

Adherencia a las guías de práctica clínica para el tratamiento y seguimiento del paciente con incontinencia urinaria en un centro especializado de Colombia

Adherence to clinical practice guidelines for the management and follow-up of patients with urinary incontinence in a specialized center in Colombia

Mauricio A. Medina-Rico¹, Natalia Barco-Barco^{2*}, Valentina Castillo-Ospina³
y Alisson Viveros-Sinisterra⁴

Semillero de Investigación Urología, Calculaser S.A., Risaralda, Pereira, Colombia

Cómo citar este artículo: Medina-Rico M.A. et al. Adherencia a las guías de práctica clínica para el tratamiento y seguimiento del paciente con incontinencia urinaria en un centro especializado de Colombia. Urol. Colomb. 2026;35;1:7-12. doi: 10.24875/RUC.25000048

Resumen

Objetivo: Identificar la adherencia en un centro especializado a las guías de práctica clínica (GPC) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y comparar los resultados con estudios de otros centros. **Método:** Estudio transversal utilizando una base de datos de pacientes intervenidos quirúrgicamente entre 2017 y 2023 por IUE mediante cistoureteropexia con cinta transobturadora (TOT), cinta vaginal libre de tensión (TVT), fascia autóloga o aplicación de agente uretral. Se llevó a cabo una descripción demográfica de la muestra. Para evaluar la adherencia se tomó como referencia la guía americana y europea para el tratamiento de la IUE. Los datos se registraron y guardaron en una tabla de Excel y se analizaron los datos mediante el programa Stata-14. **Resultados:** Se revisaron 1.192 historias clínicas de pacientes con edad media de 55 años. El 62% de las pacientes contó con una urodinamia prequirúrgica. Finalmente en el 5,9% de las historias se indicaron terapias de piso pélvico y cambios de hábitos de vida antes de considerar la intervención quirúrgica. Más del 90% de las cirugías realizadas fueron cistoureteropexias, siendo la TOT la técnica más utilizada. **Conclusiones:** La adherencia local a las GPC pareciera ser menor tanto a nivel diagnóstico como de tratamiento de la IUE respecto otros estudios.

Palabras clave: Guías de práctica clínica. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Adherencia a guías de práctica clínica.

Abstract

Objective: To identify adherence to the clinical practice guidelines (CPGs) for the management of stress urinary incontinence (SUI) in a specialized center and compare the results with studies from other centers. **Method:** A cross-sectional study using a database of patients who underwent surgery between 2017 and 2023 for SUI using cystourethropexy with transobturator tape (TOT), tension-free vaginal tape (TVT), autologous fascia, or urethral agent application. A demographic description of the sample was conducted; adherence was assessed using the American and European guidelines for the management of SUI. Data were recorded and stored in an Excel spreadsheet, and data were analyzed using Stata-14. **Results:** A total of 1,192 medical records were reviewed from patients with a mean age of 55 years. Preoperative urodynamics was performed in 62% of the patients.

*Correspondencia:

Natalia Barco-Barco

E-mail: nataliabarcob9@gmail.com

0120-789X / © 2026 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 06-08-2025

Fecha de aceptación: 14-01-2026

DOI: 10.24875/RUC.25000048

Disponible en internet: 11-03-2026

Urol. Colomb. 2026;35(1):7-12

www.urologiacolombiana.com

Finally, in 5.9% of the cases, pelvic floor therapy and lifestyle changes were indicated before considering surgery. More than 90% of the surgeries performed were cystourethropexies, with TOT being the most commonly used technique. **Conclusions:** Local adherence to CPGs appears to be lower in both the diagnosis and management of SUI compared to other studies.

Keywords: Clinical practice guidelines. Stress urinary incontinence. Adherence to clinical practice guidelines.

Introducción

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) puede afectar al 40% de las mujeres mayores de 70 años y logra generar un impacto emocional, social e incluso económico en esta población^{1,2}. Aunque la evaluación inicial de la IUE se hace mediante una adecuada anamnesis y examen físico, existen diferentes herramientas que pueden ayudar a enfocar el diagnóstico como el uso del diario miccional, Pad-Test, implementación de escalas, además el uso de procedimientos como urodinamia y cistoscopia. El desconocimiento de cuándo o por qué usar dichas herramientas puede condicionar un costo significativo para el sistema de salud; esto mismo aplica para las diferentes opciones terapéuticas que hay para el tratamiento de esta condición³.

