

Trabajos Originales

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES GINECOLÓGICAS Y UROGINECOLÓGICAS

Carlos Wenzel D.^{1,2,3}, Carlos Rondini F-D.^{1,2}, Fernando Troncoso R.^{1,2}, Antonio Morales L.^{1,2}, Marco Levancini A.^{1,2}, Carlos Troncoso R.^{1,2}, Susana Aros O.^a

¹ Unidad de Uroginecología, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Alberto Hurtado. ² Facultad de Medicina Clínica Alemana -Universidad del Desarrollo. ³ Unidad de Uroginecología, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Alemana de Santiago.

^a Matrona, Unidad de Uroginecología, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Alberto Hurtado.

RESUMEN

Antecedentes: La incontinencia fecal (IF), definida como el paso involuntario de heces en sus formas sólida, líquida o gaseosa por el conducto anal, constituye un problema social o de higiene, alcanzando una prevalencia desde un 0,2% en población general hasta un 30% en pacientes con defectos de piso pélvico. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y severidad de la IF. **Método:** Se estudia a 859 pacientes referidas por primera vez a los policlínicos de Ginecología General (PGG) y Uroginecología del Hospital Padre Alberto Hurtado, a las que se aplica una encuesta validada para diagnóstico y severidad de IF. **Resultados:** Una de cada cinco pacientes que consultan por primera vez al PGG y una de cada dos pacientes que consultan al policlínico de Uroginecología, refieren algún grado de IF, además, 1 de cada 30 pacientes y una de cada 7, respectivamente, refieren un episodio de deposiciones líquidas al menos una vez al mes. El riesgo de padecer IF a líquidos es 6 veces mayor en un policlínico de Uroginecología que en un PGG. **Conclusión:** La prevalencia de la IF es difícil de determinar. La información nacional es escasa y los trabajos internacionales presentan resultados muy difusos. Las pacientes consultan muy raramente en forma espontánea. Nuestros resultados muestran que la prevalencia en un policlínico de ginecología general y sobre todo en uno de uroginecología es significativa, por lo que su búsqueda activa puede traducirse en una mejoría en la calidad de vida para estas pacientes.

PALABRAS CLAVE: *Incontinencia fecal, prevalencia, calidad de vida*

SUMMARY

Background: According to the International Continence Society, fecal incontinence (FI) is defined as the involuntary loss of flatus, liquid or solid stool that is a social or hygienic problem. It reaches 0.2% in general population and up to 30% in women with pelvic floor disorders. **Objectives:** To determine the prevalence and severity of FI in a general gynecological setting and at a pelvic floor disorders unit. **Method:** 859 first consultant patients referred to our general gynecological unit (GGU) and pelvic floor disorders units (PFDU) were studied with a validated FI score for severity and grading. **Results:** One out every five patients attending our GGU and one out two attending our PFDU complains of any kind of FI. Almost 1 out 30 patients attending GGU and 1 out of 6 attending PFDU complains of at least one liquid stool incontinence episode once a month. The risk of having FI to liquids is 6 times higher in PFDU than at a GGU. **Conclusions:** FI prevalence

is hard to assess. National data is scarce and the international experience the results are very diffuse. But above patients rarely ask for medical help spontaneously. Our results show a significant FI prevalence in a general gynecology and urogynecology setting. In our view, in order to improve our patient's quality of life, FI should be sought and evaluated, especially in those with pelvic floor dysfunction.

KEY WORDS: *Fecal incontinence, prevalence, quality of life*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal (IF) se define como el paso involuntario de heces en sus formas sólida, líquida o gaseosa por el conducto anal y constituye un problema social o de higiene (1,2). La prevalencia en la población general de esta es difícil de determinar, encontrándose en la literatura una amplia gama de estudios que informan variados resultados. Afectaría a un 0,2% de mujeres entre 15 y 64 años y entre un 1,3-11% de las mayores de 64 años. Un 7,1% de las mujeres dueñas de casa ha sufrido en algún momento de IF en alguna de sus formas, alcanzando a un 30% en pacientes con defectos de piso pélvico y entre un 13 a 47% en pacientes seniles en casas de reposo (3-10). Por otro lado, la incontinencia fecal y urinaria combinada no es infrecuente, encontrándose en pacientes con incontinencia de orina entre un 8 a 28 % de incontinencia fecal asociada (3,11,12).

