos estandarizados y la heterogeneidad de los criterios aplicados. Estas carencias generan una notable variabilidad en la atención y retrasan el inicio del tratamiento en un número significativo de pacientes.

Las principales áreas de mejora señaladas en relación con la derivación fueron las siguientes:

- **Protocolos de derivación no estandarizados:** en la mayoría de los casos, los criterios de derivación no son homogéneos, con diferencias bastante acusadas entre diferentes profesionales y centros, lo que acentúa la variabilidad en la práctica clínica. Se identificó la necesidad de implantar algoritmos o protocolos de derivación basados en la gravedad de la sintomatología, el impacto en la calidad de vida y la presencia de comorbilidades.
- **Tiempos de espera prolongados:** los tiempos de derivación son excesivamente prolongados y pueden llegar a los doce meses. Entre los factores que explican esta demora se encuentran la falta de protocolos claros de priorización, la sobrecarga asistencial de las especialidades implicadas y la limitada disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos. Estos retrasos aumentan el riesgo de complicaciones y comprometen la eficacia de las intervenciones posteriores.
- **Limitaciones en el acceso y la derivación a diferentes especialidades:** en la práctica clínica, el acceso a algunas especialidades puede ser limitado. Un ejemplo

relevante es el ámbito de la salud mental, donde es frecuente la derivación directa a psiquiatría pero no tanto a psicología. Asimismo, las derivaciones directas al servicio de rehabilitación, aunque recomendadas en la mayoría de los casos, son en la práctica clínica poco habituales y, cuando se producen, en los volantes de interconsulta no se suele aportar la información clínica más relevante, lo que dificulta la eficacia del abordaje.

3.4. ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

El manejo de las DSP requiere un abordaje multidisciplinar coordinado entre distintas especialidades. Por la complejidad clínica de estos cuadros, la coordinación entre profesionales resulta esencial para garantizar una atención integral y eficaz. Sin embargo, la práctica asistencial actual muestra una distancia considerable respecto a este modelo ideal. Persisten carencias estructurales y organizativas que dificultan el trabajo conjunto y reducen la eficacia del proceso asistencial:

- **Escasez de CM:** durante las reuniones de trabajo con los expertos, pocos profesionales indicaron que haya CM en su centro de trabajo y, en el caso de que estos existan, no cuentan con un funcionamiento estandarizado en cuanto a frecuencia de consultas, composición o protocolos a seguir. Las formas de coordinación más habituales son las interconsultas preferentes o las consultas compartidas; sin embargo, se aplican de forma puntual y no siempre resultan efectivas. Se considera que la coordinación existente entre profesionales es mejorable y es necesario crear comités funcionales con procedimientos definidos para optimizar la comunicación y el abordaje conjunto.
- **Escasez de USP:** de forma similar, la mayoría de los profesionales indicó que su centro de trabajo no dispone de una USP y, cuando estas están disponibles, los pacientes son derivados a ellas en pocas ocasiones. Este reducido número de USP puede repercutir en la falta de procesos adecuados para la derivación, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con mayor complejidad. Adicionalmente, tampoco existen protocolos o recomendaciones sobre los elementos esenciales que deben componer estas unidades, como las especialidades que deben incluirse, sus funciones o los recursos que deberían estar disponibles. A su vez, el acceso a estas unidades y los tiempos de espera son señalados por los pacientes como áreas especialmente problemáticas.
- **Limitaciones organizativas:** se identifican como principales barreras la falta de espacios físicos de consulta y el tiempo limitado de asistencia al paciente por parte de cada especialidad, así como las dificultades en la coordinación y la comuni-

cación efectiva entre especialistas. La organización actual fomenta, en ocasiones, que la afinidad personal del paciente con su especialista influya más en el recorrido asistencial que las necesidades clínicas reales, lo que genera dinámicas más personales que estrictamente profesionales.

- **Coordinación reducida entre especialidades clínicas:** no existe un modelo unificado de seguimiento o tratamiento según la especialidad. Las especialidades implicadas (ginecología, urología, coloproctología, digestología y rehabilitación) operan de manera fragmentada, sin criterios homogéneos de actuación ni seguimiento conjunto estructurado. La falta de comunicación interdisciplinaria también obstaculiza la coordinación entre especialistas, además de limitar la continuidad asistencial. Tampoco es frecuente la realización de consultas o cirugías conjuntas, aunque existen casos excepcionales en los que urología, ginecología, coloproctología y rehabilitación comparten consulta.
- **Necesidad de un gestor de casos:** el rol de gestor de casos, habitualmente desempeñado por enfermería, no está integrado de forma sistemática en el modelo asistencial actual. Su incorporación permitiría mejorar la continuidad de la atención, reducir la fragmentación del recorrido del paciente y favorecer la adherencia terapéutica.
- **Necesidad de educación, implicación y responsabilización del paciente:** se evidencia una escasa implementación de estrategias de educación digital y concienciación dirigidas al paciente. Esta carencia repercute negativamente en la adherencia al tratamiento, el empoderamiento del paciente y su experiencia global en el proceso asistencial, y puede perpetuar ideas erróneas sobre la inevitabilidad de los síntomas con la edad. Por lo tanto, entre los principales desafíos para mejorar la atención, se encuentran el fortalecimiento de estas estrategias educativas, la optimización de procesos de intervención y la actualización de protocolos.

3.5. TRATAMIENTO

El tratamiento de las DSP comprende un amplio abanico de intervenciones, tanto conservadoras como farmacológicas y, en algunos casos, quirúrgicas. La elección terapéutica depende de la sintomatología predominante, la especialidad que valore al paciente y su grado de complejidad. Sin embargo, en el proceso actual se observan varias limitaciones y necesidades relacionadas con la falta de consenso sobre el inicio del tratamiento o la infrutilización de determinados recursos terapéuticos:

- **Inicio tardío del tratamiento y ausencia o inadecuación terapéutica:** existe una falta de consenso sobre la especialidad que debe asumir la responsabilidad del

inicio del tratamiento. Esta indefinición puede provocar retrasos, duplicidades o abordajes contradictorios entre niveles asistenciales. Asimismo, frecuentemente no se inicia un tratamiento adecuado tras el diagnóstico inicial o no se pauta ninguna intervención.

- **Ausencia de protocolos estandarizados:** en la mayoría de los centros no existen protocolos homogéneos para el tratamiento de las diferentes presentaciones clínicas y, en caso de que existan, en muchas ocasiones no se han generalizado a nivel sistémico ni se ha consensuado su aplicación.
- **Acceso reducido a rehabilitación:** el acceso a rehabilitación presenta una variabilidad significativa en los tiempos de espera, lo que afecta la continuidad del tratamiento.
- **Tratamientos no disponibles o infrautilizados:** el apoyo psicológico se ofrece de forma poco habitual, a pesar del claro impacto emocional, psicológico y social que estas disfunciones pueden generar. Asimismo, se constata la ausencia de protocolos de derivación estructurados hacia servicios de psicología, lo que dificulta su integración en el abordaje terapéutico. Además del apoyo psicológico, también se identifican otras intervenciones, como la prescripción dietética específica, como recursos infrautilizados a pesar de su potencial beneficio. Los ejercicios de suelo pélvico y las recomendaciones higienicodietéticas se consideran las alternativas de tratamiento más extendidas en el conjunto de las sintomatologías.
- **Papel de enfermería poco reconocido y utilizado:** se destaca el rol fundamental de la enfermería en la orientación inicial, el acompañamiento terapéutico y el seguimiento del paciente durante el tratamiento. Sin embargo, este papel no está sistemáticamente integrado en los protocolos ni reconocido de forma uniforme.

3.6. SEGUIMIENTO

El seguimiento de los pacientes con DSP es un componente esencial del proceso asistencial, pero en la práctica presenta deficiencias relevantes señaladas por los profesionales participantes en los grupos de trabajo. Aunque la mayoría considera que el seguimiento actual resulta globalmente adecuado, se identificaron varias áreas de mejora que limitan su efectividad y homogeneidad en los distintos centros:

- **Ausencia de criterios estandarizados y basados en las guías clínicas:** la falta de alineación con recomendaciones clínicas durante el seguimiento afecta negativamente la detección precoz de recaídas o la adecuación de intervenciones posteriores. A su vez, esta falta de protocolos claros genera incertidumbre respecto a la

duración del seguimiento y el momento adecuado para concluirlo, lo que afecta la toma de decisiones clínicas.

- **Infradotación y escaso uso de recursos alternativos** como la telemedicina, las consultas de enfermería o AP, a pesar de que estos se consideran recursos que mejorarían la eficiencia y accesibilidad del seguimiento.
- **Deficiencias en la comunicación entre niveles asistenciales:** esta falta de comunicación entre los distintos niveles asistenciales impide una coordinación efectiva entre profesionales y dificulta la implementación de un seguimiento estructurado y alineado con objetivos terapéuticos comunes. Aunque la mayoría de los profesionales señala que urología suele asumir la coordinación, esto depende del perfil clínico, la sintomatología y el tipo de tratamiento recibido.
- **Papel de enfermería en el seguimiento:** a pesar de que el papel del servicio de enfermería se considera clave en el seguimiento del paciente, su participación no está ampliamente integrada ni estandarizada.

A continuación, se presentan de manera resumida las necesidades no cubiertas identificadas en el abordaje actual de las DSP, clasificadas según el nivel de importancia (alta, media, baja) que les otorgan los expertos participantes en el proyecto (tabla 3).

Tabla 3. Resumen de necesidades no cubiertas identificadas a lo largo del proceso asistencial.

Necesidades no cubiertas identificadas		Grado de relevancia
Atención Primaria	Falta de formación específica en suelo pélvico para profesionales de AP. Tiempos de espera prolongados entre consultas.	Alto
	Falta de protocolos de detección y derivación a especialidades.	Medio
	Ausencia de protocolos homogéneos de intervención clínica y falta de cribados sistemáticos. Baja participación de enfermería especializada en detección y acompañamiento. Alta proporción de pacientes sin intervención inicial en AP. Tiempo de consulta reducido que impide anamnesis adecuada.	Bajo
	Tiempos de espera prolongados entre pruebas diagnósticas	Alto
Diagnóstico	Limitaciones en tiempo y recursos para diagnóstico. Recursos insuficientes para un diagnóstico de calidad. Falta de homogeneización de criterios diagnósticos. Barreras socioculturales. Retrasos significativos en diagnóstico (hasta 36 meses en algunos casos).	Bajo

Alto: necesidades no cubiertas con alta prioridad.

Medio: necesidades no cubiertas con prioridad media.

Bajo: necesidades no cubiertas con prioridad baja.

AP: atención primaria.

Necesidades no cubiertas identificadas		Grado de relevancia
Proceso de derivación	Tiempos de espera excesivos . Coordinación y comunicación reducida entre especialidades. Escasa educación, implicación y responsabilización del paciente.	Alto
	Limitaciones en el acceso a especialidades. Falta de enfermería encargada de gestión de casos en ciertas especialidades.	Medio
Abordaje multidisciplinar	Escasez de CM y ausencia de funcionamiento estandarizado.	Alto
	Gran variabilidad entre centros y profesionales. Derivaciones incompletas (información clínica insuficiente en interconsultas). Falta de USP. Carencia de protocolos sobre composición y funcionamiento de estas unidades. Limitaciones organizativas: falta de espacios físicos, tiempos asistenciales reducidos. Rol de enfermería poco reconocido en el modelo asistencial actual.	Bajo
Tratamiento	Indefinición sobre qué especialidad inicia el tratamiento → retrasos.	Alto
	Ausencia de protocolos estandarizados de tratamiento (variabilidad elevada). Tratamiento inadecuado o no iniciado tras diagnóstico. Acceso reducido a fisioterapia, con listas de espera prolongadas. Apoyo psicológico infrautilizado, sin protocolos de derivación estructurados. Intervenciones dietéticas infrautilizadas. Rol de enfermería poco reconocido en tratamiento y acompañamiento.	Bajo
Seguimiento	Falta de comunicación entre niveles asistenciales en seguimiento.	Alto
	Ausencia de consenso en la periodicidad ni duración del seguimiento.	Medio
	Ausencia de criterios estandarizados basados en guías clínicas. Infradotación y escaso uso de recursos alternativos (telemedicina, consultas de enfermería, AP). Coordinación incierta: urología suele asumirlo, pero no está estandarizado; enfermería participa de forma irregular.	Bajo

Alto: necesidades no cubiertas con alta prioridad.

Medio: necesidades no cubiertas con prioridad media.

Bajo: necesidades no cubiertas con prioridad baja.

AP: atención primaria; CM: comité multidisciplinar; USP: unidad de suelo pélvico.



RESUMEN

- La **ausencia de protocolos** homogéneos y consensuados en la detección, el diagnóstico, la derivación, el tratamiento y el seguimiento genera **variabilidad y retrasos** significativos **en la atención del paciente**.
- Los **tiempos de espera prolongados** para consultas y pruebas diagnósticas constituyen un **cuello de botella** crítico que alarga el inicio del tratamiento **hasta varios meses o años**.
- Existe una **falta de formación específica en DSP** para profesionales de todos los niveles asistenciales, especialmente en AP.
- Se constata un **déficit de coordinación interprofesional**, ya que la articulación entre especialidades resulta insuficiente y la disponibilidad de CM y USP operativos continúa siendo limitada.
- Se observa una **infrautilización de recursos esenciales**, entre los que destacan la rehabilitación, el apoyo psicológico, determinadas herramientas diagnósticas y, de manera particular, el papel de la enfermería como gestora de casos.
- **El seguimiento clínico carece de criterios estandarizados**, lo que se traduce en una comunicación deficiente entre niveles asistenciales y en un uso todavía muy restringido de modalidades alternativas como la telemedicina.



4

PROCESO ASISTENCIAL OPTIMIZADO

Como resultado de las reuniones de trabajo y la consulta Delphi ([ANEXO I. Resultados de la consulta Delphi](#)), se ha definido el proceso asistencial optimizado para el manejo de las DSP, que integra decisiones, tiempos y niveles de atención (figura 3).

El proceso se iniciaría en **AP**, que en este modelo asumiría un papel primordial en **la detección precoz, la valoración clínica inicial y el primer abordaje terapéutico**. Esta primera fase se sustentaría en una anamnesis exhaustiva y en la elaboración de una historia clínica integral, elementos clave para identificar de manera temprana los signos y síntomas más frecuentes. A esta recogida sistemática de síntomas se sumaría la documentación de los antecedentes personales y familiares relevantes, factores psicológicos y otros condicionantes como hábitos tóxicos, exposición a radioterapia, tipo de dieta o nivel de actividad física. De este modo, la información obtenida en AP permitiría no solo orientar el diagnóstico, sino también iniciar un primer abordaje terapéutico, generalmente conservador, en los casos que lo requirieran. Por tanto, dentro de este modelo el papel de AP no se limitaría a una función de «puerta de entrada», sino que se convertiría en un punto clave de cribado, abordaje inicial y estratificación, desde el cual el circuito asistencial se adaptaría posteriormente en función de la respuesta al tratamiento y el grado de complejidad clínica que presentara cada paciente.

En los pacientes que no cumplieran criterios de complejidad, la derivación se efectuaría directamente hacia la especialidad de referencia (urología, coloproctología, ginecología, digestología o rehabilitación), donde los pacientes recibirían una atención ajustada a su cuadro clínico.

Por el contrario, los **pacientes complejos serían derivados a un CM o una USP**, donde la valoración conjunta permitiría diseñar estrategias diagnósticas y terapéuticas más avanzadas y personalizadas. Se consideran pacientes complejos aquellos que presentan dos o más disfunciones asociadas (urinarias, fecales, sexuales, dolor o prolapso de órganos pélvicos), que requieren un abordaje multimodal o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o cuentan con antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos.