Las guías de práctica clínica (GPC) se han extendido mundialmente como una fuente de información en constante actualización que evalúa la calidad de la evidencia de los estudios más recientes y permite estandarizar el tratamiento médico y quirúrgico de diferentes trastornos. No obstante, su implementación llega a ser un reto, pues existen diferentes guías y cada guía puede dar diferentes grados de recomendación y evidencia, y la IUE no es la excepción⁴.

Las guías más influyentes en nuestro medio son las publicadas por la Sociedad Americana de Urología (AUA) y la Asociación Europea de Urología (EUA), ambas actualizadas en el 2023^{5,6}. En Colombia, la Sociedad Colombiana de Urología publicó en el 2003 la *Guía para el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina*, que no ha sido actualizada desde su publicación, y la cual, como su título indica, va dirigida únicamente al tratamiento quirúrgico, mas no proporciona recomendaciones acerca del abordaje inicial y diagnóstico de la IUE⁷. Habiendo cumplido 20 años desde la publicación de las guías colombianas, ¿qué tanto nos estamos adhiriendo a las recomendaciones de las guías para el diagnóstico y tratamiento de la IUE?

Ante esta pregunta y con la intención de evaluar la forma en que estamos abordando al paciente con IUE, desarrollamos este estudio, que nos ayudará a

determinar el grado de adherencia de los urólogos en una de las regiones del país a nuestras guías colombianas, así como a las guías americana y europea, siendo esas dos las que mundialmente tienen más acogida.

Método

Se hizo un estudio transversal en el que se revisaron las bases de datos de un centro de referencia en el eje cafetero de todos los pacientes mayores de 18 años que consultaron a dicha institución en las ciudades de Armenia y Pereira entre enero de 2017 y diciembre de 2023 por IUE. Se evaluó la adherencia, definida como el grado de proporción de actuaciones clínicas tanto diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento que tienen concordancia entre lo recomendado por las guías de práctica clínica y lo realizado por los médicos en la práctica clínica diaria y fue medida por porcentaje de pacientes tratados conforme a la guía⁸.

Las variables a extraer fueron examen físico (descripción de incontinencia visible, cistocele, movilidad uretral), uso de escalas, cuestionarios, solicitud de apoyos diagnósticos (cistoscopia, urodinamia y características de dichos estudios), tratamiento no quirúrgico (cambios en hábitos de vida y terapias de piso pélvico) y tratamiento quirúrgico (cinta transobturadora [TOT], cinta vaginal libre de tensión [TVT], uso de fascia autóloga o aplicación de agentes abultantes), indicadores de adherencia relacionados en la [tabla 1](#). Se realizó un análisis descriptivo respecto a la adherencia que se está teniendo a las GPC en el diagnóstico y tratamiento de la IUE. Los datos se registraron y guardaron en una tabla de Excel y se analizaron los datos mediante el programa de Stata-14.

Así mismo, se hizo una revisión a profundidad de la literatura en cinco bases de datos (PubMed, Embase, Scopus, Cochrane y Lilacs) con el fin de encontrar estudios que evaluaran la adherencia de urólogos a las GPC americana, europea y nacionales para el tratamiento de la IUE.

Se establecieron criterios de búsqueda en forma de texto libre y términos indexados. Para definir la

Tabla 1. Indicadores de adherencia encontrados

Indicadores de adherencia	Evaluación
Examen físico	Donde se describe la presencia o no de incontinencia visible con maniobras de esfuerzo, hallazgo de cistocele y/o movilidad uretral
Uso de escalas y cuestionarios	Uso de herramientas como ICIQ-UI-SF para frecuencia y cantidad, el Sandvik para cuantificar pérdidas, y cuestionarios de calidad de vida como el I-QOL o PFIQ-7, evaluando síntomas y vergüenza social por medio de cuestionarios de autoinforme y diarios miccionales
Solicitud de apoyos diagnósticos	Estudios complementarios como cistoscopia, urodinamia y características de dichos estudios
Tratamiento no quirúrgico	Uso de estrategias no quirúrgicas como terapias de piso pélvico y cambios en hábitos de vida (hábitos miccionales adecuados, disminuido consumo de bebidas irritantes, reducción de peso, actividad física) antes de considerar intervenciones quirúrgicas
Tratamiento quirúrgico	Qué técnica quirúrgica fue elegida: cinta TOT, cinta TVT, uso de fascia autóloga o aplicación de agentes abultantes

ICIQ-UI-SF: Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria;
TOT: transobturadora; TVT: cinta vaginal libre de tensión.

adherencia a guías se utilizaron los términos: “implementation science”, “theoretical domains framework”, “protocol compliance” y “guideline adherence”. Para definir IUE se usó “urine incontinence” y “stress incontinence”. No hubo restricciones por año de publicación o lenguaje. También se hizo una búsqueda de literatura gris en las páginas del National Technical Information Service (NTIS) y la European Association for Grey Literature Exploitation (EAGLE).