En los últimos años han aparecido publicaciones que se enfocan en la prevalencia de IF en pacientes que acuden a servicios de ginecología general (13-16) y de uroginecología y que la sitúan entre un 5 a 28%.

Dentro de los factores etiológicos de la IF, el parto por vía vaginal es el más importante, por la vía del daño directo del esfínter anal, daño neurológico pudiendo y daño muscular del elevador del ano (17-20). Otras causas menos frecuentes son procedimientos quirúrgicos anorrectales, enfermedades neurológicas, demencia senil, aumento de la producción de heces y los fecalomas, entre otros (21). Dentro de los factores obstétricos, los más frecuentemente asociados corresponden al uso de fórceps y la perineotomía. La macrosomía fetal, la prolongación de la segunda fase del trabajo de parto y la multiparidad están en discusión (20).

Con el advenimiento del manejo integral de la patología de piso pélvico en las unidades de ginecología de nuestro país, la patología ano-rectal, en especial la incontinencia fecal, ha comenzado a aparecer progresivamente cómo un importante componente asociado. Sin embargo, la percepción en general de los ginecólogos es que es una pa-

tología muy inhabitual. Sumado a esto, la información epidemiológica en nuestro país sobre ella es escasa (22), y en el ámbito gineco obstétrico, hasta nuestro conocimiento, es nula.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y severidad de la incontinencia fecal en pacientes referidas al Servicio de Ginecología del Hospital Padre Alberto Hurtado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal que incluye 859 pacientes referidas por primera vez a los policlínicos de Ginecología General y Uroginecología del Hospital Padre Alberto Hurtado, entre septiembre de 2006 y diciembre de 2006. Se aplica una encuesta validada para diagnóstico y graduación según severidad de la incontinencia fecal (23,24) (Tabla I). Las encuestas fueron realizadas prospectivamente por ginecólogos y becados de la especialidad e ingresadas a una base de datos computacional.

Para cada policlínico las pacientes fueron clasificadas según el grado de incontinencia fecal y se calcularon los respectivos promedios. Además, para intentar obtener resultados más representativos de una alteración en la calidad de vida de las pacientes, las reagrupamos usando un CCIS \geq 4 (Cleveland Clinic Incontinence Score), definido como un episodio de deposiciones líquidas no controlables y que producen un problema social o de higiene al menos una vez al mes, de acuerdo a Boreham y Rockwood (13,14), quienes señalan que la incontinencia fecal a líquidos es la que produce el mayor impacto en calidad de vida de las pacientes. La probabilidad de padecer IF entre las pacientes de los 2 policlínicos fue comparada mediante χ^2 con el programa SPSS (SPSS Inc. Headquarters, Chicago, Illinois).

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del Hospital Padre Hurtado. No fue necesario solicitar consentimiento informado debido a corresponder a una encuesta para un estudio de prevalencia de carácter anónimo.

RESULTADOS

De las 859 pacientes, 663 fueron referidas al Policlínico de Ginecología General (PGG) por causas ginecológicas inespecíficas y 196 al Policlínico de Patología de Piso Pélvico (PPPP) por cualquier síntoma atribuible a una alteración de piso pelviano, excepto por IF.

La probabilidad de presentar algún tipo de IF fue de 21,3% en el PGG y de 52,6 % en el PPPP, respectivamente ($p < 0,005$) (Tabla II). El grado de

IF de acuerdo a la clasificación de severidad original del CCIS según policlínico de referencia se presenta en la Tabla III.

Posteriormente reagrupamos las pacientes usando un CCIS ≥ 4 , definido como un episodio de deposiciones líquidas no controlables y que producen un problema social o de higiene al menos una vez al mes. Así definido, 2,7% (18 pacientes) del grupo del PGG y 15,3% (30 pacientes) del PPPP tenían un CCIS ≥ 4 ($p < 0,005$) (Tabla IV).

Tabla I
CLEVELAND CLINIC INCONTINENCE SCORE (CCIS)

Incontinencia	Gases	Deposiciones líquidas	Deposiciones sólidas	Uso de pañales
Ocasionalmente	1	4	7	1
> de 1 por semana	2	5	8	2
Diariamente	3	6	9	3

Índice de incontinencia (suma del puntaje de la tabla):

CCIS 0: continencia perfecta.

CCIS 1-7: incontinencia leve (buena continencia).