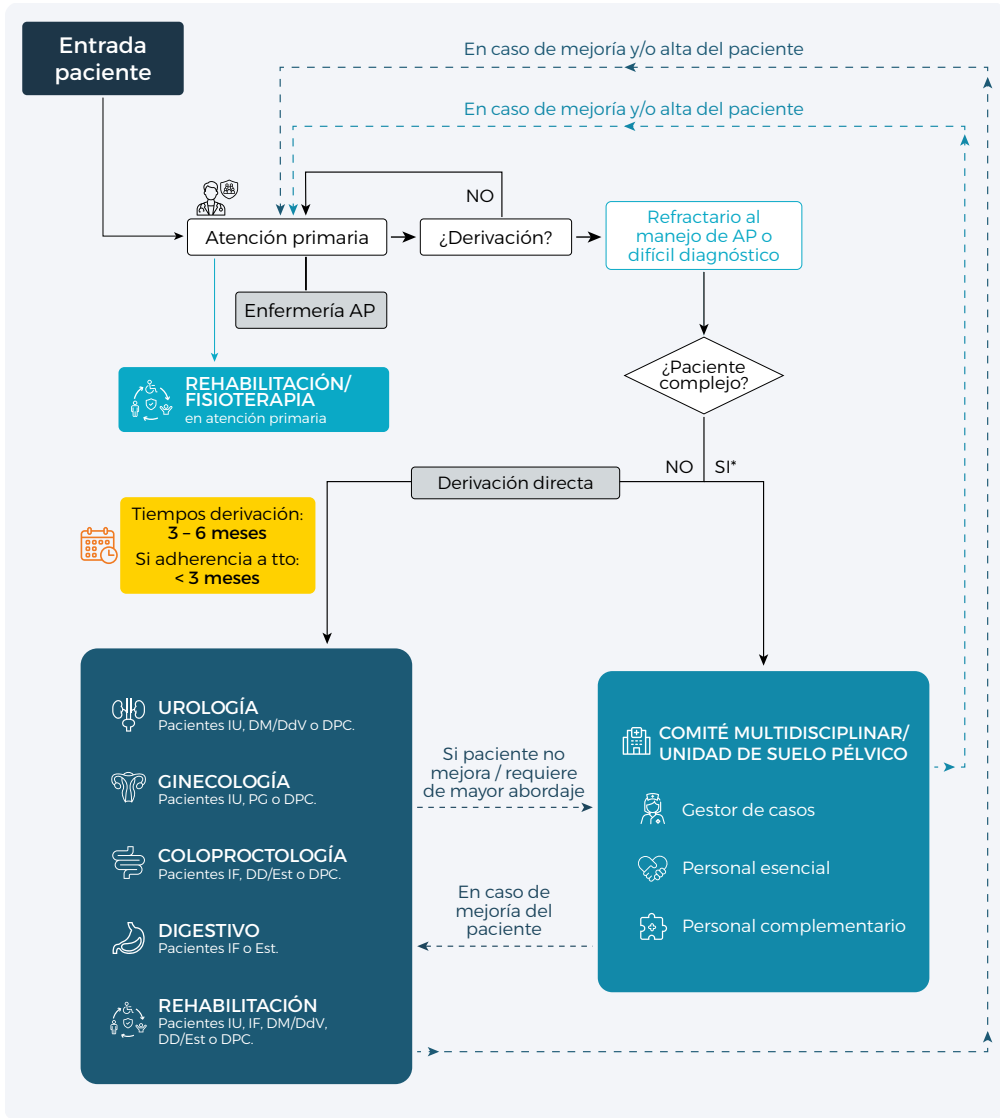
Para garantizar el acceso equitativo, el modelo establece **tiempos de derivación orientativos de entre 3 y 6 meses**, o <3 meses en casos prioritarios con mayor gravedad, mayor impacto clínico o riesgo de abandono terapéutico.

La **figura del gestor de casos, desempeñada preferentemente por enfermería especializada**, resulta clave en todo el recorrido asistencial. Su papel abarcaría la gestión de pruebas e interconsultas, el seguimiento clínico cercano, la detección de barreras que puedan comprometer la evolución del paciente y la educación sanitaria. Como nexo entre AP y el ámbito especializado, la figura del gestor de casos asegura transiciones fluidas, refuerza el funcionamiento de CM y USP y contribuye a consolidar protocolos de derivación, optimizar recursos y mejorar la continuidad asistencial.

El **seguimiento** se concibe como un proceso dinámico. En los casos con evolución favorable tratados en CM o USP, el paciente regresaría al nivel asistencial correspondiente para controles cada uno o seis meses. Si la complejidad persistiera o aparecieran nuevas disfunciones, se reevaluaría el caso en CM o USP. De forma transversal, el proceso integraría PRO (*Patient Reported Outcomes*) y PROM (*Patient Reported Outcomes Measures*) para recoger de manera sistemática la experiencia del paciente, la carga sintomática y la calidad de vida, que complementarían los indicadores clínicos tradicionales.

En conjunto, el circuito propuesto transforma la fragmentación actual en un itinerario coordinado y protocolizado, orientado a la detección precoz, la derivación adecuada, el tratamiento y el seguimiento estructurado, incorporando siempre la voz del paciente en la evaluación de resultados.

Figura 3. Esquema del proceso asistencial optimizado para el manejo de DSP.



DD: disfunción defecatoria; DdV: disfunción de vaciado; DI: doble incontinencia; DM: disfunción miccional; DPC: dolor pélvico crónico; Est: estreñimiento; IF: incontinencia fecal; IU: incontinencia urinaria; PG: prolapso genital.

**Se considera paciente complejo aquel con dos o más disfunciones asociadas (disfunción urinaria, fecal o sexual, dolor, doble incontinencia, prolapso de órganos pélvicos) que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos.*

4.1. MANEJO DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

En el proceso optimizado, AP adquiere un papel fundamental en **la detección precoz, el abordaje inicial y la correcta derivación** de pacientes con DSP. Este nuevo enfoque se basa en un modelo de actuación estructurado y protocolizado que garantice una atención especializada y eficiente. La participación activa de enfermería en esta fase inicial resulta clave para facilitar la identificación temprana de los casos y optimizar el circuito asistencial.

A continuación, se resumen las recomendaciones consensuadas en las dos rondas de consulta Delphi respecto al manejo del paciente por parte de AP, incluidas aquellas que hablan de la anamnesis e historia clínica, el diagnóstico y tratamiento inicial y la derivación desde AP hacia las especialidades hospitalarias (tabla 4).

Tabla 4. Resumen de recomendaciones sobre el manejo del paciente desde AP.

Recomendación
Anamnesis e historia clínica
Se recomienda realizar una anamnesis dirigida ante la sospecha de disfunciones urinarias/uroginecológicas (97 %), disfunciones fecales o anorrectales (96,0 %), dolor (93,1 %), problemas de base neurológica (86,1 %) o disfunciones de tipo sexual (87,1 %).
Se recomienda que la historia médica integral del paciente recoja antecedentes generales (93,1 %) y familiares (83,2 %), factores psicológicos (92,1 %) y otros (como medicación que pueda provocar problemas urológicos o fecales, radioterapia previa, tipo de dieta y día a día del paciente) (97,0 %).
Diagnóstico y tratamiento inicial
Se recomienda que, ante la sospecha de DSP, desde AP se valore solicitar pruebas diagnósticas relacionadas con el funcionamiento digestivo, la glicemia, la orina y/o intolerancias alimenticias (70,3 %).
Se recomienda que el abordaje terapéutico de los pacientes con DSP desde AP abarque tratamientos farmacológicos (85,1 %), uso tópico de estrógenos como tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia (78,2 %) e hidratantes vulvovaginales (85,1 %).
Se recomienda que el abordaje terapéutico de los pacientes con DSP desde AP incluya un protocolo de fisioterapia que contemple la reeducación vesical (75,3 %).
Derivación desde Atención Primaria
En el caso de pacientes de difícil diagnóstico y/o pacientes que no tengan respuesta al tratamiento ofrecido en AP, no complejos,* se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP al especialista correspondiente (95,0 %).
<i>* Pacientes con una sola disfunción o síntoma que no requieran un abordaje multimodal ni procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos.</i>

Recomendación

En el caso de pacientes complejos,* se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP a un CM o a una USP (85,1 %).

* *Pacientes con dos o más disfunciones asociadas (disfunción urinaria, fecal o sexual, dolor, doble incontinencia, prolapso de órganos pélvicos) que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos.*

Se recomienda que aquellos pacientes que manifiesten alguno de los siguientes signos o síntomas sean derivados al especialista, CM o USP (según su complejidad): hematuria, hidronefrosis, litiasis, residuo postmiccional elevado, tracto rectal patológico, fistulas, incontinencia fecal nocturna, estreñimiento refractario a laxantes osmóticos, *Obstetric Anal Sphincter Injuries* (OASI), infecciones, estrés postraumático (91,1 %).

Es recomendable que, en general, la derivación del paciente que cumple con todos los criterios de derivación desde AP se realice en un plazo de entre tres y seis meses, dependiendo de la gravedad, el impacto en la vida del paciente y la adherencia (84,2 %).

En negrita: grado de consenso de las recomendaciones expresado en porcentajes.

AP: atención primaria; CM: comité multidisciplinar; DSP: disfunciones del suelo pélvico; USP: unidad de suelo pélvico.

ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA



El abordaje inicial de los pacientes con sospecha de DSP debería comenzar con una **anamnesis dirigida** exhaustiva. En la evaluación clínica de signos y síntomas, la exploración se tendría que orientar a la identificación de **disfunciones urinarias y uroginecológicas**. Entre las más frecuentes se encuentran la incontinencia urinaria en sus distintas variantes (urgencia, esfuerzo o mixta), la disuria, la hematuria, las infecciones recurrentes y la sequedad vaginal. Del mismo modo, habría que valorar las **disfunciones fecales o anorrectales**, que comprenden la incontinencia de gases, heces sólidas o líquidas, alteraciones del hábito deposicional, la sensación de evacuación incompleta, la fragmentación de las deposiciones, la presencia de bultoma anal o vaginal, la rectorragia, el uso recurrente de laxantes o absorbentes, así como el tenesmo rectal persistente. Otros aspectos clínicamente relevantes incluyen la valoración del **dolor** pélvico o vesical, así como la dispareunia o la proctalgia, y la **presencia de problemas con base neurológica**, como alteraciones sensitivas o de la marcha, caídas frecuentes y calambres nocturnos. Finalmente, se recomienda la detección de **disfunciones sexuales** tales como la disfunción eréctil, la anorgasmia o los problemas de eyaculación.

A su vez, es necesaria la elaboración de una **historia clínica integral**. Esta debe incluir los **antecedentes generales**, como antecedentes obstétricos o prostáticos; los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y tabaco; la existencia de traumatismos o antecedentes de abuso sexual, así como los hábitos vinculados a disfunciones fecales. Del

mismo modo, se considera fundamental registrar la localización y las características del dolor y la presencia de alteraciones neurológicas. También deberían estar presentes los **antecedentes familiares** relevantes, entre ellos los oncológicos, de incontinencia o de cirugías ginecológicas y anorrectales, y habría que valorar **factores psicológicos**, como posibles desencadenantes o bien como consecuencias de la disfunción. Además, se recomienda valorar **otros factores**, como medicaciones con potencial efecto sobre la función urológica o fecal, la exposición a radioterapia previa, el tipo de dieta y el nivel de actividad física o laboral del paciente.

En la tabla 5 se recoge de manera resumida la valoración inicial del paciente, así como los antecedentes personales que se recomienda valorar en AP.

Tabla 5. Recomendaciones de antecedentes personales a valorar y anamnesis del paciente en AP.

 <p>Anamnesis</p>	<p>Disfunciones urinarias/uroginecológicas: signos de urgencia urinaria, disuria, hematuria, infecciones, sequedad.</p>
	<p>Disfunciones fecales o anorrectales: incontinencia, hábitos de deposición, sensación de evacuación incompleta, fragmentación, bultoma anal/vaginal, rectorragia, uso de laxantes, astringentes, absorbentes o tapón y/o tenesmo rectal persistente.</p>
	<p>Dolor: tipo de dolor y características, proctalgia, dolor vesical, uso de lubricantes al presentar dispareunia.</p>
	<p>Problemas con base neurológica: alteraciones sensitiva y deambulatoria, caídas frecuentes, calambres nocturnos.</p>
	<p>Disfunciones de tipo sexual: disfunción eréctil, anorgasmia, problemas de eyaculación.</p>
 <p>Antecedentes personales</p>	<p>Antecedentes generales: obstétricos/prostáticos, tóxicos, traumatismos, abuso sexual, hábitos relacionados con disfunción fecal, características y tipo de dolor, problemas de tipo neurológico.</p>
	<p>Antecedentes familiares oncológicos, de incontinencia, cirugías ginecológicas y anorrectales.</p>
	<p>Factores psicológicos.</p>
	<p>Otros factores, como medicación que pueda provocar problemas urológicos o fecales, radioterapia previa, tipo de dieta y día a día del paciente.</p>

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL

El abordaje diagnóstico debería iniciarse en AP; por tanto, se recomienda que desde AP **se soliciten pruebas** relacionadas con el funcionamiento digestivo, análisis de sangre y orina, así como tests para intolerancias alimentarias, dado que estas medidas agilizan el diagnóstico, reducen derivaciones innecesarias y evitan duplicidad de exploraciones.

El **abordaje terapéutico desde AP** debería enfocarse en estrategias conservadoras. Estas incluyen el **tratamiento farmacológico**, que puede contemplar el uso de fibras, laxantes osmóticos (especialmente en la incontinencia fecal), antimuscarínicos, agonistas β 3-adrenérgicos y anticolinérgicos, ya sea de forma aislada o combinada en casos de incontinencia urinaria, así como α -bloqueantes y neuromoduladores como gabapentina o pregabalina. Asimismo, se recomienda el **uso tópico de estrógenos** para el tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia y de **hidratantes vulvovaginales**. La fisioterapia, por su parte, debería orientarse principalmente a la **re-educación vesical**.

En la tabla 6 se recoge el resumen de las recomendaciones de pruebas diagnósticas y tratamientos a realizar desde AP.

Tabla 6. Recomendaciones de pruebas diagnósticas y tratamientos a realizar desde AP.

Pruebas diagnósticas	Abordaje terapéutico
<ul style="list-style-type: none">■ Funcionamiento digestivo.■ Análisis de sangre.■ Análisis de orina.■ Intolerancias alimentarias*.	<ul style="list-style-type: none">■ Reeducación vesical.■ Tratamientos farmacológicos: fibras, laxantes osmóticos, antimuscarínicos y anticolinérgicos, neuromoduladores.■ Uso tópico de estrógenos para el síndrome genitourinario.■ Hidratantes vulvovaginales.

**Intolerancias que puedan afectar al diagnóstico y futuro tratamiento y que además permiten descartar posibles complicaciones relacionadas con patologías del suelo pélvico por alimentos concretos, como, por ejemplo, la intolerancia a la lactosa, al gluten o a la fructosa.*

DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La derivación de pacientes con DSP desde AP a los niveles especializados se realizaría siguiendo **criterios clínicos consensuados** que garanticen la adecuación, la eficiencia y la equidad en el acceso a los recursos. El objetivo es evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos, así como derivaciones innecesarias, y asegurar que cada paciente sea atendido en el nivel asistencial más apropiado para su perfil clínico.

En ausencia de mejoría con el tratamiento ofrecido en AP o ante la presencia de determinados signos y síntomas (como hematuria, hidronefrosis, litiasis, residuo postmiccional elevado, tracto rectal patológico, fístulas, incontinencia fecal nocturna, estreñimiento refractario a laxantes osmóticos, OASI, infecciones recurrentes o la presencia de estrés postraumático) o bien ante la complejidad del caso, la derivación debería ajustarse a definiciones adaptadas de guías clínicas y validadas por el panel de expertos para su aplicación específica en las DSP.

Con este fin, se establece una **clasificación por nivel de complejidad, criterios y síntomas** (tabla 7):

- **Pacientes no complejos de difícil diagnóstico y/o sin respuesta al tratamiento de AP:** se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP al especialista de referencia (urología, coloproctología, ginecología, digestología o rehabilitación), no integrado en una USP o un CM, para pacientes con DSP no complejas, como aquellos con una única disfunción o síntoma, que no requieran un abordaje multimodal ni procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y que no presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos.
- **Pacientes complejos:** se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP a un CM o una USP para pacientes complejos, con dos o más disfunciones asociadas (urinaria, fecal o sexual, dolor, prolapso de órganos pélvicos) que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o que presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos.

De este modo, se recomienda que la derivación desde AP a las distintas especialidades se base en una valoración clínica estructurada que tenga en cuenta el tipo de disfunción, la complejidad del caso, la respuesta al tratamiento conservador y la adherencia del paciente.

Asimismo, en todos los casos, independientemente de la complejidad, la **derivación debería realizarse en un plazo de entre tres y seis meses** desde la identificación de los

criterios clínicos y habría que ajustar este intervalo en función de la gravedad, el impacto en la calidad de vida y la adherencia terapéutica, idealmente sin que se superasen los tres meses cuando no hay respuesta al tratamiento, aun con buena adherencia.

Tabla 7. Tabla resumen del proceso recomendado, criterios y síntomas de derivación desde AP.

Nivel de complejidad del paciente	Destinatario de la derivación	Criterios de derivación
Paciente no complejo	Urología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin mejoría con tratamiento conservador. ■ Hematuria. ■ Infección de orina repetida. ■ Cirugía o terapia avanzada. ■ Vejiga neurógena. ■ Hidronefrosis. ■ Litiasis. ■ Patología obstétrica. ■ Residuos de vaciado. ■ Tacto rectal patológico (PSA alto).
	Coloproctología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sin mejoría con tratamiento conservador. ■ Cáncer colorrectal. ■ Fístulas. ■ Neoplasia. ■ Incontinencia fecal nocturna. ■ Estreñimiento refractario. ■ Incontinencia fecal sin diarrea.
	Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mujeres con disfunciones de tipo sexual. ■ Dispareunia. ■ Patología obstétrica. ■ Signos de incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia o mixta. ■ Signos de incontinencia fecal.
	Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reeduación vesical. ■ Uso de pesarios.
	Digestivo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estreñimiento o diarrea que requieran de tratamiento farmacológico previo a cirugía por disfunción defecatoria.
Paciente complejo	CM o USP	<ul style="list-style-type: none"> ■ Derivación directa por características clínicas complejas, con dos o más disfunciones asociadas que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o con antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos.

CM: comité multidisciplinar; PSA: antígeno prostático específico (del inglés *Prostate-Specific Antigen*); USP: unidad de suelo pélvico.