Los artículos debían ser estudios originales, que aportaran información acerca de la adherencia de urólogos a las GPC en el diagnóstico y tratamiento de la IUE. Las referencias fueron revisadas por título y resumen por dos revisores de forma independiente. Se eliminaron los artículos duplicados y se revisaron las referencias en texto completo asegurando que estos dieran algún dato de interés. Se excluyeron aquellos artículos en idiomas diferentes al inglés o al español, o que el texto completo no estuviera disponible (resúmenes o formato póster). De los artículos seleccionados se hizo el respectivo análisis y su comparación con nuestros resultados.

Resultados

Para la revisión de la literatura se identificaron 157 artículos, de los cuales siete artículos iban dirigidos a la evaluación de adherencia a guías y solo cuatro de estos realmente evaluaron la adherencia a guías por parte de urólogos (Fig. 1).

Se revisaron 1.192 historias clínicas, la edad media fue de 55 años. El 52,5% presentó al menos un embarazo, con una mediana de dos hijos. El índice de masa corporal se registró en el 5,3% de las historias con una media de 26,6. En el 41,8% de las historias se documentó un examen físico completo definido como la inclusión de: presencia o no de incontinencia con Valsalva, movilidad uretral y presencia o no de cistocele. De las pacientes con examen físico completo en el 83% se documentó incontinencia visible con Valsalva, el 82% tenía uretra móvil y el 89% tenía presencia de cistocele, siendo la mayoría (69%) cistoceles grado I y II.

De los apoyos diagnósticos a menos del 1% de los pacientes se les aplicaron cuestionarios, diario miccional o Pad-Test. Respecto estudios diagnósticos invasivos, a un 37,9% se les realizó cistoscopia; por otro lado, al 50,8% de las pacientes se les pidió urodinamia prequirúrgica y otro 11% ya contaba con urodinamia solicitada por medicina general u otro especialista antes de llegar a la consulta de urología, haciendo que el 62% contará con urodinamia prequirúrgica.

Respecto al tratamiento de la incontinencia, al 5,9% de las pacientes se les indicó tratamiento conservador mediante terapias de piso pélvico y cambios en hábitos de vida antes de considerar intervenciones quirúrgicas, recibiendo una mediana de 10 sesiones de terapias de piso pélvico previo a cirugía. El 4,5% de las pacientes tenían algún antecedente quirúrgico previo para corrección de su IUE y el 18,4% tenía antecedente de cirugía ginecológica. Más del 90,6% de las cirugías realizadas fueron cistouretropexias, siendo la TOT la técnica más utilizada, representando el 86,5%.

Discusión

Cuando se revisa la literatura existen pocos estudios que evalúen la adherencia a GPC para el diagnóstico y tratamiento de la IUE por parte de urólogos (Tabla 2). En el estudio de Ruiz et al., que se realizó en España y en el que evaluaron la adherencia de urólogos a sus guías nacionales, se encontró que la exploración física se hizo en un 78% de las pacientes y la toma