CCIS 8-14: incontinencia moderada.

CCIS 15-20: incontinencia severa.

CCIS 21: Incontinencia completa.

Tabla II
POSIBILIDAD DE PRESENTAR INCONTINENCIA FECAL SEGÚN POLICLÍNICO DE REFERENCIA

	PGG (663 pacientes)		PPPP (196 pacientes)	
	n	%	n	%
Continencia perfecta	512	78,7	92	47,3
Continencia alterada	141	21,3	104	52,6

Tabla III
GRADO DE INCONTINENCIA FECAL DE ACUERDO A CCIS SEGÚN POLICLÍNICO DE REFERENCIA

CCIS	PGG (663 pacientes)		PPPP (196 pacientes)	
	n	%	n	%
Incontinencia leve (1-7)	141	21,3	82	44,9
Incontinencia moderada (8-14)	5	0,8	13	6,6
Incontinencia severa (15-20)	2	0,3	2	1,0

Tabla IV
GRADO DE IF DE ACUERDO A CCIS > 4
SEGÚN POLICLÍNICO DE REFERENCIA

	PGG (663 pacientes)		PPPP (196 pacientes)	
	n	%	n	%
CCIS ≥4	18	2,73	0	15,3

Score ≥4: Incluye a las pacientes que presentan un episodio de deposiciones líquidas no controlables, hasta incontinencia completa al menos una vez al mes y que les produce un problema social o de higiene.

DISCUSIÓN

La prevalencia de incontinencia fecal informada en la literatura internacionales es muy difusa. En la edición del año 2002 del libro de la Sociedad Internacional de Incontinencia (25), la prevalencia de esta condición se encuentra entre el 0,7 y 47%. Al analizar los estudios en los que se basan estos resultados (Tabla V) (3-10) se observa una gran disparidad en los criterios con que se define la IF y una gran heterogeneidad en las poblaciones estudiadas. De hecho, el estudio de Drossman y cols (7) fue encargado por una compañía productora de pañales, por lo que los resultados obtenidos pueden estar orientados al potencial consumidor y no a la realidad.

Estas cifras tan dispares enturbian el panorama de la incontinencia fecal en lo que a su preva-

lencia respecta, no teniendo claridad de si existe significativamente cómo patología o corresponde a situaciones aisladas en la población. Si a esto sumamos su escasa consulta espontánea (13,15,21), la probabilidad de considerarla una patología poco frecuente es alta.

En Chile, el único estudio de prevalencia de IF, previo al nuestro, fue publicado por Zárate y cols en 2008 (22) y consiste en un estudio en casas de reposo y centros de salud general, encontrándose en las primeras una prevalencia de IF asociada a deposiciones líquidas o sólidas de 44,7%. En cuanto a los centros de salud generales, se observó una prevalencia de IF de líquidos, sólidos o ambos de 2,7%. Además, se encontró una prevalencia para IF a gases de 20,5%.

Recientes publicaciones internacionales enfocadas en la prevalencia de IF en centros de atención ginecológica y uroginecológica muestran resultados de entre un 5 a 28%, dependiendo de la definición de IF usada, para pacientes que consultan en unidades de ginecología general y de un 15% de IF a líquidos y sólidos para pacientes que consultan en unidades de uroginecología (13,15,16).

En nuestro estudio encontramos que un 20% de las pacientes que consultan por primera vez a un PGG tiene algún tipo de IF, en su mayoría a gases, y que un 2,7% presenta un episodio de deposiciones líquidas al menos una vez al mes. En el PPPP, un 50% de las primeras consultas refiere algún grado de IF y un 15,7% presenta un episodio de deposiciones líquidas al menos una vez al mes. El riesgo de padecer IF a líquidos es 6 veces mayor en un PPPP que en un PGG.

Tabla V
ESTUDIOS POBLACIONALES DE PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL

País (referencia)	Población	Prevalencia
N Zelandia (4)	> 65 años	3,1%
Holanda (5)	Población femenina > 60 años	4,2 a 17% (al aumentar la edad)
UK (3)	Servicio comunitario	1,9% (población general)
Francia (6)	Población general > 60 años	11% a líquidos (6% a sólidos)
USA (7)	Market mail	7% a líquidos (0,7% a sólidos)
USA (9)	Hogares de Wisconsin	2,2%
Australia (8)	Estudio hogares	6,8% hombres - 11% mujeres
USA (10)	Asilos de ancianos de Wisconsin	47%

Nuestros resultados son concordantes con los estudios internacionales que han buscado la prevalencia de IF en pacientes que consultan en servicios de ginecología, tanto general cómo de uroginecológica y concordante con lo informado por Zárate y cols (22).