RESUMEN

- Es necesario elaborar una historia clínica detallada que incluya **antecedentes personales y familiares, síntomas y signos específicos**.
- Los signos y síntomas para abordar son los relacionados con **disfunciones urinarias/uroginecológicas**, disfunciones **fecales o anorrectales**, presencia de **dolor**, problemas con base **neurológica** y/o disfunciones de tipo **sexual**.
- Se considera prioritario que desde **AP** se soliciten **pruebas** relacionadas con el **funcionamiento digestivo, análisis de sangre y orina** y test para **intolerancias alimentarias**.
- Como **primer abordaje** se recomienda la **reeducación vesical**, tratamientos **farmacológicos**, uso **tópico de estrógenos** para el síndrome genitourinario y/o **hidratantes vulvovaginales**.
- En el caso de **pacientes no complejos**, que no requieran abordaje multimodal ni procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o que no presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos, se propone la **derivación a especialidades hospitalarias no integradas en estructuras multidisciplinares**.
- **Se recomienda derivar a CM o USP en el caso de pacientes con características clínicas complejas**, con dos o más disfunciones asociadas que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o que presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos.
- La **derivación desde AP** se realizaría según la complejidad del paciente en un **plazo de entre tres y seis meses** desde la identificación de los criterios clínicos.

4.2. MANEJO DEL PACIENTE EN ESPECIALIDADES NO INTEGRADAS EN ESTRUCTURAS MULTIDISCIPLINARES

Los pacientes no complejos que presenten una única disfunción o síntoma, que no requieran un abordaje multidisciplinar ni procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y que no presenten antecedentes oncológicos, genéticos o neurológicos serían derivados a especialidades que no se encuentran integradas en un CM o una USP.

Una vez derivados estos pacientes desde AP, **urología, coloproctología, ginecología y rehabilitación se consideran como las cinco especialidades hospitalarias base**, entendidas como especialidades clave en el diagnóstico y tratamiento del suelo pélvico, las cuales asumirán la responsabilidad de realizar la evaluación clínica especializada, así como la indicación y el seguimiento de tratamientos farmacológicos o intervenciones específicas (como el uso de microenemas, irrigaciones anales y supositorios), ajustando las estrategias terapéuticas en función de la evolución clínica del paciente.

En este contexto, existen varios tratamientos avanzados para abordar las DSP desde las especialidades hospitalarias cuando un tratamiento conservador o farmacológico inicial fracasa, dependiendo de la naturaleza y gravedad de los síntomas. A continuación, se describen tratamientos avanzados disponibles para las principales DSP de acuerdo con guías clínicas como las de la Asociación Europea de Urología, la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto:

- **Terapia de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea:** técnica no invasiva que utiliza corrientes eléctricas de baja frecuencia a través de la piel y que permite fortalecer la musculatura del suelo pélvico (50-53).
- **Estimulación del nervio tibial posterior:** intervención terapéutica que utiliza impulsos eléctricos para modular señales nerviosas que controlan la vejiga y la función intestinal (50, 53, 54).
- **Neuromodulación de la raíz sacra:** actúa sobre reflejos espinales y centros nerviosos cerebrales (50). Esta técnica involucra sedación o anestesia y permite la implantación de un neuroestimulador que envía impulsos eléctricos suaves a los nervios sacros y ayuda, entre otras cosas, a disminuir el tono uretral, mejorar la retención urinaria o potenciar la musculatura rectal (50, 54-57).
- **Procedimientos quirúrgicos:** comunes cuando el resto de los tratamientos no son efectivos, varían en función de la complejidad de la patología y la sintomatología mostrada (50, 56, 58-60).

Las recomendaciones consensuadas en el panel Delphi establecen con claridad el papel de cada especialidad en el manejo de las DSP. Se definen los perfiles de pacientes que deben ser derivados a las diferentes especialidades y se determina el criterio de derivación de estas especialidades al CM o la USP (tabla 8).

Tabla 8. Recomendaciones sobre el manejo del paciente desde las diferentes especialidades.

Recomendación
Valoración especializada y asignación asistencial
Se recomienda que la especialidad de urología reciba pacientes que padezcan incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado o dolor pélvico crónico (91,1 %).
Se recomienda que la especialidad de coloproctología reciba pacientes que padezcan incontinencia fecal, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico (89,1 %).
Se recomienda que la especialidad de ginecología reciba mujeres que padezcan incontinencia urinaria, prolapso genital o dolor pélvico crónico (89,1 %).
Se recomienda que la especialidad de rehabilitación reciba, tras valoración del especialista, pacientes que padezcan incontinencia fecal, incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico (87,1 %).
Se recomienda que la especialidad de digestivo reciba pacientes que padezcan incontinencia fecal con especial afectación por estreñimiento/diarrea y requieran de un tratamiento farmacológico (90,1 %).
Se recomienda que la unidad del dolor reciba pacientes que padezcan dolor pélvico crónico sin problemas funcionales asociados y que requieran una técnica intervencionista (85,1 %).
Se recomienda que las especialidades de radiología y neurofisiología reciban pacientes que requieran de diagnósticos concretos (por ejemplo, valoración de dolor en suelo pélvico a través de equipos de alta resolución, neuropatía del pudendo o raíces sacras) utilizando recursos y herramientas propios de su especialidad y aporten valoraciones a otros especialistas (95,0 %).
Se recomienda que la especialidad de psicología reciba pacientes que sean especialmente vulnerables o que soliciten ayuda psicológica (92,1 %).
Criterios de supervisión clínica y derivación escalonada
Se recomienda que los pacientes que requieran diagnóstico/tratamiento desde la unidad del dolor, radiología y neurofisiología posean una anamnesis e historia clínica detallada para poder aportar una mejor valoración de la sintomatología y las disfunciones analizadas (99,0 %).
En pacientes con DSP, se recomienda que microenemas (79,6 %), irrigaciones anales (73,1 %) y supositorios (80,6 %) sean realizados exclusivamente por médicos especialistas.
En el caso de pacientes que no presenten mejoría al ser tratados por el especialista correspondiente, presenten una evolución negativa de los síntomas tras tres meses de tratamiento o en los que aparezca alguna otra disfunción o síntoma asociado, se recomienda la derivación a un CM o a una USP (94,1 %).

En negrita: Grado de consenso de las recomendaciones expresado en porcentajes.

CM: comité multidisciplinar; DPC: disfunciones del suelo pélvico; USP: unidad de suelo pélvico.

UROLOGÍA

Urología ocupa un lugar central en el manejo de las DSP como especialidad clave para el diagnóstico avanzado y la aplicación de terapias específicas en pacientes en los que el abordaje desde AP ha fracasado.

Los pacientes que se derivan a urología son aquellos con incontinencia urinaria en cualquiera de sus variantes (esfuerzo, urgencia o mixta), así como con disfunciones miccionales o de vaciado y casos de dolor pélvico crónico de origen urológico. También se incluyen los pacientes que presentan hematuria, infección urinaria de repetición, litiasis, hidronefrosis o residuo postmiccional elevado, así como aquellos con vejiga neurógena o con necesidad de una cirugía o terapia avanzada. El manejo de estos pacientes puede también hallarse en las guías de la Asociación Europea de Urología y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

COLOPROCTOLOGÍA

La intervención coloproctológica resulta crucial para el abordaje de patologías complejas que requieren exploraciones diagnósticas avanzadas y, en muchos casos, procedimientos quirúrgicos especializados. Coloproctología es el destino de los pacientes con incontinencia fecal, disfunción defecatoria o estreñimiento refractario, así como de aquellos que presentan dolor pélvico crónico de origen anorrectal. De manera más específica, se derivan también los pacientes con incontinencia fecal nocturna, fístulas, cáncer colorrectal o sospecha de neoplasia, así como aquellos con incontinencia fecal no asociada a diarrea. Para la atención de estos pacientes pueden consultarse también las guías de la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

GINECOLOGÍA

Ginecología recibe fundamentalmente a mujeres con incontinencia urinaria (de urgencia o mixta), prolapso genital y dolor pélvico crónico, así como a aquellas con disfunciones sexuales (p. ej., dispareunia) o con antecedentes obstétricos relevantes. Su papel es esencial en la identificación y el tratamiento de patologías vinculadas a la salud reproductiva y en el seguimiento de las consecuencias funcionales de la menopausia, el parto y las cirugías ginecológicas. De este modo, la ginecología se

convierte en un eje central del abordaje integral de las DSP en la mujer. El tratamiento y seguimiento de estos casos está también descrito en las guías de la Asociación Europea de Urología y de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

DIGESTIVO

Los pacientes derivados a digestivo son aquellos con incontinencia fecal asociada a estreñimiento o diarrea crónica que requieren un tratamiento farmacológico especializado. También llegan a esta especialidad los casos en los que resulta necesario descartar enfermedades de base (como enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasias) y aquellos pacientes que requieren un ajuste farmacológico antes de plantear opciones quirúrgicas por disfunción defecatoria. Digestivo cumple, así, una función clave en la identificación de causas sistémicas y en la optimización del tratamiento médico en pacientes refractarios a medidas iniciales. Las recomendaciones para el abordaje de estos pacientes se encuentran igualmente recogidas en las guías de la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

REHABILITACIÓN

Rehabilitación es una especialidad transversal que actúa como puente terapéutico, facilitando estrategias menos invasivas y mejorando la calidad de vida antes de recurrir a intervenciones más complejas. La especialidad de rehabilitación se orienta a los pacientes que requieren intervenciones conservadoras tras valoración clínica por los diferentes especialistas mencionados anteriormente. Entre ellos se encuentran aquellos con incontinencia urinaria, incontinencia fecal, disfunción miccional o de vaciado, disfunción defecatoria o estreñimiento y dolor pélvico crónico. También deberían ser derivados a rehabilitación todos los casos en los que se precisa reeducación vesical o defecatoria, la utilización de pesarios o la aplicación de protocolos de fisioterapia y técnicas de estimulación funcional. Las directrices relativas al manejo de estos pacientes aparecen igualmente en las guías de la Asociación Europea de Urología, la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

PSICOLOGÍA

La atención psicológica constituye un eje transversal del abordaje de pacientes con DSP, especialmente de aquellos que presentan una mayor vulnerabilidad emocional, un impacto emocional significativo o que expresan de manera explícita la necesidad de apoyo especializado. Su intervención se vuelve particularmente relevante en casos de estrés postraumático, ansiedad o depresión vinculados a la disfunción, en los que la dimensión psicológica actúa como modulador clave del proceso asistencial. La incorporación de psicología en el circuito asistencial no solo favorece la evaluación sistemática del estado emocional, sino que amplía las posibilidades de intervención mediante estrategias adaptadas a cada paciente: técnicas de manejo del dolor, programas de afrontamiento individual o grupal y acompañamiento en la aceptación de la enfermedad. Esta participación activa contribuye a reforzar la adherencia a los tratamientos médicos y de rehabilitación, optimizar los recursos personales frente al malestar y mejorar la calidad de vida del paciente. El manejo de estos pacientes puede también hallarse en las guías correspondientes de la Asociación Europea de Urología, la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

UNIDAD DEL DOLOR, NEUROFISIOLOGÍA Y RADIOLOGÍA

Asimismo, se recomienda que los especialistas gestionen la derivación a la unidad del dolor en casos de dolor pélvico crónico sin problemas funcionales asociados que requieran una técnica intervencionista.

Del mismo modo, la solicitud de pruebas diagnósticas complementarias a los servicios de neurofisiología resulta indicada cuando se sospechen alteraciones neuromusculares o de inervación pélvica, mientras que los servicios de radiología son indicados cuando se necesiten estudios de imagen con equipos de alta resolución.

Se subraya la importancia de que los pacientes derivados para diagnóstico o tratamiento a áreas como neurofisiología, radiología o la unidad del dolor cuenten con una anamnesis exhaustiva e historia clínica completa, a fin de facilitar una evaluación más precisa y contextualizada de la sintomatología y las disfunciones por parte de dichas especialidades. Para la atención de estos pacientes pueden consultarse también las guías de la Asociación Europea de Urología, la Unidad Europea de Gastroenterología o la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto ubicadas en el [ANEXO II. Guías clínicas](#).

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Si tras un periodo de tres meses de tratamiento el paciente no mostrara mejoría clínica, presentara un empeoramiento de su situación o la aparición de nuevos síntomas, se recomendaría la derivación desde las distintas especialidades hospitalarias a un CM o una USP. Este paso resulta clave para garantizar una valoración integral y multidisciplinar en la que se optimice el abordaje terapéutico mediante la coordinación de especialistas de diferentes especialidades.



RESUMEN

- Derivación a **urología**: pacientes que padezcan incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado o dolor pélvico crónico.
- Derivación a **coloproctología**: pacientes que padezcan incontinencia fecal, disfunción defecatoria/estreñimiento, o dolor pélvico crónico.
- Derivación a **ginecología**: mujeres que padezcan incontinencia urinaria, prolapso genital o dolor pélvico crónico.
- Derivación a **rehabilitación**: pacientes que padezcan incontinencia fecal, incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado, disfunción defecatoria/estreñimiento, o dolor pélvico crónico, tras valoración del especialista.
- Derivación a **digestivo**: pacientes que padezcan incontinencia fecal con especial afectación por estreñimiento/diarrea y que requieran de un tratamiento farmacológico.
- Derivación a **unidad del dolor**: pacientes que padezcan dolor pélvico crónico sin problemas funcionales asociados y que requieran una técnica intervencionista.
- Derivación a **radiología** y **neurofisiología**: pacientes que requieran de diagnósticos concretos (por ejemplo, valoración de dolor en suelo pélvico a través de equipos de alta resolución, neuropatía del pudento o raíces sacras).

4.3. MANEJO DEL PACIENTE EN COMITÉS MULTIDISCIPLINARES Y UNIDADES DE SUELO PÉLVICO

Los pacientes complejos, es decir, con dos o más disfunciones asociadas (disfunción urinaria, fecal o sexual, dolor, doble incontinencia, prolapso de órganos pélvicos) que requieran un abordaje multimodal y/o procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos, serían derivados directamente a los CM o las USP, desde AP o desde las especialidades no integradas en estructuras multidisciplinarias.

La evidencia más reciente muestra que la creación de CM y unidades multidisciplinarias en otras patologías permite una atención integral, eficiente y centrada en el paciente y optimiza los recursos disponibles (61, 62). Inspirándose en estos modelos de éxito previos, el presente proyecto adapta dicha estructura a las necesidades específicas de las DSP.

En este contexto, **los CM y las USP representan estructuras clave** para garantizar una atención especializada, integral y coordinada. Ambos modelos comparten la característica de reunir a profesionales de diferentes especialidades con el objetivo de consensuar diagnósticos y estrategias terapéuticas, aunque difieren en su alcance, estructura y grado de operatividad (tabla 9).

Tabla 9. Características distintivas de un Comité Multidisciplinar y una unidad funcional propuesta para las Unidades de Suelo Pélvico.

Característica	Comité Multidisciplinar	Unidad Funcional de Suelo Pélvico
Finalidad principal	Deliberativa y consultiva.	Asistencial y operativa.
Estructura	Grupo de trabajo, normalmente sin estructura permanente.	Organización estructurada y reconocida formalmente.
Duración	Habitualmente periódica y por sesiones.	Permanente en el tiempo, con actividad continua.
Toma de decisiones clínicas	Emite recomendaciones o consensos sobre casos concretos.	Aplica decisiones clínicas y gestiona procesos asistenciales completos.
Intervención en la asistencia	Generalmente indirecta o de apoyo.	Directa: evalúa, diagnostica, trata y sigue pacientes.
Multidisciplinariedad	Reúne expertos de distintas especialidades, pero cada uno actúa desde su servicio.	Integra profesionales en torno a protocolos, procesos y gobernanza comunes.

En las dos rondas de consulta Delphi, los expertos consensuaron la composición óptima y el funcionamiento de un CM y una USP, así como los recursos y las infraestructuras que deberían formar parte de estos. Asimismo, se consensuaron aspectos con relación a la presencia y el rol de la figura del gestor de casos (tabla 10).

Tabla 10. Recomendaciones de composición, recursos e infraestructuras de los Comités Multidisciplinares y Unidades de Suelo Pélvico y sobre la presencia y rol del gestor de casos.