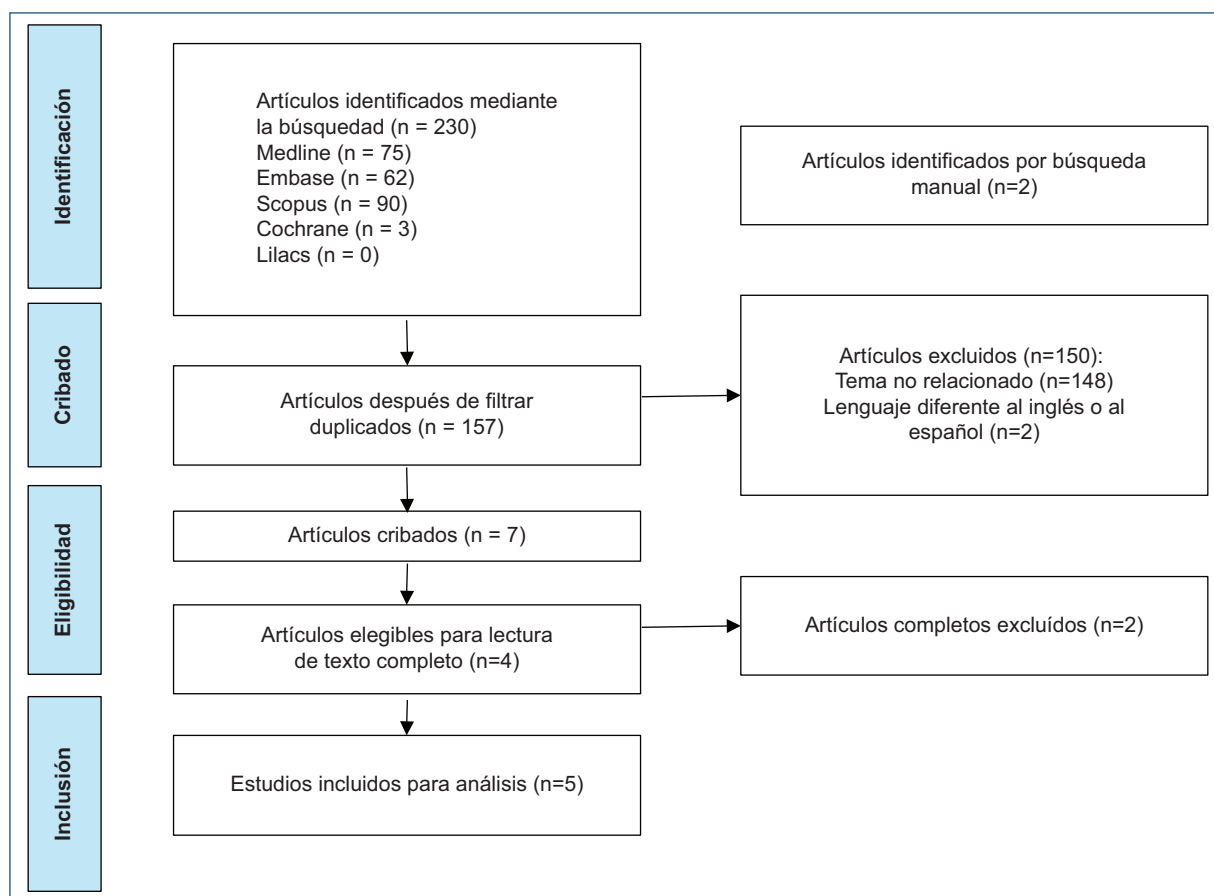


Figura 1. Revisión de la literatura para búsqueda de artículos originales de adherencia a las guías de práctica clínica en IUE.

Tabla 2. Estudios que evalúan la adherencia a guías clínicas en el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Autor (año)	País	Revista	Objetivo principal
Ruiz et al. (2007)	España	<i>Actas Urológicas Españolas</i>	Evaluar adherencia a recomendaciones diagnósticas y terapéuticas
Li-Chen et al. (2022)	EE.UU.	<i>Neurourology and Urodynamics</i>	Analizar adherencia a guías clínicas
Albers-Heitner et al. (2008)	Países Bajos	<i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>	Evaluar adherencia a guías profesionales
Ismail et al. (2007)	Inglaterra	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology</i>	Evaluar cumplimiento de guías NICE

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

prequirúrgica de urodinamia en el 23%, y se aplicaron cuestionarios de síntomas y calidad de vida en el 14%⁸. Por otro lado, en el estudio de Li-Chen et al. realizado

en EE.UU. encontraron que en el 96,1% de las mujeres intervenidas hubo una descripción completa del examen físico de la paciente⁹. Respecto al uso de diario miccional y uso de cuestionarios, en el estudio de Albers-Heitner et al. estos se aplicarían en el 35% de las pacientes¹⁰. Al compararnos con estos estudios podemos observar en nuestras historias una menor descripción del examen físico y uso de cuestionarios o escalas; por el contrario, hay una mayor proporción de pacientes llevados a urodinamia prequirúrgica.