Nuestros resultados sugieren que la incontinencia fecal en el ámbito ginecológico, y más aún en las pacientes con defectos de piso pélvico, es una entidad cuya prevalencia no es despreciable, a diferencia de la percepción general existente en nuestra especialidad.

El objetivo de nuestra investigación fue tratar de sacar a la luz esta invalidante condición, y cuantificar el problema en el lugar en donde podemos realizar intervenciones en salud. La etiología de la incontinencia fecal en la mujer está estrechamente ligada a la obstetricia, por lo tanto, es en nuestro ámbito en donde tenemos más posibilidades de encontrarla. Es por eso que debemos considerar su prevención, pesquisa activa, diagnóstico y manejo. Para lograr este propósito debemos entrenarnos en ella y desarrollar grupos de trabajo interdisciplinario con las unidades de coloproctología. Es necesario además continuar estudiando los factores de riesgo del ámbito gineco-obstétrico asociados a invalidante problema.

BIBLIOGRAFÍA

- Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski R, *et al.* The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J* 2001;12:178-86.
- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Bergmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2009 Nov 25. [Epub ahead of print].
- Thomas TM, Egan M, Walgrove A, Meade TW. The prevalence of faecal and double incontinence. *Comm Med*1984;6:216-20.
- Campbell AJ, Reinken J, McCosh L. Incontinence in the elderly: prevalence and prognosis. *Age Ageing* 1985;14:65-70.
- Kok ALM, Voorhorst FJ, Burger CW, van Houten P, Kenemans, Pand Jansens J. Urinary and faecal incontinence in community-residing elderly women. *Age Ageing* 1992;21:211-15.
- Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, *et al.* Etude de la prevalence de l'incontinence anale chez l'adulte. *Gastroent Clin Biol* 1992;16:344-50.
- Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple R, Talley NJ, Thompson WG, *et al.* U.S. Householder survey of functional GI disorders: prevalences, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993;38:1569-80.
- MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
- Nelson RL, Norton N, Cautley E, Furner S. Community based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995;274:559-62.
- Nelson RL, Furner S, Jesudason V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1226-9.
- Lacima G, Pera M. Combined fecal and urinary incontinence: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:405-10
- Nihira M, Ibenau O. Anal Incontinence. In : Bent A, Cundiff G, Swift S (editors). *Ostergard's Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction* 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 530 Walnut Street, Philadelphia, PA 19106, 2008;370-81.
- Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, Nager CW, Gregory WT, Aronson MP, *et al.* Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1637-42.
- Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, *et al.* Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1525-31.
- Faltin DL, Sangalli MR, Curtin F, Morabia A, Weil A. Prevalence of anal incontinence and other anorectal symptoms in women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:117-20.
- Gordon D, Groutz A, Goldman G, Avni A, Wolf Y, Lessing JB, David MP. Anal incontinence: prevalence among female patients attending a urogynecologic clinic. *Neurourol Urodyn* 1999;18:199-204.
- Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM. Injury to innervation of the pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;2:546-50.
- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
- Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ* 2002;166:326-30.
- Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2006;107:144-9.
- Varma MG, Brown JS, Creasman JM, Thom DH, Van Den Eeden SK, Beattie MS, Subak LL; Reproductive Risks for Incontinence Study at Kaiser (RRISK) Research Group. *Dis Colon Rectum* 2006;49:841-51.
- Zárate AJ, López-Köstner F, Vergara F, Badilla N, Viviani P. Prevalencia de la incontinencia fecal en centros de salud y casas de reposo. *Rev Méd Chile* 2008;136:867-72.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence". *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
- Treatment options for Fecal Incontinence. Presented at the 7th International Meeting of Coloproctology

– Sain Vincent, October 2002 Consensus Conference. Hallado en: http://www.colorep.it/Rivista%20CEC/consensus_conference.htm

25. International Consultation on Incontinence (ICI) Book. 2nd International Consultation on Incontinence. Health Publication Ltd. Plymouth, UK, 2002;1086-9.