Recomendación
Comité Multidisciplinar
Se recomienda que la composición esencial de los CM incluya ginecología (97,0 %), urología (98,0 %), coloproctología (95,0 %), rehabilitación (96,0 %), digestivo (71,3 %), psicología (66,3 %), anestesiología (66,3 %) y enfermería (85,1 %).
Se recomienda que las especialidades de radiología (85,1 %) y neurofisiología (87,1 %) formen parte de los CM de manera complementaria.
Se recomienda que todos los hospitales de segundo nivel* cuenten con un CM (86,1 %).
<i>* Centros que combinan AP con servicios de cierta complejidad y proporcionan un seguimiento a pacientes que no requieren cuidados intensivos.</i>
De manera general, se sugiere que los recursos necesarios con los que debería contar un CM sean una agenda periódica de especialistas (94,1 %), salas de reuniones (92,1 %), de exploración (83,9 %) y de espera (76,3 %), protocolos de derivación (95,0 %), personal auxiliar (68,3 %), coordinador rotatorio (76,2 %) y actas de consulta (91,1 %).
Unidad de Suelo Pélvico
Se recomienda que la composición esencial de las USP incluya ginecología y urología (ambas con un 98,0 % de acuerdo), coloproctología (95,0 %), rehabilitación (94,1 %) y enfermería (85,1 %).
Se recomienda que las especialidades de digestivo (89,1 %), psicología (94,0 %), radiología (85,1 %), anestesiología (95,0 %) y neurofisiología (85,1 %) formen parte de las USP de manera complementaria.
Se recomienda que, en un proceso asistencial ideal, todos los hospitales de referencia tengan una USP (92,1 %).
De manera general, se sugiere que los recursos necesarios con los que debería contar una USP sean una consulta conjunta de especialidades (90,1 %), una agenda común por parte de los especialistas (88,1 %), salas de reuniones (89,1 %), exploración (87,1 %) y espera (75,2 %), quirófanos (80,2 %), bases de datos actualizadas (97,0 %) y un data manager (69,3 %).
Siempre que sea posible, se realizará una consulta conjunta por al menos dos especialidades tanto en CM como en USP (83,2 %).
Gestor de Casos
Se recomienda incluir en los CM y las USP un rol de gestor de casos (enfermería), cuya función sería la gestión de las pruebas y los síntomas, así como el acompañamiento al paciente durante el proceso (85,1 %).
De manera general, enfermería especializada debe tener un rol clave en el tratamiento y seguimiento del paciente, tanto en AP como en CM y USP (91,1 %).

En negrita: grado de consenso de las recomendaciones expresado en porcentajes.

AP: atención primaria; CM: comité multidisciplinar; USP: unidad de suelo pélvico.

4.3.1. Comités Multidisciplinares

Los CM se definen como **estructuras clínicas multidisciplinares** integradas por profesionales específicamente formados para el abordaje conjunto de estas patologías. Estos comités se reunirían de forma periódica o a demanda, con el fin de evaluar casos clínicos complejos siguiendo protocolos previamente consensuados. Su principal finalidad sería diseñar planes terapéuticos personalizados mediante una toma de decisiones colegiada, ágil y eficiente. En este sentido, los CM se configurarían como herramienta clave para la coordinación asistencial y para asegurar la equidad asistencial.

Se propone que la **composición esencial** de especialidades imprescindibles, que debieran estar siempre presentes en los CM, incluya especialistas en **ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación, digestivo, psicología, anestesiología y enfermería**. A su vez, se considera altamente recomendable la participación **complementaria, con colaboración ocasional o según el caso clínico**, de profesionales de **radiología y neurofisiología**, dado su valor añadido en el proceso diagnóstico.

En lo que respecta a **infraestructura y recursos**, se propone que todos los **hospitales de segundo nivel** cuenten con un **CM** propio. En este sentido, se entiende como centro de segundo nivel aquel que combina AP con servicios de cierta complejidad y proporciona un seguimiento a pacientes que no requieren cuidados intensivos. La ubicación de los CM en hospitales de segundo nivel responde a la necesidad de situar estos grupos multidisciplinares en un entorno asistencial que combine accesibilidad con capacidad resolutive. Estos centros, al integrar AP con servicios hospitalarios de mayor complejidad, disponen de los recursos diagnósticos, terapéuticos y profesionales necesarios para dar respuesta a pacientes con DSP que precisan de un seguimiento especializado y coordinado.

Para un funcionamiento eficaz y eficiente, los CM deberían contar con una **agenda periódica** de especialistas, **sala de reuniones, protocolos de derivación, actas de consulta, sala de exploración y sala de espera**. Igualmente, se considera recomendable disponer de **personal auxiliar** y un **coordinador de carácter rotatorio** que garantice el correcto funcionamiento y la organización del comité.

En la práctica, los CM deben funcionar como una entidad propia y cohesionada, manteniendo una comunicación constante y la coordinación eficaz y efectiva entre todos sus miembros. El trabajo conjunto bajo un protocolo consensuado permite una toma de decisiones optimizada y asegura que el paciente reciba un tratamiento más perso-

nalizado, basado en la experiencia y el conocimiento colectivo de todos los especialistas involucrados. De esta manera, los CM no solo facilitan la orientación y evaluación de los casos más complejos, sino que también contribuyen de forma decisiva a garantizar una mayor equidad y calidad asistenciales.

4.3.2. Unidades de Suelo Pélvico

Las USP se definen como **unidades funcionales estables y organizadas, formadas por profesionales de diferentes especialidades** que trabajan de manera coordinada y continua en un espacio físico o virtual específico. A diferencia de los CM, las USP ofrecen un marco asistencial directo, con protocolos definidos y una agenda asistencial conjunta, y aportan una asistencia sostenida en el tiempo y con recursos propios que permite dar respuesta integral a pacientes de mayor complejidad.

Dada su relevancia, sería recomendable la creación de una USP en la mayoría de los hospitales de referencia. Como hospital de referencia se entiende un centro hospitalario que dedica su actividad fundamentalmente a la atención de patologías o grupos de patologías concretos, con capacidad estructural y recursos necesarios para realizar intervenciones de carácter más avanzado. Su implantación responde a la necesidad de contar con centros capaces de concentrar experiencia y recursos en torno a patologías propias de las DSP, con una dotación estructural y tecnológica que facilita intervenciones de carácter avanzado. De este modo, las USP se configurarían como dispositivos centralizados de atención especializada, capaces de integrar diferentes perspectivas clínicas en un entorno propio y estable.

La composición de las USP se articularía en torno a **ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación y enfermería** como especialidades **esenciales** y se recomienda, de manera **complementaria**, la participación de **digestivo, psicología, radiología, anestesiología y neurofisiología** en los casos en los que sea necesario.

En el plano organizativo, las USP dispondrían de **consultas conjuntas de especialidades, una agenda común, sala de reuniones y exploración, sala de espera, quirófanos preparados para procedimientos con anestesia tanto local como general**, así como sistemas actualizados de bases de datos y la figura de un *data manager*. Esta infraestructura permite no solo una atención clínica avanzada, sino también un seguimiento ordenado y continuo de la evolución de cada paciente.

Siempre que la dinámica asistencial lo permita, se recomienda que las valoraciones clínicas se realicen en **consulta conjunta** por al menos dos especialidades, lo que favorece la integración real de perspectivas, una toma de decisiones más rápida y la personalización del tratamiento en función de las necesidades concretas de cada paciente.

En conjunto, las USP ofrecen un modelo integrado y estable, con mayor capacidad asistencial directa, dotación tecnológica avanzada y una estructura de gobernanza propia que garantiza la continuidad del cuidado. Constituyen, en definitiva, la expresión más completa de un abordaje integral y coordinado, capaz de dar una respuesta equitativa y de calidad a las demandas asistenciales de los pacientes con DSP.

La composición y los recursos consensuados de las USP y los CM se resumen en la tabla 11.

Tabla 11. Propuesta de composición y recursos necesarios de los Comités Multidisciplinares/ Unidad de Suelo Pélvico.

Categoría	Comité Multidisciplinar	Unidad de Suelo Pélvico
Componentes	Especialidades esenciales <ul style="list-style-type: none"> ■ Urología ■ Ginecología ■ Coloproctología ■ Rehabilitación ■ Digestología ■ Psicología ■ Anestesiología ■ Enfermería 	Especialidades esenciales <ul style="list-style-type: none"> ■ Urología ■ Ginecología ■ Coloproctología ■ Rehabilitación ■ Enfermería
	Especialidades complementarias <ul style="list-style-type: none"> ■ Radiología ■ Neurofisiología 	Especialidades complementarias <ul style="list-style-type: none"> ■ Digestivo ■ Psicología ■ Anestesiología ■ Radiología ■ Neurofisiología
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personal auxiliar ■ Figura de coordinador (rotatorio) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Equipo clínico estable ■ Personal auxiliar ■ Coordinador clínico ■ Data mánager y personal administrativo

Categoría	Comité Multidisciplinar	Unidad de Suelo Pélvico
Recursos funcionales	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniones Sala de espera/recepción Agenda periódica compartida Protocolos normalizados derivación Actas de reunión 	<ul style="list-style-type: none"> Sala de reuniones Sala de espera/recepción Sala de exploración Agenda periódica compartida Consultas conjuntas Teleconsultas Quirófanos (local y general)
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> Historiales clínicos accesibles por todos los especialistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Base de datos actualizada de pacientes ingresados e historial médico completo.
Coordinación con AP	<ul style="list-style-type: none"> Reuniones programadas (periódicas) con AP. 	<ul style="list-style-type: none"> Derivación estructurada y seguimiento compartido con AP.

AP: atención primaria.

4.3.3. Gestor de casos

Profundizando en la figura del **gestor de casos**, actualmente no suele estar representada en el proceso asistencial de patologías del suelo pélvico, a pesar de que se considera un **recurso esencial** en otras patologías y disciplinas (63, 64). Esta figura, con experiencia clínica y capacidad de coordinación, actuaría como **nexo entre los diferentes niveles asistenciales** y aseguraría un seguimiento estructurado del paciente a lo largo de todo su recorrido asistencial. Además, representaría un **pilar clave para garantizar la continuidad, eficiencia y humanización del proceso asistencial en las DSP**.

Se recomienda la inclusión de un gestor de casos en el proceso asistencial, preferentemente con perfil de enfermería, cuya función principal sería coordinar las pruebas diagnósticas, realizar un seguimiento clínico estrecho, acompañar al paciente durante el proceso asistencial y actuar como enlace entre AP y los niveles especializados. La enfermería especializada representaría un perfil idóneo para ejercer este rol, dada su capacidad para liderar procesos asistenciales centrados en la persona, basados en la evidencia y orientados al cuidado integral (41), y asumiría un papel central en la planificación, la coordinación y el liderazgo clínico, integrando eficazmente a los distintos profesionales sanitarios y favoreciendo así la continuidad asistencial.

Entre sus funciones destacarían el seguimiento clínico individualizado, el fomento de la adherencia terapéutica, la educación sanitaria y la detección precoz de síntomas y

barreras que puedan comprometer la evolución del paciente (65). Todo ello contribuiría directamente a mejorar los resultados en salud y a optimizar el uso de los recursos disponibles (66). De esta manera, atendiendo al consenso de los profesionales sanitarios, **enfermería especializada debería ser parte integral y clave** del tratamiento y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial, iniciándose en AP y continuando en atención especializada, CM y USP, como gestor de casos.

Tanto los CM como las USP se beneficiarían significativamente de esta figura, que asumiría la gestión de pruebas diagnósticas, la organización de interconsultas y la trazabilidad del plan de cuidado y actuaría como punto de referencia para el paciente en todo momento. Su integración permitiría no solo reforzar los protocolos de derivación y la integración entre niveles, sino también potenciar la capacidad resolutoria de los equipos multidisciplinares y elevar la experiencia global del paciente durante el proceso asistencial.



RESUMEN

- Los **CM** se consideran una **herramienta clave de coordinación y equidad asistencial**, con una composición esencial recomendada que incluye ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación, digestivo, psicología, unidad del dolor y enfermería. Se recomienda su implementación en todos los hospitales de segundo nivel.
- Las **USP** se definen como **unidades funcionales estables**, integradas por **profesionales de diferentes especialidades que trabajan de manera coordinada y continua**, cuyas especialidades esenciales recomendadas son ginecología, urología, coloproctología, rehabilitación y enfermería. Se recomienda su implementación en todos los hospitales de referencia.
- Se recomienda la **inclusión de un gestor de casos**, preferentemente con perfil de enfermería, que actúe como nexo entre los diferentes niveles asistenciales y asegure un seguimiento estructurado del paciente a lo largo de todo su recorrido asistencial.

4.4. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN CENTRADOS EN EL PACIENTE

La evaluación periódica es clave para identificar de forma temprana complicaciones o efectos adversos, lo que facilita la adaptación de la terapia a las necesidades del paciente en cada momento. La capacidad de ajustar las intervenciones de manera dinámica es un pilar esencial en el manejo de las DSP, ya que muchos pacientes requieren modificaciones o un cambio a tratamientos avanzados con el fin de lograr resultados adecuados.

Un sistema de seguimiento eficiente implica, a su vez, la interacción continua entre profesional y paciente, que promueve una relación activa de la que el paciente se sienta participe. Esto no solo permite una mejor adherencia terapéutica, sino que fortalece el compromiso del paciente con su tratamiento. Este enfoque, además, garantiza que el paciente reciba el apoyo adecuado en cada etapa, desde AP hasta las especialidades hospitalarias, así como en los CM o las USP, lo que favorece una transición fluida entre distintos niveles asistenciales según la evolución clínica y la respuesta a los tratamientos.

La tabla 12 muestra las recomendaciones consensuadas sobre el seguimiento y la evaluación del paciente.

Tabla 12. Recomendaciones referentes a la evaluación centrada en el paciente.

Recomendación
Evaluación y seguimiento
De manera general, se recomienda que, con respecto al tratamiento, se debe valorar la evolución (98,0 %), la respuesta o falta de ella (98,0 %), la adherencia (97,0 %) y los efectos secundarios al tratamiento (96,0 %), así como el cambio a tratamientos avanzados en caso de que el inicial no resulte efectivo (98,0 %).
En caso de mejoría del paciente tratado en especialidades, se recomienda su derivación a AP, según patología y sintomatología, para realizar un seguimiento de entre uno y seis meses (76,2 %).
En caso de mejoría del paciente tratado en Comités Multidisciplinares y/o Unidades de Suelo Pélvico, se recomienda su derivación a especialidades o AP, según patología y sintomatología, para realizar un seguimiento de entre uno y seis meses (75,2 %).
Se recomienda implicar y responsabilizar al paciente mediante el acceso a información clara y formación sobre su patología y tratamiento, con el objetivo de favorecer una mayor adherencia terapéutica y la toma de decisiones compartida y optimizar su manejo (99,0 %).

PRO y PROM

En pacientes con incontinencia urinaria y/o disfunción miccional o de vaciado, se recomienda recoger, como mínimo, resultados de eficacia y carga del tratamiento (**98,0 %**), de gravedad y carga de síntomas (**97,0 %**) y del diario miccional (**91,1 %**).

En pacientes con incontinencia fecal y/o disfunción defecatoria/estreñimiento, se recomienda que, para la evaluación de resultados en salud, sea imprescindible recoger, como mínimo, resultados gastrointestinales de gravedad y sintomatología asociada (**96,0 %**) y del diario defecatorio (**94,1 %**).

En pacientes con dolor pélvico crónico se recomienda que, para la evaluación de resultados en salud, sea imprescindible recoger los efectos adversos asociados al tratamiento o la intervención, así como signos de dolor sufridos por los pacientes (dispareunia, dismenorrea) (**96,0 %**).

Sería recomendable el uso de PROM (*Patient Reported Outcomes Measures*) para la valoración de la tasa de éxito de los tratamientos y la satisfacción y calidad de vida del paciente (**94,1 %**).

Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con incontinencia urinaria, se recomiendan el ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form*) (**89,1 %**); el OABq (*Overactive Bladder Symptom and Health Related Quality of Life*) (**73,3 %**); el CACV (Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga) (**73,3 %**), y el PGI-I (*Patient's Global Impression of Improvement*) (**79,2 %**).

Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con incontinencia fecal, se recomiendan la escala St Mark's (**83,2 %**); la FIQL (*Fecal Incontinence Quality of Life Scale*) (**67,3 %**); la LARS (*Low Anterior Resection Syndrome Score*) (**73,3 %**), y el PGI-I (*Patient's Global Impression of Improvement*) (**77,2 %**).

Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con dolor crónico se recomiendan la EVA (escala visual analógica) de dolor (**91,1 %**); la escala numérica de valoración del dolor (NRS) (**74,3 %**); y el CSI (*Central Sensitization Inventory*) (**83,9 %**).

Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con disfunción miccional o de vaciado, se recomiendan el ICIQ-MLUTS (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Male Lower Urinary Tract Symptoms Module*) (**74,3 %**), el ICIQ-FLUTS (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms Module*) (**72,3 %**); el IPSS (Índice internacional de síntomas prostáticos) (**70,3 %**); y el PGI-I (**75,2 %**).

Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con disfunción defecatoria/estreñimiento, se recomienda el CVE20 (Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento; 20 ítems) (**71,3 %**).

En negrita: Grado de consenso de las recomendaciones expresado en porcentajes.

Evaluación y seguimiento

Los expertos consensuaron que el seguimiento de los pacientes debe contemplar de forma sistemática la valoración de la **evolución y respuesta al tratamiento**, la **adherencia**, la detección de posibles efectos secundarios y la necesidad de **cambiar a tratamientos avanzados** cuando el inicial no sea efectivo.

En caso de **mejoría del paciente tratado en especialidades hospitalarias no integradas en estructuras multidisciplinares**, se recomienda su **derivación a AP**, según patología y sintomatología. Esta derivación debe estar basada en una evaluación de-

tallada de la patología y los síntomas que el paciente presenta para asegurar que su condición haya mejorado lo suficiente como para que el seguimiento y control en AP sean adecuados. Esta transición permite un seguimiento más cercano y accesible para el paciente sin perder la continuidad de la atención.