En relación con el tratamiento de la IUE, el estudio de Ismail et al., realizado en Inglaterra y en el que evaluaron la adherencia a las GPC de NICE, identificó que el tratamiento conservador previo a tratamiento quirúrgico se aplicó en el 45% de los pacientes¹¹. Por su parte, en el estudio de Li-Chen et al. identificó que únicamente en el 6,8% de los pacientes se tomarían conductas conservadoras previo optar por tratamiento quirúrgico⁹; estos resultados comparados con este estudio ponen de manifiesto que tendríamos una proporción más baja de pacientes llevados a tratamiento conservador (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de la adherencia a guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo entre el presente estudio y estudios previos

Autor (año)	Diseño del estudio	Población	Examen físico completo (%)	Cuestionarios/diarios (%)	Urodinamia prequirúrgica (%)	Tratamiento conservador previo (%)
Presente estudio	Revisión retrospectiva	Mujeres con IUE (n = 1.192)	41,8	< 1	62,0	5,9
Ruiz et al. (2007)	Observacional	Pacientes con IUE	78	14	23	NR
Li-Chen et al. (2022)	Observacional	Mujeres intervenidas por IUE	96,1	NR	NR	6,8
Albers-Heitner et al. (2008)	Observacional	Mujeres con IUE	NR	35	NR	NR
Ismail et al. (2007)	Auditoría clínica	Pacientes con IUE	NR	NR	NR	45,3

IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; NR: no reportado.

Aunque en algunas conductas no parece haber una mayor diferencia respecto a la de otros países respecto a la adherencia a guías, llama la atención la baja proporción de pacientes a las cuales en general se les aplican todas las herramientas diagnósticas o a quienes se administra un tratamiento escalonado de su condición pasando primero por una terapia conservadora. Algunos estudios han logrado identificar como posible factores asociados el desconocimiento de las guías más recientes y la existencia de múltiples GPC que impiden una estandarización del tratamiento de las diferentes condiciones médicas por los respectivos grupos tratantes¹². Esto implica un reto colectivo, pues no depende únicamente del médico sino de las comunidades científicas que puedan figurar a forma de «líderes» para definir la guía que seguir, así como transmitir dicha información a cada región del país. Por otro lado, se ha descrito que hay características propias de los pacientes (comorbilidades, grado de afectación de la condición) que pueden influir en las decisiones del médico tratante¹³; Esto genera preguntas respecto la dinámica misma de las GPC al no considerar cada posible variable, así como si existen otras herramientas para justificar el actuar médico más allá de la experiencia.

Conclusiones

La adherencia local a las GPC pareciera ser menor tanto en referencia al diagnóstico como al tratamiento de la IUE respecto a otros estudios. La última GPC para tratamiento de IUE en Colombia tiene más de

20 años, es necesario actualizar la GPC incluyendo recomendaciones para el abordaje diagnóstico y facilitar la transmisión de dicha información para la estandarización de conductas.

Agradecimientos

Agradecemos a la institución Calculaser S.A. por su valioso apoyo en la publicación de este artículo. Su compromiso con la investigación y la difusión de resultados es admirable, y su contribución ha sido fundamental para el éxito de este proyecto.

Financiamiento

Los autores declaran que este trabajo se realizó con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas

humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial (IA). Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019;22(3):217-22.
2. Lose G. The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Suppl*. 2005;4(1):5-10.
3. Demaagd GA, Davenport TC. Management of urinary incontinence. *P T*. 2012;37(6):345-61.
4. Franco JVA, Arancibia M, Meza N, Madrid E, Kopitowski K. Clinical practice guidelines: concepts, limitations and challenges. *Medwave*. 2020;20:e7856.
5. European Association of Urology. EAU guidelines on non-neurogenic female LUTS [Internet]. European Association of Urology; 2024. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines>
6. Kobashi KC, Albo ME, Dmochowski RR, Ginsberg DA, Goldman HB, Gomelsky A, et al. Surgical treatment of female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2017;198(4):875-83.
7. Sociedad Colombiana de Urología. Guía de práctica clínica en el manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina. Colombia: Sociedad Colombiana de Urología; 2003.
8. Ruiz Cerdá JL, Arlandis Guzmán S, Trassierra Villa M, García Fadrique G, Morales Solchaga G, Jiménez Cruz JF. Análisis de la adherencia de los urólogos españoles a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de las guías de práctica clínica sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2007;31(10):1130-6.
9. Pan LC, Datar M, McKinney JL, Keyser LE, Goss TF, Pulliam SJ. Adherence to professional society guidelines among women with stress or mixed urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2022;41(6):1489-97.
10. Albers-Heitner P, Berghmans B, Nieman F, Lagro-Janssen T, Winkens R. Adherence to professional guidelines for patients with urinary incontinence by general practitioners: a cross-sectional study. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):807-11.
11. Ismail SIMF. Audit of compliance with NICE guidelines on the use of tension-free vaginal tape slings for stress incontinence. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27(5):496-9.
12. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008;8:38.
13. Alnaim L. A study of barriers and facilitators of clinical practice guidelines implementation among physicians. *Indian J Pharm Sci*. 2017;79(6):923-6.