En caso de **pacientes tratados en CM y/o USP**, se recomienda su **derivación a especialidades hospitalarias no integradas en estructuras multidisciplinares o AP**, según patología y sintomatología. En ambos casos, se recomienda realizar un **seguimiento de entre uno y seis meses**. Esta derivación también debe considerar la necesidad de una evaluación más especializada para garantizar que el tratamiento se ajuste a la evolución clínica del paciente.

En este modelo de seguimiento se refuerza la recomendación de **implicar y responsabilizar activamente al paciente**, facilitándole información clara y formación específica sobre su patología y tratamiento. Este enfoque busca fomentar la adherencia terapéutica, promover la toma de decisiones compartida y optimizar el manejo clínico a lo largo de todo el proceso asistencial.

PROM

En el manejo de las DSP, la **evaluación centrada en el paciente constituye un pilar fundamental** para complementar los resultados clínicos tradicionales con una perspectiva real de bienestar, calidad de vida y experiencia asistencial. Este enfoque se materializa mediante el uso sistemático de **PROMs, herramientas que recogen de forma directa la percepción del paciente** sobre el impacto de la enfermedad y miden los resultados aportados por este.

En relación con las DSP, la evaluación clínica se organiza en torno a distintas entidades funcionales para las que se recomienda, como mínimo, la recogida de los siguientes resultados en salud:

- **Incontinencia urinaria y/o disfunción miccional o de vaciado:** eficacia y carga del tratamiento, resultados de gravedad y carga de síntomas y resultados del diario miccional.
- **Incontinencia fecal y/o disfunción defecatoria/estreñimiento:** resultados gastrointestinales de gravedad y sintomatología asociada y resultados del diario defecatorio.
- **Dolor pélvico crónico:** registro de efectos adversos asociados a la intervención y signos de dolor (dispareunia, dismenorrea).

Más allá de los resultados clínicos, los expertos están de acuerdo en la necesidad de incorporar el uso de las PROM de forma rutinaria, no solo para valorar la tasa de éxito de las intervenciones, sino también para medir la satisfacción y la calidad de vida global del paciente, en línea con los principios de la toma de decisiones compartida (tabla 13).

Tabla 13. Principales resultados en salud y PROM.

	Variables clínicas	PROM
Generales	-	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de autocuidado o dependencia. Descanso nocturno. Calidad de vida sexual, familiar, laboral y viajes. Uso de PREM.
Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de éxito del tratamiento. PAD Test. Diario miccional. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida (PGI-I). Sintomatología (ICIQ-SF, OAB-q, CACV).
Incontinencia fecal	<ul style="list-style-type: none"> Resultados clínicos gastrointestinales. Diario defecatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida (PGI-I, FIQL). Sintomatología (escala St Mark's).
Dolor pélvico crónico	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de efectividad clínica y de efectos adversos por intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Mapa de dolor-anatomía. Diario de dolor. EVA de dolor. Síntomas emocionales (síntomas de sensibilización central, CSI [siglas en inglés]).
Disfunción miccional/ de vaciado	<ul style="list-style-type: none"> Resultados clínicos de gravedad y carga de síntomas. Gammagrafía de la vejiga. Volumen miccional. Resultados clínicos de efectividad y carga de tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida (PGI-I). Sintomatología (ICIQ-MLUTS, ICIQ-FLUTS, IPSS).
Disfunción defecatoria/ estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> Resultados clínicos de gravedad de síntomas. Retardo del inicio de la defecación. Digitoclasia. Sensación de defecación incompleta. 	<ul style="list-style-type: none"> Calidad de vida (CV20). Sintomatología (ROMA-IV).

CACV: Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga; CSI: *Central Sensitization Inventory*; CVE20: Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento; EVA: Escala visual analógica; FIQL: *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*; ICIQ-FLUTS: *ICIQ Female Lower Urinary Tract Symptoms*; ICIQ-MLUTS: *ICIQ Male Lower Urinary Tract Symptoms*; ICIQ-SF: *ICIQ Short Form*; IPSS: *International Prostate Symptom Score*; OAB-q: *Overactive Bladder Symptom and Health Related Quality of Life*; PAD Test: Prueba de pérdida urinaria con compresa (pad test); PGI-I: *Patient's Global Impression of Improvement*; PREM: *Patient Reported Experience Measures*; ROMA-IV: Criterios de Roma IV para trastornos funcionales gastrointestinales.

Con esta sistematización, la evaluación centrada en el paciente se convierte en un eje transversal de la atención y asegura que la valoración de resultados no se limite a indicadores clínicos objetivos, sino que integre de forma estructurada la voz y la experiencia del propio paciente a lo largo de todo el proceso.



RESUMEN

- Se considera **imprescindible valorar la evolución del paciente**, su **respuesta al tratamiento**, la **adherencia** al mismo y los posibles **efectos secundarios**, así como considerar cambios a un tratamiento más avanzado en caso de que el inicial no resulte efectivo.
- El **seguimiento** del paciente con mejoría en un CM o una USP será **realizado por especialistas hospitalarios, en los casos de pacientes complejos** que requieran intervenciones avanzadas y un control especializado, o **por AP, en función de la sintomatología y la respuesta al tratamiento**.
- El **seguimiento** del paciente será realizado **por AP en los casos en que los pacientes sean derivados desde especialidades hospitalarias no integrados en estructuras multidisciplinares** y presenten buena respuesta al tratamiento y una mejora de la sintomatología, lo que permite un enfoque más accesible y cercano.
- La **involucración del paciente** en la optimización de su manejo, proporcionándole información y formación sobre su patología y tratamiento, **contribuye a aumentar su adherencia terapéutica** y a mejorar su participación en el proceso de cuidado.
- Se propone el **uso de PROM de forma sistemática** para valorar la tasa de éxito de los tratamientos y la satisfacción general del paciente.

5

ACCIONES PROPUESTAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

La optimización del proceso asistencial actual exige un enfoque estructurado, medible y centrado en el paciente, con acciones coordinadas que garanticen un impacto clínico, organizativo y económico sostenible. Estas líneas de actuación propuestas se orientan a mejorar la equidad en el acceso, la calidad de la atención y la eficiencia en el uso de recursos.

En la figura 4 se recoge un resumen de las acciones propuestas por los profesionales sanitarios durante los grupos de trabajo para la actualización y optimización del proceso asistencial del paciente con DSP.

Figura 4. Resumen de acciones propuestas.



AP: atención primaria; CM: comité multidisciplinar; DSP: disfunciones de suelo pélvico; USP: unidad de suelo pélvico.

Abordaje Multidisciplinar

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo del libro, resulta necesario optimizar la atención al paciente con DSP mediante la reorganización de recursos, la centralización de la atención y la creación de estructuras estables y especializadas como los CM y las USP.

Para ello y en primer lugar, resulta fundamental **concienciar a la administración sanitaria** acerca de la importancia de la formación e implantación de USP y CM, así como de la necesidad de **fomentar la formación especializada en DSP** que asegure la homogeneidad en la capacitación de profesionales.

Del mismo modo, se considera necesario **definir de manera clara la composición tanto de los CM como de las USP**, incorporando perfiles de diferentes especialidades para el abordaje integral de la patología e impulsando la **centralización de la atención al paciente** para concentrar experiencia y optimizar resultados durante el proceso asistencial.

La **gestión eficiente de las listas de espera conjuntas** formaría parte esencial de la estrategia: se priorizarían los casos en función de criterios clínicos objetivos con el fin de mejorar la eficiencia global del proceso asistencial.

Por otro lado, con el objetivo de garantizar una identificación precisa de la sintomatología para un correcto tratamiento, es necesario homogeneizar y optimizar la primera consulta en las USP y los CM. Asimismo, **se propone la realización de consultas conjuntas** en pacientes complejos, con la participación de distintas especialidades, lo que favorece una atención más coordinada y eficiente en este tipo de pacientes.

Dentro del abordaje multidisciplinar, la figura del **gestor de casos se considera clave** para acompañar al paciente a lo largo de todo el proceso asistencial, coordinando citas, asegurando la comunicación entre niveles asistenciales y facilitando la adherencia al tratamiento.

Finalmente, proporcionar a los **pacientes cuestionarios estructurados previamente a su primera consulta** en la USP o el CM permitiría optimizar el tiempo clínico, priorizar los problemas más relevantes y orientar la consulta hacia los aspectos de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Formación de profesionales, sensibilización sociocultural y detección comunitaria

Dada su importancia, una acción clave en este punto es el desarrollo de **programas de formación continua**, guías clínicas y **jornadas de actualización** para todos los profesionales implicados, lo que fomenta la práctica basada en la evidencia y la adopción de consensos nacionales e internacionales. De la misma manera, otra acción clave sería **aumentar la visibilidad de las DSP** entre profesionales y para la población general. Para ello, se propone llevar a cabo jornadas de concienciación, campañas informativas y escuelas de pacientes expertos que favorezcan la educación sanitaria y la colaboración en el manejo de la disfunción.

Dado que muchas patologías del suelo pélvico se asocian al estigma social y la baja visibilidad, resulta prioritario impulsar acciones dirigidas a mejorar el conocimiento y reducir barreras.

Las **campañas de concienciación** en centros de salud, hospitales y farmacias permitirían visibilizar las DSP mediante carteles informativos y charlas divulgativas, lo que contribuiría a normalizar su abordaje y reducir las barreras sociales que podrían dificultar una detección temprana.

A su vez, la **colaboración con farmacias** para la detección indirecta de casos adquiere un papel relevante, ya que el seguimiento de indicadores como el uso frecuente de absorbentes podría convertirse en una herramienta eficaz para detectar pacientes con DSP.

Por último, el **refuerzo de la educación sanitaria** para que pacientes y cuidadores reconozcan síntomas y busquen atención de forma temprana es crucial, puesto que favorece un diagnóstico y un tratamiento tempranos.

Proceso de derivación

Es necesario establecer un circuito de derivación a la USP o el CM con el objetivo de reducir tiempos y costes asociados, mejorar la eficiencia y evitar duplicidades diagnósticas.

Sería fundamental **fomentar el conocimiento y la implantación del circuito de derivación establecido** entre todos los profesionales involucrados, lo que facilitaría una derivación más ágil y eficiente, con el fin de asegurar un acceso equitativo a los CM o las USP una vez definidos los criterios de derivación.

A su vez, **reforzar el papel de enfermería** se considera otra acción esencial, especialmente en términos de formación y motivación, dado su papel en la detección precoz de las DSP y la derivación adecuada. También resulta de vital importancia la **incorporación de la figura del gestor de casos**, responsable de filtrar y redirigir a la USP, al CM o a especialistas específicos según la complejidad clínica.

El último punto clave en relación con el circuito de derivación sería la **implementación de herramientas de derivación dirigidas**, como listas de verificación (*checklists*) o formularios desplegables, que faciliten la identificación de los criterios mínimos para una derivación adecuada y aporten seguridad y eficiencia al proceso.

Protocolos de diagnóstico precoz, seguimiento estructurado y atención emocional al paciente

Resultaría fundamental la **elaboración de protocolos de diagnóstico precoz** que priorizaran las pruebas necesarias y optimizaran el uso de recursos, con especial atención a la detección en fases iniciales. El **seguimiento debería estar estructurado**, a cargo de AP o especialistas hospitalarios según la complejidad, para garantizar la continuidad asistencial, la prevención de recaídas y un cuidado holístico y multidisciplinar.

Por otro lado, se propone la **implementación de consultas de alta resolución**, en las que se realice una anamnesis dirigida completa, se haga un diagnóstico preciso y se proponga el tratamiento en un mismo acto. Estas consultas se beneficiarían del apoyo de enfermería especializada, que permitiría reforzar el abordaje conservador siguiendo protocolos y guías de referencia.

Una acción clave sería **proporcionar herramientas** de apoyo al diagnóstico en AP, tales como algoritmos y protocolos consensuados, para facilitar la detección temprana de síntomas, lo que permitiría mejorar la calidad de las derivaciones. También resultaría de vital importancia **estandarizar la anamnesis** unificando el procedimiento de la primera valoración mediante protocolos comunes que incluyeran la exploración física, el uso de cuestionarios validados y la recolección de antecedentes clínicos, lo que garantizaría la uniformidad de la evaluación inicial.

Dentro del abordaje del paciente y su intervención en casos de atención emocional, se considera fundamental la incorporación de **talleres de apoyo psicológico**, especialmente en pacientes con comorbilidades como ansiedad o depresión, así como la **detección y derivación temprana a salud mental** cuando sea necesario.



RESUMEN

- Es necesario **optimizar y centralizar la atención** a través de la reorganización de recursos y la creación de estructuras especializadas como los **CM** y las **USP**.
- Es necesario **concienciar a la administración sobre la importancia de las USP y los CM**, así como definir claramente su composición e integrar diversos perfiles profesionales para un abordaje integral.
- El **gestor de casos es clave** en el proceso asistencial.
- Es necesario **desarrollar programas de formación** dirigidos a profesionales de la salud y aumentar la visibilidad de las DSP entre los pacientes.
- Hay que **reducir el estigma social y aumentar el conocimiento sobre las DSP** mediante campañas en centros de salud, hospitales y farmacias.
- El **establecimiento de un circuito de derivación claro y ágil hacia CM o USP** permitiría mejorar la eficiencia y reducir tiempos y costes sanitarios.
- Es importante **desarrollar protocolos de diagnóstico precoz** para optimizar recursos y garantizar un seguimiento estructurado.
- Deben implementarse **consultas de alta resolución** con anamnesis completa, diagnóstico y tratamiento en un solo acto, con el apoyo de enfermería especializada.
- Es necesario **proporcionar una correcta atención emocional** a través de talleres de apoyo psicológico para pacientes con comorbilidades.

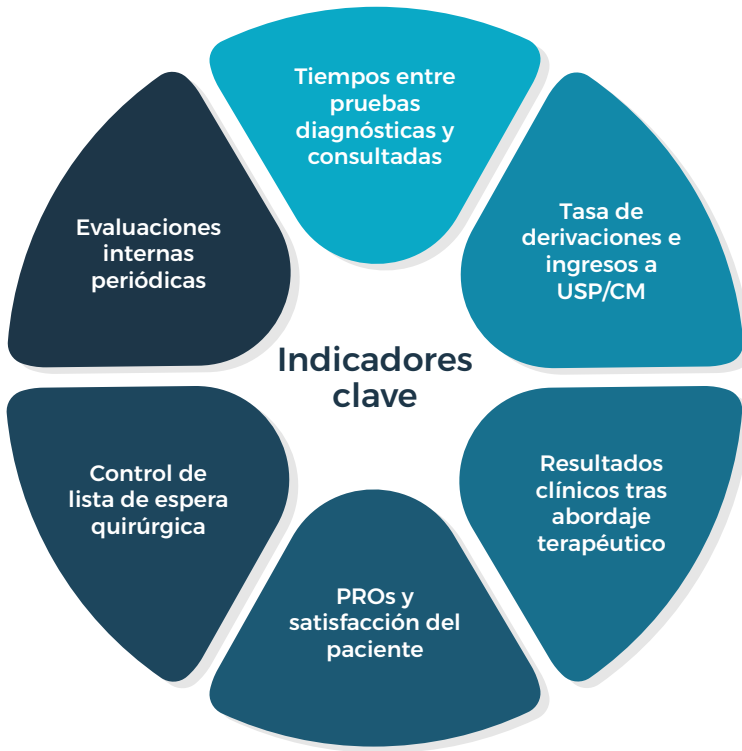
6

INDICADORES CLAVE

La evaluación del modelo requiere de indicadores claros y bien definidos, alineados con una gestión clínica eficiente y que tengan una relevancia directa para la toma de decisiones. Además, estos indicadores deben basarse en fuentes de datos viables, precisas y auditables que garanticen su fiabilidad y utilidad en el proceso de evaluación.

El uso de indicadores permite cuantificar aspectos clave como la eficiencia, la calidad y los resultados en salud de los procesos asistenciales. Estos indicadores actúan como herramientas clave para identificar áreas de mejora y medir el impacto de las intervenciones y los resultados obtenidos a través de estas. En este sentido, los indicadores no solo facilitan el análisis de la situación actual, sino que también proporcionan la base para la toma de decisiones informadas que pueden llevar a mejoras sustanciales en la calidad de la atención. La figura 5 muestra de forma esquemática los indicadores clave propuestos para evaluar el proceso asistencial optimizado, de acuerdo con los objetivos y enfoques del presente trabajo.

Figura 5. Indicadores clave del proceso asistencial optimizado



CM: comité multidisciplinar; PROs: *Patient Reported Outcomes*; USP: unidad de suelo pélvico.

Tiempos entre pruebas diagnósticas y consultas

Los retrasos en la atención pueden tener diversas consecuencias negativas, como diagnósticos menos precisos, incremento de los costes del proceso asistencial, menor satisfacción del paciente y dificultad para comparar los resultados entre centros si no se gestionan adecuadamente. Por ello, es fundamental medir y monitorizar los tiempos transcurridos entre las distintas pruebas y consultas.

En este contexto, el intervalo de tiempo se define como el **número de días entre la solicitud de una prueba y su realización**, así como **entre la disponibilidad del informe y la consulta clínica posterior**. El propósito de este indicador es identificar los cuellos de botella en el circuito asistencial (como la citación, la realización de pruebas diagnósticas, la elaboración del informe y la revisión clínica) y priorizar acciones de mejora donde estos retrasos tengan un mayor impacto.

La información necesaria para este análisis debe integrarse desde fuentes como la historia clínica electrónica, los sistemas de citación y los sistemas RIS/PACS (*Radiology Information System / Picture Archiving and Communication System*) y LIS (*Laboratory Information System*). Este análisis permitirá valorar los tiempos de demora existentes en el circuito asistencial y la capacidad de respuesta de las USP y los CM.

Tasa de derivaciones e ingresos a Unidades de Suelo Pélvico / Comités Multidisciplinares

Este indicador se define como el **porcentaje de pacientes con DSP que acceden a USP o CM sobre el total de pacientes potencialmente elegibles atendidos en AP y especialidades hospitalarias**. Su objetivo es medir el uso apropiado de los recursos de alta especialización y detectar tanto la infrautilización (barreras de acceso) como la sobreutilización (derivaciones no ajustadas a criterios).

Este indicador es fundamental porque, en una red sanitaria orientada a la complejidad, las derivaciones deben ser pertinentes, no simplemente volumétricas. La fuente de datos combina el módulo de derivaciones (incluyendo motivo o criterios), los registros de actividad de USP/CM y el censo de casos índice en AP/especialidades.

Para su correcta aplicación, es necesario contar con denominadores bien definidos (población diana) y una auditoría detallada de los «campos de justificación clínica».

Resultados clínicos tras abordaje terapéutico

Este indicador mide la **proporción de pacientes que alcanzan respuesta clínica predefinida y/o reducción de complicaciones tras la intervención en USP/CM, en ventanas temporales estandarizadas** (p. ej., 3-6-12 meses). El objetivo es medir la efectividad real del modelo asistencial y discriminar qué intervenciones y flujos aportan mayor valor para conectar el trabajo multidisciplinar con beneficios tangibles y comparables.

La información necesaria para medir este indicador se obtiene de la historia clínica, los registros de procedimientos, las bases de seguimiento y, cuando corresponda, los sistemas de eventos adversos. Es fundamental definir previamente la respuesta mínima clínicamente relevante y asegurar la recopilación consistente de datos tanto antes como después del tratamiento.

Patient Reported Outcomes (PRO) y satisfacción del paciente

Este indicador se define como el **porcentaje de pacientes que alcanzan un determinado nivel en una PROM**. Estos instrumentos validados permiten evaluar la percepción del paciente sobre síntomas, función y calidad de vida en relación con su enfermedad o tratamiento. El objetivo de este indicador es incorporar la voz del paciente en la evaluación del proceso clínico y en la toma de decisiones compartidas, capturando tanto los beneficios como los posibles elementos negativos que los indicadores clínicos tradicionales no reflejan.

Los datos se deben recoger mediante una plataforma integrada con la historia clínica, que capture la información en tres momentos clave: al inicio del tratamiento (basal), al alta de USP/CM y en los seguimientos a los seis y los doce meses. Es crucial también controlar la tasa de cumplimentación de las encuestas y establecer mecanismos que minimicen la pérdida de datos, como recordatorios o la captura directa de la información en la consulta.

Control de lista de espera quirúrgica

Este indicador se define como el **tiempo medio y percentil 90 desde la indicación quirúrgica hasta la intervención**. Su objetivo es garantizar tiempos clínicamente razonables y maximizar la eficiencia de las modalidades quirúrgicas seguras y eficientes. Un retraso excesivo en las intervenciones puede aumentar el riesgo de progresión de la enfermedad, generar ansiedad en los pacientes y aumentar los costes del tratamiento.

La información se recogería del registro quirúrgico, los sistemas de programación de quirófano, los sistemas de preanestesia y las altas hospitalarias. Es necesario estratificar este indicador por prioridad clínica y técnica y complejidad anestésica. Asimismo, es importante determinar el **número de intervenciones quirúrgicas realizadas**, así como cuántas de ellas han sido **realizadas con éxito**. Estos datos permitirían recalcar cuántos pacientes han requerido una intervención mayor debido a las complicaciones de su enfermedad, así como el índice de éxito de estas intervenciones. Estos datos permitirían evaluar la capacidad de respuesta, la calidad asistencial, y la eficiencia del modelo y la estrategia de recursos planteados.

Evaluaciones internas periódicas

Para evaluar el correcto funcionamiento del modelo propuesto se sugiere realizar revisiones sistemáticas y estructuradas, lideradas por un comité de evaluación independiente o por el propio CM/USP en coordinación con la dirección asistencial. El objetivo es analizar de manera objetiva el grado de cumplimiento de los procesos normalizados de trabajo, la eficiencia en la toma de decisiones clínicas y la satisfacción de los pacientes atendidos.

Estas evaluaciones deben basarse en indicadores previamente consensuados (indicadores clave del desempeño [KPI, por sus siglas en inglés] clínicos, organizativos y de experiencia del paciente) y realizarse de manera periódica para identificar tendencias y áreas de mejora continua. Esta aproximación debe centrarse no solo en medir los resultados clínicos, sino también en optimizar la organización y garantizar que el paciente reciba una atención coordinada, segura y eficiente.



RESUMEN

- Se proponen los siguientes indicadores que permiten evaluar el correcto funcionamiento del proceso asistencial y fomentar la mejora continua del mismo:
 - > La evaluación del **tiempo entre pruebas diagnósticas y consultas** con el fin de identificar cuellos de botella en el circuito asistencial y priorizar acciones de mejora donde generen mayor impacto.
 - > Conocer las **tasas de ingresos y derivaciones a CM y USP** con el objetivo de detectar puntos de mejora, como la aparición de barreras de acceso o procesos de derivación no ajustados a criterios.
 - > Se recomienda la medición de **resultados clínicos en pacientes tras el abordaje terapéutico** para discriminar qué intervenciones y flujos aportan beneficios tangibles y comparables dentro del modelo multidisciplinar de atención.
 - > La **satisfacción del paciente**, medida a través de PROM, facilita la participación del mismo a través de decisiones compartidas y proporciona información sobre su calidad de vida que no se reflejaría en los resultados clínicos.
 - > El **control de las listas de espera**, el índice de éxito de las intervenciones y el número de pacientes que han requerido una intervención mayor debido a complicaciones de su enfermedad.
 - > **Evaluaciones internas periódicas** que permitirían un análisis detenido del grado de cumplimiento obtenido en CM y USP, con el fin de optimizar la organización y garantizar un manejo y una atención adecuados para cada paciente.

La evidencia más reciente respalda que la creación de comités y unidades multidisciplinarias en otras patologías permite una atención integral, eficiente y centrada en el paciente, lo que optimiza los recursos disponibles (61, 62).

Siguiendo el ejemplo de modelos de éxito previos en otros campos, el presente proyecto ha adaptado dicha estructura a las necesidades específicas del abordaje de las DSP y ha definido tres pilares fundamentales del proceso:

- 1. Comités Multidisciplinares:** se proponen como órganos de coordinación y toma de decisiones clínicas en hospitales de segundo nivel, siguiendo una estructura estandarizada. Su principal función es analizar los casos más complejos, garantizar la continuidad asistencial y consensuar las estrategias terapéuticas más adecuadas. Su labor complementa las USP y favorece la equidad en el acceso a la atención especializada, incluso en centros que no cuenten con una unidad formalmente constituida.
- 2. Unidades de Suelo Pélvico:** a diferencia de los CM, las USP se configuran como unidades funcionales multidisciplinarias que integran a los distintos especialistas implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con DSP en un mismo espacio físico o virtual. Estas unidades, disponibles en hospitales de referencia, cuentan con recursos y personal propios, lo que permite realizar consultas conjuntas. Este modelo facilita un diagnóstico más rápido y preciso, así como un plan terapéutico adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

3. Gestor de Casos: se propone la creación de una figura de gestor de casos, que ha demostrado ser eficaz en otras disciplinas clínicas y es un elemento facilitador clave para mejorar la relación entre médico y paciente (65). Esta figura, comúnmente desempeñada por personal de enfermería, adquiere un papel clave actuando como coordinadora del itinerario asistencial del paciente. El gestor de casos garantiza la continuidad del proceso, facilita la comunicación entre niveles y especialidades y refuerza la educación sanitaria y el seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso. A su vez, desempeña un rol crucial en la experiencia del paciente, ya que le proporciona acompañamiento durante todo su recorrido. La literatura indica que los modelos liderados por enfermería son seguros, eficaces y rentables, especialmente para pacientes con patologías crónicas o multimorbilidad (67). La enfermera gestora de casos también contribuye a reducir hospitalizaciones evitables, optimizar los recursos y mejorar la experiencia y satisfacción del paciente (68).

La implementación de USP y CM permitiría abordar de forma estructurada e integral las DSP y generaría beneficios clínicos, organizativos y económicos con un impacto directo en la sostenibilidad del sistema sanitario, tal como se muestra en la figura 6.

Figura 6. Beneficios del modelo propuesto.

<p>1 Reducción de tiempos de diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Valoración clínica más ágil y precisa. · Reducción del tiempo desde la primera consulta hasta la decisión terapéutica (demoras actuales de hasta 36 meses).
<p>2 Optimización del uso de recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Disminución de retrasos y aumento de la eficiencia del proceso. · Optimización de las consultas. · Reducción de derivaciones duplicadas, pruebas innecesarias y cambios reiterados de tratamiento. · Reducción de listas de espera.
<p>3 Sostenibilidad y eficiencia económica del sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Reducción de hasta un 16% de los cambios terapéuticos por falta de eficacia. · Reducción de entre el 15 y el 20% en el número de cirugías. · Ahorro de hasta un 25% en las intervenciones quirúrgicas. · Reducción de hospitalizaciones prolongadas y/o pruebas repetidas.
<p>4 Mejora de la experiencia del paciente y su adherencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Garantía de equidad, homogeneidad y calidad de la atención a nivel nacional. · La recogida de PRO y PROM permite valorar el impacto de las actuaciones en la calidad de vida del paciente. · Reducción de la variabilidad y mejora de los resultados en salud. · La figura de gestor de casos proporciona acompañamiento continuo, contribuye a la adherencia a los tratamientos y resuelve dudas del paciente, lo que eleva su experiencia.
<p>5 Homogeneización de la atención en el sistema de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Atención más cercana, coordinada y personalizada. · Reducción de la variabilidad entre comunidades autónomas y centros. · Modelo flexible y adaptable según el nivel asistencial y los recursos.

PRO: *Patient Reported Outcomes*; PROM: *Patient Reported Outcome Measures*.

- 1. Reducción de tiempos de diagnóstico:** actualmente, uno de los mayores desafíos en la atención a pacientes con múltiples patologías es la demora en el diagnóstico y la atención (69), especialmente en el caso de las DSP, en las que los tiempos de espera pueden alcanzar hasta los 36 meses, según el Comité Científico de este proyecto. Las USP, al promover la evaluación conjunta por diferentes especialistas, permiten una **valoración clínica más ágil y precisa que reduce significativamente el tiempo** desde la primera consulta hasta la decisión terapéutica (61). Este enfoque mejoraría la rapidez y efectividad del proceso diagnóstico y terapéutico.
- 2. Optimización del uso de recursos:** desde una perspectiva estructural, la atención conjunta evita derivaciones múltiples, la duplicidad de pruebas y la fragmentación entre especialidades, que son algunas de las barreras más relevantes del modelo asistencial actual. Este tipo de organización promueve un flujo asistencial más coherente, **disminuye los retrasos y mejora la eficiencia de los procesos**. La coordinación entre equipos facilita el **aprovechamiento óptimo de las consultas**, reduce las derivaciones duplicadas y las pruebas innecesarias, así como los cambios reiterados de tratamiento. Todo ello contribuye a **reducir las listas de espera** y a estandarizar protocolos, con lo que se logra una atención más homogénea y centrada en el paciente.
- 3. Sostenibilidad y eficiencia económica del sistema:** la reorganización de recursos derivada de la asistencia multidisciplinar no solo mejora la calidad de la atención, sino que también tiene un impacto económico considerable. La evidencia muestra que este enfoque **reduce hasta un 16 % de los cambios terapéuticos** por falta de eficacia (16) y **reduce en un 20 % los procedimientos quirúrgicos** (15, 16), **lo que a su vez supone una disminución de hasta el 25 % de los costes asociados a cirugía** (16). Este ahorro sustancial para el sistema sanitario se traduce en una **disminución de intervenciones innecesarias, hospitalizaciones prolongadas y pruebas repetidas**, lo que representa una mejora esperable en la eficiencia económica del sistema sanitario.
- 4. Mejora de la experiencia del paciente y su adherencia:** el modelo propuesto busca **garantizar la equidad, homogeneidad y calidad de la atención al paciente a nivel nacional, reduciendo las variabilidades entre centros**. En este contexto, la **recogida** estructurada de **PRO** que informen sobre aspectos relacionados con la salud a través de **PROM** forma parte integral del proceso asistencial consensuado. Este enfoque permite valorar de forma objetiva el impacto de las intervenciones sobre la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con el fin de **mejorar los resultados en salud**. Además, esta integración refuerza el papel activo del paciente

en su propio cuidado. La incorporación de la figura del **gestor de casos** (principalmente realizada por enfermería) facilita el acompañamiento continuo y la resolución de dudas, lo que contribuiría a una mayor adherencia a los tratamientos indicados (70) y mejora la experiencia y los resultados en salud.

5. Homogeneización de la atención en el sistema de salud: en la actualidad, existen diferencias significativas entre centros y comunidades autónomas en cuanto a la existencia, la composición y el funcionamiento de las USP (14, 19). La estructuración y estandarización del modelo propuesto contribuirá a ofrecer una atención más cercana, coordinada y personalizada, lo que mejorará la percepción del paciente sobre su proceso asistencial (19). El hecho de que las unidades reciban cada vez mayores recursos podría determinar el éxito de las mismas y generar beneficios en el ámbito de las DSP, de manera similar a lo que ya ocurre en otras patologías (71). La dotación de los recursos adecuados es clave para posibilitar una atención eficaz y de calidad.



RESUMEN




- Las **USP** y los **CM** facilitan la **reducción** de los **tiempos de diagnóstico**, **agilizan la evaluación clínica** y reducen los tiempos desde la primera consulta hasta la decisión terapéutica.
- La **atención conjunta minimiza las derivaciones**, la duplicación de pruebas diagnósticas y **la fragmentación entre especialidades**, lo que fomenta una optimización de los recursos y mejora la eficiencia.
- La asistencia multidisciplinar favorece una **mayor sostenibilidad y eficiencia económica** del sistema y genera ahorros significativos en costes hospitalarios.
- La recolección de PRO y el acompañamiento continuo por gestores de casos permiten una **mejor experiencia del paciente**, lo que favorece su adherencia al tratamiento y mejora su calidad de vida.
- La **homogeneización de la atención en el sistema de salud**, lograda a través de este modelo multidisciplinar, mejora la atención coordinada y personalizada y reduce las diferencias en la calidad de la atención entre centros y comunidades autónomas.

8

POSIBLES BARRERAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

El éxito de las acciones propuestas dependerá de la capacidad para identificar y mitigar las barreras que, previsiblemente, pueden aparecer durante su implementación. Estas barreras se agrupan en cuatro grandes categorías: económicas y recursos, formativas, organizativas y culturales (figura 7).

Figura 7. Resumen de barreras clasificadas por categorías.

 <p>Económicas y recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Limitaciones presupuestarias para financiar unidades de suelo pélvico, personal y equipamiento. · Falta de infraestructuras adecuadas. · Escasez de personal especializado con tiempo para casos complejos y coordinación interdepartamental.
 <p>Formativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Variabilidad en el nivel de conocimiento de las disfunciones de suelo pélvico entre profesionales. · Falta de familiaridad con protocolos y guías clínicas. · Escasa experiencia en trabajo multidisciplinar estructurado.
 <p>Organizativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Comunicación deficiente entre niveles asistenciales (AP ↔ hospital ↔ USP). · Heterogeneidad de criterios y protocolos entre áreas sanitarias. · Baja adhesión de algunos profesionales a protocolos consensuados. · Saturación de servicios y agendas sobrecargadas. · Falta de tiempo en consulta para anamnesis completa o aplicación de PROM.
 <p>Culturales</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Desmotivación profesional por ausencia de incentivos. · Estigma y baja visibilidad de las DSP entre pacientes y profesionales. · Reticencia al cambio organizativo y resistencia a modificar los flujos de trabajo. · Escasa implicación del paciente por falta de estrategias de participación.

AP: atención primaria; DSP: disfunciones de suelo pélvico; PROM: *Patient Reported Outcome Measures*; USP: unidad de suelo pélvico.

Barreras económicas y de recursos

Las principales limitaciones identificadas en la implementación de USP y CM se relacionan con la **dificultad para obtener financiación y presupuestos** específicos para su creación, así como la contratación de personal, la formación continua y la adquisición de equipamiento necesario. A esto se suma la **falta de infraestructuras adecuadas** que permitan disponer de consultas de alta resolución, salas de reuniones y exploración o quirófanos suficientemente dotados. Además, la **escasez de personal especializado** y la limitada capacidad de las plantillas dificultan tanto la coordinación interdepartamental como la posibilidad de ofrecer atención prolongada a los casos de mayor complejidad.

Barreras formativas

Se ha identificado una carencia significativa en la formación homogénea de los profesionales, lo que se refleja en la **variabilidad del nivel de conocimiento sobre las DSP** entre los distintos niveles asistenciales. Asimismo, la **falta de familiaridad con los protocolos y guías clínicas existentes** dificulta la aplicación uniforme de las recomendaciones y los consensos clínicos. Esto genera una disparidad en las prácticas y obstaculiza la homogeneización del abordaje. A su vez, la **limitada experiencia en el trabajo multidisciplinar** revela que algunos equipos aún no han adoptado una cultura de coordinación estructurada entre especialidades. Asimismo, la movilidad derivada de los procesos de oferta pública de empleo y concurso de traslado puede comprometer la estabilidad de los equipos multidisciplinarios, generar rotación en perfiles clave y afectar la continuidad asistencial y la consolidación de la experiencia específica en el abordaje de las DSP.

Barreras organizativas

La **comunicación entre los diferentes niveles asistenciales es insuficiente**, lo que genera problemas en la transmisión de información entre AP, atención hospitalaria y USP/CM, lo que resulta en duplicidades y retrasos. La **heterogeneidad de criterios**, evidenciada en las **diferencias de protocolos** aplicados en diversas áreas sanitarias, dificulta tanto la derivación unificada como la comparabilidad de resultados. La **baja adherencia a los protocolos** se debe en gran medida a la resistencia de algunos profesionales a adoptar criterios consensuados en favor de sus prácticas individuales. A su vez, la saturación de los servicios, con una elevada carga asistencial en los hospitales, limita la posibilidad de incorporar nuevas tareas o consultas conjuntas. Del mismo modo, la

falta de tiempo en consulta, producto de agendas sobrecargadas, impide la aplicación sistemática de anamnesis completas o la recogida de datos a través de PROM.

Barreras culturales

La **desmotivación profesional** está estrechamente vinculada a la falta de incentivos para involucrarse en proyectos de reorganización o mejora, especialmente cuando el esfuerzo adicional no recibe un reconocimiento adecuado. Además, **el estigma y la baja visibilidad de las DSP** contribuyen a que tanto los pacientes como algunos profesionales tiendan a infravalorar el impacto de estas, lo que disminuye la prioridad percibida.

La **reticencia al cambio organizativo** es otro obstáculo importante, especialmente en contextos en que los flujos de trabajo establecidos **no permiten fácilmente la implementación de nuevos modelos de coordinación interdepartamental**. Finalmente, la **limitada participación del paciente** se debe a la ausencia de herramientas y estrategias efectivas que fomenten su implicación activa en el propio proceso asistencial, lo que reduce su capacidad para influir en su propio cuidado y bienestar.



RESUMEN

- La **falta de financiación** específica y de infraestructuras adecuadas limita la creación de USP y CM y dificulta la contratación de personal y la adquisición de equipamiento necesario para la atención.
- La **variabilidad en la formación** sobre DSP entre profesionales y la falta de familiaridad con protocolos y guías clínicas dificultan la homogeneización de prácticas y el trabajo multidisciplinar eficiente.
- La **insuficiente comunicación entre los diferentes niveles asistenciales** genera duplicidades y retrasos en los procesos. La falta de adhesión a protocolos consensuados y la saturación de servicios afectan la eficacia del sistema de salud.
- La **desmotivación profesional y el estigma sobre las DSP** limitan la implicación de profesionales y pacientes, reducen la prioridad y dificultan la adopción de cambios organizativos y la participación del paciente.



El presente trabajo evidencia que las DSP representan un reto sanitario por su alta prevalencia, el elevado número de infradiagnósticos y su notable impacto clínico, social y económico.

La fragmentación actual del proceso asistencial, unida a la falta de protocolos homogéneos de derivación, diagnóstico y tratamiento, genera demoras significativas, duplicidades en la atención y un uso ineficiente de los recursos disponibles. Esta situación perpetúa la carga de la enfermedad y repercute negativamente tanto en los resultados clínicos como en la calidad de vida de los pacientes.

El modelo asistencial propuesto, basado en la integración estructurada de CM, USP y la figura del gestor de casos, constituye una estrategia viable y necesaria para superar estas limitaciones. Dicho modelo no solo mejora la eficiencia organizativa, sino que además promueve la equidad en el acceso, refuerza la atención centrada en el paciente e incorpora de manera sistemática la medición de resultados en salud, tanto clínicos como de PRO.

De forma crítica, este proyecto también pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación de los profesionales sanitarios en el abordaje multidisciplinar, con especial énfasis en AP y en la integración de rehabilitación, psicología y enfermería especializada. La evidencia analizada demuestra que la incorporación activa de estas disciplinas optimiza la detección precoz, mejora la adherencia terapéutica y contribuye a reducir procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Asimismo, se constata que la creación de USP y la consolidación de CM favorecen una mejor coordinación clínica, reducen las demoras diagnósticas y permiten establecer circuitos asistenciales más eficientes. Esto se traduce en una reducción de los costes asociados al manejo de estas patologías y en una mejora global de la experiencia del paciente.

Sin embargo, su implementación exige superar ciertas barreras, como la heterogeneidad en la disponibilidad de recursos entre comunidades autónomas, la limitada financiación específica y la resistencia al cambio organizativo en determinados entornos clínicos.

De esta manera, este modelo optimizado constituye una oportunidad estratégica para avanzar hacia un sistema sanitario más sostenible y centrado en el valor en salud. La integración de estructuras multidisciplinares debe entenderse como un estándar asistencial necesario y alineado con las tendencias internacionales en la atención de patologías crónicas y complejas. Su implementación progresiva permitirá no solo mejorar la calidad asistencial y la eficiencia del sistema, sino también posicionar a los centros que adopten este enfoque como referentes en el abordaje integral de las DSP.

1. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*. 2021;325(23):2381-91.
2. Schaeffer AJ. Epidemiology and evaluation of chronic pelvic pain syndrome in men. *Int J Antimicrob Agents*. 2008;31 Suppl 1:S108-11.
3. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn 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(6):1306-14; discussion 14-5.
4. Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition. *Eur Urol*. 2005;48(4):622-7.
5. Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*. 2009;137(2):512-7, 7 e1-2.
6. Buckley BS, Lapitan MC. Prevalence of urinary and faecal incontinence and nocturnal enuresis and attitudes to treatment and help-seeking amongst a community-based representative sample of adults in the United Kingdom. *Int J Clin Pract*. 2009;63(4):568-73.
7. Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006;30(1):37-43.
8. Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, Merrie AE, Bissett IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *Br J Surg*. 2016;103(12):1589-97.
9. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008;300(11):1311-6.
10. Walter S, Hallbook O, Gotthard R, Bergmark M, Sjodahl R. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation. *Scand J Gastroenterol*. 2002;37(8):911-6.

11. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Martínez-Galiano JM. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2005.
12. Mundet L, Ribas Y, Arco S, Clave P. Quality of Life Differences in Female and Male Patients with Fecal Incontinence. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016;22(1):94-101.
13. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol*. 2016;21(1):69-81.
14. López-Salazar A, Palacios-Ramos J, Coterón-Ochoa PF, Gallego-Sánchez JA. [Multidisciplinary pelvic floor team: 5 year experience.]. *Arch Esp Urol*. 2021;74(4):383-8.
15. Maxwell M, Semple K, Wane S, Elders A, Duncan E, Abhyankar P, et al. PROPEL: implementation of an evidence based pelvic floor muscle training intervention for women with pelvic organ prolapse: a realist evaluation and outcomes study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):843.
16. Pandeva I, Biers S, Pradhan A, Verma V, Slack M, Thiruchelvam N. The impact of pelvic floor multidisciplinary team on patient management: the experience of a tertiary unit. *J Multidiscip Healthc*. 2019;12:205-10.
17. Ferrari L, Gala T, Igualada-Martinez P, Wendell Brown H, Weinstein M, Hainsworth A. Multidisciplinary team (MDT) approach to pelvic floor disorders. *Continence*. 2023;7.
18. Tsai TY, Huang SH, Liao CK, Tsai KY, Hsieh PS, Chiang SF, et al. Multidisciplinary Team Approach to Pelvic Floor Disorders: A Systematic Review. *Biomed J*. 2025:100912.
19. Quintana Franco LM, González López R, Garde García H, Díez Rodríguez JM, González Enguita C. Evolution and current status of the management of functional and pelvic floor pathology in the hospitals of the Community of Madrid. *Actas Urol Esp (Engl Ed)*. 2023;47(3):187-92.
20. Lacima G, Espuña M. [Pelvic floor disorders]. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(9):587-95.
21. Grimes WR, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. *StatPearls*. Treasure Island (FL) companies. Disclosure: Michael Stratton declares no relevant financial relationships with ineligible companies.2024.
22. Gyhagen M, Akervall S, Milsom I. Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *Int Urogynecol J*. 2015;26(8):1115-21.
23. Dieter AA, Wilkins MF, Wu JM. Epidemiological trends and future care needs for pelvic floor disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(5):380-4.
24. Wu JM, Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, Burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. *Obstet Gynecol*. 2014;123(1):141-8.
25. Hu TW, Wagner TH. Health-related consequences of overactive bladder: an economic perspective. *BJU Int*. 2005;96 Suppl 1:43-5.
26. 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(2):202-9.

- 27.** Papanicolaou S, Pons ME, Hampel C, Monz B, Quail D, Schulenburg MG, et al. Medical resource utilisation and cost of care for women seeking treatment for urinary incontinence in an outpatient setting. Examples from three countries participating in the PURE study. *Maturitas*. 2005;52 Suppl 2:S35-47.
- 28.** 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(1):96-100.
- 29.** Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Prevalence of double incontinence, risks and influence on quality of life in a general female population. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(4):545-50.
- 30.** Peinado Molina RA, Hernández Martínez A, Martínez Vázquez S, Martínez Galiano JM. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. (2296-2565 (Electronic)).
- 31.** Peinado Molina RA, Hernández Martínez A, Martínez Vázquez S, Martínez Galiano JM. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. *Front Public Health*. 2023;11:1180907.
- 32.** Patel S, Talia Denis, Gaba F, Feustel P, De EJB. High prevalence of coexisting pelvic symptomatology is observed in those with pelvic floor disorders, especially in chronic pelvic pain. *Continence*. 2025;14.
- 33.** Chan MC, Schulz JA, Flood CG, Rosychuk RJ. A retrospective review of patients seen in a multidisciplinary pelvic floor clinic. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010;32(1):35-40.
- 34.** <https://www.dolorpelvico.org/> [Available from: <https://www.dolorpelvico.org/>].
- 35.** <https://www.sermeef.es/grupo-de-trabajo-suelo-pelvico-de-sermef/> [Available from: <https://www.sermeef.es/grupo-de-trabajo-suelo-pelvico-de-sermef/>].
- 36.** <https://www.asiasuport.org/> [Available from: <https://www.asiasuport.org/>].
- 37.** Milsom I, Gyhagen M. Breaking news in the prediction of pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;54:41-8.
- 38.** Urología AEd. An urge to act. The health, socio-economic and environmental cost of continence problems in the EU [Available from: https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/Socio-economic_report_UrgetoAct.pdf#asset:4080543@1].
- 39.** de Miguel Valencia MJ, Margallo Lana A, Perez Sola MA, Sanchez Iriaso E, Cabases Hita JM, Alberdi Ibanez I, et al. Economic burden of long-term treatment of severe fecal incontinence. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2022;100(7):422-30.
- 40.** Brown HW, Barnes HC, Lim A, Giles DL, McAchrán SE. Better together: multidisciplinary approach improves adherence to pelvic floor physical therapy. *Int Urogynecol J*. 2020;31(5):887-93.
- 41.** Clarke J, Davis K, Douglas J, Peters MDJ. Defining nurse-led models of care: Contemporary approaches to nursing. *Int Nurs Rev*. 2025;72(1):e13076.
- 42.** Hogue H, Lalwani N. Magnetic Resonance Imaging Defecography: The Role of the Specialist Nurse. *Journal of Radiology Nursing*. 2022;41(3):180-7.

- 43.** Davis K, Kumar D. Pelvic floor dysfunction: a conceptual framework for collaborative patient-centred care. *J Adv Nurs.* 2003;43(6):555-68.
- 44.** Dao A, Dunivan G. Patient-Centered Goals for Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2022;17(4):210-8.
- 45.** Dunivan GC, Sussman AL, Jelovsek JE, Sung V, Andy UU, Ballard A, et al. Gaining the patient perspective on pelvic floor disorders' surgical adverse events. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(2):185 e1- e10.
- 46.** Whitehead L, Seaton P. The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2016;18(5):e97.
- 47.** Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research, and Evaluation.* 2007;Vol 12:Article 10.
- 48.** Reguant-Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El método Delphi. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació.* 2016(9 (1)):87-102.
- 49.** Thangaratinam S, Redman CWE. The Delphi technique. *The obstetrician & Gynaecologist.* 2005;7:120-5.
- 50.** Engeler DS, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Borovicka J, Cottrell AM, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. 2024.
- 51.** Cottrell AM, Schneider MP, Goonewardene S, Yuan Y, Baranowski AP, Engeler DS, et al. Benefits and Harms of Electrical Neuromodulation for Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review. *Eur Urol Focus.* 2020;6(3):559-71.
- 52.** Jiang Y, Li X, Guo S, Wei Z, Xu S, Qin H, et al. Transcutaneous Electrical Stimulation for Neurogenic Bladder After Spinal Cord Injury: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuromodulation.* 2024;27(4):604-13.
- 53.** Tutolo M, Ammirati E, Heesakkers J, Kessler TM, Peters KM, Rashid T, et al. Efficacy and Safety of Sacral and Percutaneous Tibial Neuromodulation in Non-neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction and Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review of the Literature. *Eur Urol.* 2018;73(3):406-18.
- 54.** Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, et al. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence-A UEG/ESCP/ESNM/ESPCCG collaboration. *United European Gastroenterol J.* 2022;10(3):251-86.
- 55.** O'Shea M, Amundsen CL. Neuromodulation in the Older Woman: An Advanced Treatment Option for Urgency Urinary Incontinence. *Current Geriatric Reports.* 2023;12:7-12.
- 56.** Cornu JN, Gacci M, Hashim H, Herrmann TRW, Malde S, Netsch C, et al. EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). 2025.
- 57.** Katuwal B, Bhullar J. Current Position of Sacral Neuromodulation in Treatment of Fecal Incontinence. *Clin Colon Rectal Surg.* 2021;34(1):22-7.

- 58.** Osman NI, Bratt DG, Downey AP, Esperto F, Inman RD, Chapple CR. A Systematic Review of Surgical interventions for the Treatment of Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis. *Eur Urol Focus*. 2021;7(4):877-85.
- 59.** Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, Hawkins AT, Messick C, Oliveira L, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(5):647-61.
- 60.** Ugianskiene A, Davila GW, Su TH, Urogynecology F, Pelvic Floor C. FIGO review of statements on use of synthetic mesh for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;147(2):147-55.
- 61.** Nieto-Martin MD, De la Higuera-Vila L, Bernabeu-Wittel M, Gonzalez-Benitez MA, Alfaro-Lara ER, Baron-Ramos MA, et al. A multidisciplinary approach for patients with multiple chronic conditions: IMPACTO study. *Med Clin (Barc)*. 2019;153(3):93-9.
- 62.** Ribera-Perianes J, Vega M, Cases Moreno X, Cordon J, Cortes Gracia J, Paredes P, et al. Multidisciplinary radio-guided surgery team: Alternative to change the current paradigm. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol (Engl Ed)*. 2024;43(2):91-9.
- 63.** David H, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa M. Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Cien Saude Colet*. 2020;25(1):315-24.
- 64.** Lopez Vallejo M, Puente Alcaraz J. Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2019;29(2):107-18.
- 65.** Villarreal-Granda P, Recio-Platero A, Martin-Bayo Y, Durantez-Fernandez C, Cardaba-Garcia RM, Perez-Perez L, et al. Models Used by Nurse Case Managers in Different Autonomous Communities in Spain: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(7).
- 66.** Joo JY, Liu MF. Understanding Nurse-led Case Management in Patients with Chronic Illnesses: A Realist Review. *West J Nurs Res*. 2021;43(2):182-95.
- 67.** Antic NA, Buchan C, Esterman A, Hensley M, Naughton MT, Rowland S, et al. A randomized controlled trial of nurse-led care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;179(6):501-8.
- 68.** Randall S, Crawford T, Currie J, River J, Betihavas V. Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. (1873-491X (Electronic)).
- 69.** Canaveras Leon E, Cano Fuentes G, Dastis Bendala C, Terron Dastis P, Almeida Gonzalez CV. [Delay in the diagnosis and treatment of five types of cancer in two urban health centres]. *Aten Primaria*. 2022;54(3):102259.
- 70.** Puyuelo AC, Lázaro E, Maicas PM, Vázquez N, Caballero VG, López MIM. Resultados y experiencia en salud en gestión de casos de enfermería en pacientes con patologías crónicas. 2023.
- 71.** Gutiérrez HH. IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DEL PACIENTE CON FIBROSIS QUÍSTICA. 2021.



11.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Variables	Panelistas (n = 101)
Mujeres, %	63,3
Edad (años), media (DE)	43 (7,7)
Especialidad, %	
Urología	10,9
Rehabilitación	17,8
Coloproctología	15,8
Ginecología	12,9
Digestivo	12,9
Enfermería	9,9
Medicina familiar y comunitaria	8,9
Otros*	11,0
Años de experiencia, media (DE)	13,8 (8,7)
N.º aproximado de pacientes diagnosticados con DSP al mes, media (DE)	95,7 (121,2)

Variables	Panelistas (n = 101)
Comunidad autónoma, %	
Andalucía	5,0
Andalucía	2,0
Asturias	3,0
Canarias	5,9
Cantabria	3,0
Castilla-La Mancha	5,0
Castilla y León	3,0
Cataluña	24,8
Comunidad Valenciana	7,9
Extremadura	1,0
Galicia	3,0
Madrid	31,7
Murcia	2,0
País Vasco	3,0

*Radiología, neurofisiología, anestesiología y reanimación, psicología.
DE: desviación estándar.

11.2. CONSULTA DELPHI

Atención primaria

Recomendación	Grado de acuerdo
Se recomienda que se realice una anamnesis dirigida ante la sospecha de Disfunción de Suelo Pélvico:	
A. Disfunciones urinarias/uroginecológicas , como incontinencia urinaria (urgencia, esfuerzo, mixta, entre otras), disuria, hematuria, síntomas de vaciado, prolapso, infecciones y/o sequedad.	97,0 %
B. Disfunciones fecales o anorrectales , como incontinencia (gases, sólidos, líquidos), hábitos de deposición, sensación de evacuación incompleta, fragmentación, bultoma anal/vaginal, rectorragia, uso de laxantes, astringentes, absorbentes o tapón y/o tenesmo rectal persistente	96,0 %
C. Dolor : Proctalgia, dolor vesical, necesidad de uso de lubricantes al presentar dispareunia	93,1 %
D. Problemas con base neurológica : Alteraciones sensitivas y deambulatorias, caídas frecuentes, calambres nocturnos	86,1 %
E. Disfunciones de tipo sexual : Disfunción eréctil, dispareunia, anorgasmia y/o problemas de eyaculación	87,1 %
La historia médica integral del paciente ha de recoger las siguientes variables:	
A. Antecedentes generales : Obstétricos/prostáticos, tóxicos (alcohol, tabaco), traumatismos, abuso sexual, hábitos relacionados con disfunción fecal (deposición, tiempo y reflejo defecatorios, manipulación vaginal, anal o perineal, rectorragia), características y tipo de dolor (mapa de dolor), problemas de tipo neurológico (alteraciones sensitivas y deambulatorias, caídas frecuentes, calambres nocturnos)	93,1 %
B. Antecedentes familiares : Oncológicos, incontinencia, cirugías ginecológicas y anorrectales	83,2 %
C. Factores psicológicos (causa o consecuencia)	92,1 %
D. Otros : Medicación que pueda provocar problemas urológicos o fecales, radioterapia previa, tipo de dieta y día a día del paciente (actividad física, profesional en activo, desempleado, discapacidad)	97,0 %
Se recomienda que el abordaje terapéutico de los pacientes con DSP desde AP abarque:	
A. Tratamientos farmacológicos (fibras, laxantes osmóticos, antimuscarínicos, agonistas β -3-adrenérgicos, neuromoduladores, quelantes y peristálticos)	85,1 %
B. Uso tópico de estrógenos como tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia	78,2 %
C. Hidratantes vulvovaginales	85,1 %
Se recomienda que el abordaje terapéutico de los pacientes con disfunción de suelo pélvico desde AP incluya un protocolo de fisioterapia que contemple:	
A. Estimulación del nervio tibial	23,7 %*
B. Mejoría de la propiocepción	62,4 %*
C. Reeducación vesical	75,3 %
D. Biofeedback	38,7 %*

* Ausencia de consenso tras la segunda ronda.

Recomendación	Grado de acuerdo
Ante la sospecha de disfunción de suelo pélvico, desde AP se tiene que valorar la solicitud de pruebas diagnósticas relacionadas con el funcionamiento digestivo, glicemia, orina y/o intolerancias alimenticias.	70,3 %
En el caso de pacientes de difícil diagnóstico y/o pacientes que no tengan respuesta al tratamiento ofrecido en AP, no complejos,* se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP al especialista correspondiente. <i>* Pacientes con una sola disfunción o síntoma que no requieran un abordaje multimodal ni procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos.</i>	95,0 %
En el caso de pacientes complejos*, se recomienda implementar un protocolo de derivación directa desde AP a un Comité Multidisciplinar o a una Unidad de Suelo Pélvico. <i>* Pacientes con dos o más disfunciones asociadas (disfunción urinaria, fecal o sexual, dolor, doble incontinencia, prolapso de órganos pélvicos) que requieran un abordaje multimodal y/o bien que requieran de procedimientos quirúrgicos poco frecuentes y/o presenten antecedentes oncológicos, genéticos y/o neurológicos.</i>	85,1 %
Además, aquellos pacientes que manifiesten alguno de los siguientes signos o síntomas deben ser derivados al especialista, Comité Multidisciplinar o Unidad de Suelo Pélvico (según su complejidad): hematuria, hidronefrosis, litiasis, residuo postmiccional elevado, tracto rectal patológico, fistulas, incontinencia fecal nocturna, estreñimiento refractario a laxantes osmóticos, <i>Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASI)</i> , infecciones, estrés postraumático.	91,1 %
Es recomendable que, en general, la derivación del paciente que cumple con todos los criterios de derivación desde AP se realice en un plazo de entre tres y seis meses, dependiendo de la gravedad, el impacto en la vida del paciente y la adherencia.	84,2 %

Atención primaria

Recomendación	Grado de acuerdo
En pacientes con disfunción del suelo pélvico, se recomienda que los siguientes tratamientos sean realizados exclusivamente por médicos especialistas:	
A. Reeducación vesical	79,6 %*
B. Irrigaciones anales	73,1 %*
C. Supositorios	80,6 %*
Se recomienda que la especialidad de urología reciba pacientes que padezcan incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado o dolor pélvico crónico.	91,1 %
Se recomienda que la especialidad de coloproctología reciba pacientes que padezcan incontinencia fecal, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico.	89,1 %
Se recomienda que la especialidad de ginecología reciba mujeres que padezcan incontinencia urinaria, prolapso genital o dolor pélvico crónico.	89,1 %
Se recomienda que la especialidad de rehabilitación reciba, tras valoración del especialista, pacientes que padezcan incontinencia fecal, incontinencia urinaria, disfunción miccional o de vaciado, disfunción defecatoria/estreñimiento o dolor pélvico crónico.	87,1 %

* Consenso alcanzado en la segunda ronda.

Recomendación	Grado de acuerdo
Se recomienda que la especialidad de digestivo reciba pacientes que padezcan incontinencia fecal con especial afectación por estreñimiento/diarrea y requieran de un tratamiento farmacológico.	90,1 %
Se recomienda que los pacientes que requieran diagnóstico/tratamiento desde la unidad del dolor, radiología y neurofisiología posean una anamnesis e historia clínica detallada para poder aportar una mejor valoración de la sintomatología y las disfunciones analizadas.	99,0 %
Se recomienda que la unidad del dolor reciba pacientes que padezcan dolor pélvico crónico sin problemas funcionales asociados y que requieran una técnica intervencionista.	85,1 %
Se recomienda que las especialidades de radiología y neurofisiología reciban pacientes que requieran de diagnósticos concretos (por ejemplo, valoración de dolor en suelo pélvico a través de equipos de alta resolución, neuropatía del pudendo o raíces sacras) utilizando recursos y herramientas propios de su especialidad y aporten valoraciones a otros especialistas.	95,0 %
Se recomienda que la especialidad de psicología reciba pacientes que sean especialmente vulnerables o que soliciten ayuda psicológica.	92,1 %
En el caso de pacientes que no presenten mejoría al ser tratados por el especialista correspondiente, presenten una evolución negativa de los síntomas tras tres meses de tratamiento o en los que aparezca alguna otra disfunción o síntoma asociado, se recomienda la derivación a Comité Multidisciplinar o a una Unidad de Suelo Pélvico.	94,1 %

Comité multidisciplinar / Unidad de Suelo Pélvico

Respecto a la composición tanto del CM como de la USP, las especialidades para las cuales sí se alcanzó consenso como parte esencial de la unidad en la primera ronda se incluyeron como esenciales.

Si en la segunda ronda no se alcanzó consenso respecto a su inclusión (ni como esencial ni como complementaria), se calcularon los porcentajes de participantes que indicaron que dicha especialidad debía estar presente de forma esencial y/o complementaria.

Este cálculo se basa en el supuesto metodológico de que, si una especialidad no logra consenso como esencial pero sí hay un porcentaje relevante que la menciona como esencial o complementaria, debe considerarse al menos como parte complementaria de la unidad. Para asegurar la coherencia, este mismo procedimiento se aplicó también a aquellas especialidades que no lograron consenso como parte esencial pero sí fueron consensuadas como parte complementaria.

Composición del Comité Multidisciplinar	Categoría	Grado de acuerdo
Ginecología	Esencial	97,0 %
Urología	Esencial	98,0 %
Coloproctología	Esencial	95,0 %
Rehabilitación	Esencial	96,0 %
Digestivo	Esencial	71,3 %
Psicología	Esencial	66,3 %
Unidad del dolor	Esencial	66,3 %
Enfermería	Esencial	85,1 %
Radiología	Complementaria	85,1 %
Neurofisiología	Complementaria	87,1 %

Composición de la Unidad de Suelo Pélvico	Categoría	Grado de acuerdo
Ginecología	Esencial	98,0 %
Urología	Esencial	98,0 %
Coloproctología	Esencial	95,0 %
Rehabilitación	Esencial	94,1 %
Enfermería	Esencial	85,1 %
Digestivo	Complementaria	89,1 %
Psicología	Complementaria	94,0 %
Radiología	Complementaria	85,1 %
Unidad del dolor	Complementaria	95,0 %
Neurofisiología	Complementaria	85,1 %

Recomendación	Grado de acuerdo
<p>Se recomienda que todos los hospitales de segundo nivel* cuenten con un Comité Multidisciplinar.</p> <p><i>* Centros que combinan AP con servicios de cierta complejidad y proporcionan un seguimiento a pacientes que no requieren cuidados intensivos.</i></p>	86,1 %

Recomendación	Grado de acuerdo
De manera general, se sugiere que los recursos necesarios con los que debería contar un Comité Multidisciplinar son:	
A. Agenda periódica de especialistas	94,1 %
B. Sala de reuniones	92,1 %
C. Sala de exploración	83,9 %*
D. Sala de espera	76,3 %*
E. Protocolos de derivación	95,0 %
F. Personal auxiliar	68,3 %
G. Coordinador rotatorio	76,2 %
H. Actas de consulta	91,1 %
Se recomienda que, en un proceso asistencial ideal, todos los hospitales de referencia tengan una Unidad de Suelo Pélvico.	92,1 %
De manera general, se sugiere que los recursos necesarios con los que debería contar una Unidad de Suelo Pélvico son:	
A. Consulta conjunta de especialidades	90,1 %
B. Agenda común por parte de los especialistas	88,1 %
C. Sala de reuniones	89,1 %
D. Sala de exploración	87,1 %
E. Sala de espera	75,2 %
F. Quirófanos	80,2 %
G. Bases de datos actualizadas	97,0 %
H. Data manager	69,3 %
Se recomienda incluir en los Comités Multidisciplinarios y Unidades de Suelo pélvico un rol de Gestor de Casos (enfermería), cuya función sería la gestión de las pruebas y los síntomas, así como el acompañamiento al paciente durante el proceso.	85,1 %
Siempre que sea posible, se realizará una consulta conjunta por al menos dos especialidades tanto en Comité Multidisciplinarios como en Unidades de Suelo Pélvico.	83,2 %
De manera general, enfermería especializada debe tener un rol clave en el tratamiento y seguimiento del paciente, tanto en AP como en Comités Multidisciplinarios y Unidades de Suelo Pélvico.	91,1 %

* Consenso alcanzado en la segunda ronda.

Resultados en salud y seguimiento

Recomendación	Grado de acuerdo
De manera general, se debe valorar:	
A. Evolución y respuesta al tratamiento	98,0 %
B. Adherencia al tratamiento	97,0 %
C. Falta de respuesta al tratamiento	98,0 %
D. Efectos secundarios al tratamiento	96,0 %
E. Cambio a tratamientos avanzados en caso de que el inicial no resulte efectivo	98,0 %
En caso de mejoría del paciente tratado en especialidades se recomienda su derivación a AP, según patología y sintomatología, para realizar un seguimiento de entre uno y seis meses.	76,2 %
En caso de mejoría del paciente tratado en Comités Multidisciplinares y/o Unidades de Suelo Pélvico, se recomienda su derivación a especialidades o AP, según patología y sintomatología, para realizar un seguimiento de entre uno y seis meses.	75,2 %
Se recomienda implicar y responsabilizar al paciente mediante el acceso a información clara y formación sobre su patología y tratamiento, con el objetivo de favorecer una mayor adherencia terapéutica y la toma de decisiones compartida y optimizar su manejo.	99,0 %
En pacientes con incontinencia urinaria y/o disfunción miccional o de vaciado, se recomienda recoger, como mínimo, los siguientes resultados:	
A. Eficacia y carga del tratamiento (curación completa, mejoría parcial, falta de respuesta)	98,0 %
B. Resultados de gravedad y carga de síntomas	97,0 %
C. Resultados del diario miccional	91,1 %
En pacientes con incontinencia fecal y/o disfunción defecatoria/estreñimiento, se recomienda que, para la evaluación de resultados en salud, sea imprescindible recoger, como mínimo, los siguientes resultados:	
A. Resultados gastrointestinales de gravedad y sintomatología asociada (consistencia y frecuencia de heces, frecuencia de movimientos gastrointestinales, dolor abdominal, función, sensibilidad, estructura anorrectal y urgencia de evacuación).	96,0 %
B. Resultados del diario defecatorio.	94,1 %
En pacientes con dolor pélvico crónico se recomienda que, para la evaluación de resultados en salud, sea imprescindible recoger los efectos adversos asociados al tratamiento o la intervención, así como signos de dolor sufridos por los pacientes (dispareunia, dismenorrea).	96,0 %
Sería recomendable el uso de PROM (<i>Patient Reported Outcomes Measures</i>) para la valoración de la tasa de éxito de los tratamientos y la satisfacción y calidad de vida del paciente.	94,1 %

Recomendación	Grado de acuerdo
Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con incontinencia urinaria se recomiendan:	
A. ICIQ-SF (<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form</i> ; determina síntomas y calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria; 4 ítems)	89,1 %
B. OABq (<i>Overactive Bladder Symptom and Health Related Quality of Life</i> ; evaluación de síntomas de vejiga hiperactiva, impacto en la calidad de vida; 33 ítems)	73,3 %
C. CACV (Cuestionario de autoevaluación del control de la vejiga; 8 ítems)	73,3 %
D. PGI-I (<i>Patient's Global Impression of Improvement</i> ; 1 ítem)	79,2 %
Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con incontinencia urinaria se recomiendan:	
A. EVA (escala visual analógica) de dolor	91,1 %
B. Escala numérica de valoración del dolor (NRS)	74,3 %
C. CSI (<i>Central Sensitization Inventory</i> ; herramienta diseñada para conocer si el dolor persistente del paciente tiene un predominio de sensibilización central; 25 ítems)	83,9 %*
Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con disfunción miccional o de vaciado se recomiendan:	
A. ICIQ-MLUTS (<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Male Lower Urinary Tract Symptoms Module</i> ; 13 ítems)	74,3 %
B. ICIQ-FLUTS (<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms Module</i> ; 12 ítems)	72,3 %
C. IPSS (Índice internacional de síntomas prostáticos; 8 ítems)	70,3 %
D. PGI-I (<i>Patient's Global Impression of Improvement</i> ; 1 ítem)	75,2 %
Como herramientas para la medición de resultados en salud en pacientes con disfunción defecatoria/estreñimiento se recomienda el CVE20 (Cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con estreñimiento; 20 ítems).	71,3 %

* Consenso alcanzado en la segunda ronda.



[Guía EAU sobre sintomatología del tracto urinario no neurogénico en hombres](#). 2025.

[Guía EAU sobre sintomatología del tracto urinario no neurogénico en mujeres](#). 2025.

[Guía EAU sobre dolor pélvico crónico](#). 2024.

[Guía de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto para el manejo de la incontinencia fecal](#). 2023.

[Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la incontinencia fecal - Colaboración entre UEG/ESCP/ESNM/ESPCG](#). 2022.

[Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria en la mujer con patología del suelo pélvico \(incontinencia urinaria y prolapso genital\)](#). 2009.

LIBRO BLANCO

Manejo Integral del Suelo Pélvico

Incontinencia (urinaria/fecal/doble),
dolor pélvico crónico y disfunción
crónica miccional y defecatoria

