



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN - Managua
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”**



**Prevalencia de Incontinencia Fecal en Pacientes que Asisten a la Consulta
Externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.**

**Tesis monográfica para optar al título de
Médico Especialista en Cirugía General**

Autor:
Teniente Primero
Dra. Yesenia del Carmen Torres Rodríguez
Médico Residente de IV año Cirugía General

Tutor:
Teniente Primero
Dr. Francisco Raúl Fonseca González
Cirujano General, Coloproctólogo

Asesor Metodológico:
Dr. Christian Sánchez

Managua, Nicaragua Marzo 2017

Abreviaturas

IF: Incontinencia fecal

IMC: Índice de masa corporal

HMEADB: Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños

ÍNDICE

Resumen

Opinión del Tutor

Agradecimientos

INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO DE REFERENCIA	8
ANTECEDENTES	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS	15
HIPÓTESIS	16
DISEÑO METODOLÓGICO.....	17
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	24
CONCLUSIÓN	27
RECOMENDACIONES	28
BIBLIOGRAFIA.....	29
ANEXOS.....	32

RESUMEN

La incontinencia fecal es una condición que afecta la calidad de vida, su prevalencia está relacionada con la edad y el género. Afecta entre el 2 al 8% de la población en general y es tres veces más frecuente en mujeres que hombres. En Nicaragua no existen estudios que evalúen la incontinencia fecal. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de incontinencia fecal en los pacientes adultos que asistieron a consulta externa del HMEADB en el periodo de Marzo a Noviembre del 2016. **Material y método:** se realizó un estudio prospectivo, transversal y analítico. Mediante un cuestionario estructurado se investigaron datos demográficos, co-morbilidad y factores asociados a la incontinencia fecal, así como, el grado de severidad de incontinencia fecal con el cuestionario de Jorge-Wexner. **Resultados:** Se recolectaron 1002 encuestas en personas que acudieron a consulta externa del HMEADB, de estas encuesta 995 fueron válidas y 7 se excluyeron por estar con información incompleta. La prevalencia de incontinencia fecal fue de 48.6%, predominó el sexo femenino con 54.2%, la edad media fue de 48 años. La episiotomía, el desgarro vaginal, el número de partos vaginales, el número de hijos, la diabetes, hipertensión arterial y ser mujer se relacionaron estadísticamente con la presencia de incontinencia fecal. **Conclusión:** La prevalencia de Incontinencia fecal en nuestra institución es elevada en comparación con la reportada en otros estudios.

OPINION DEL TUTOR

La Incontinencia Fecal es un trastorno que afecta a una gran proporción de los adultos en edad productiva. Es un padecimiento que se vive en silencio, por ser tabú, vergonzoso y muchas veces incapacita social, sexual y psicológicamente. Es por ello, que saber la prevalencia real de la Incontinencia Fecal en la población es muy difícil. Esta investigación que realizó la Teniente Primero y Dra. Yesenia Torres Rodríguez es muy importante, pues además de demostrarnos que la Incontinencia fecal es más frecuente de lo que pensamos, pudo indicarnos los factores de riesgos más significativos en nuestra población que atendemos día a día en la Consulta Externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

De ahora en adelante en todo paciente que tenga los siguientes factores: mujer mayor de 48 años, diabética, multípara y antecedentes de episiotomía debería ser obligado interrogarla por Incontinencia Fecal en nuestra Institución. Para que sea atendida con prontitud, eficiencia y eficacia con los mejores tratamientos disponibles en el país.

Este primer paso en el estudio de la Incontinencia Fecal en nuestra institución y en nuestro país dará la pauta a más investigaciones, principalmente en referencia a calidad de vida de estos pacientes, relación con incontinencia urinaria, el costo real de un paciente con incontinencia fecal, entre otras.

Muchas Felicidades.

Teniente Primero
Dr. Francisco Raúl Fonseca González.
Coloproctologo

AGRADECIMIENTOS

Al acabar estas páginas no únicamente viene a la mente la dedicación de una misma, sino la existencia de numerosas personas sin la que esta tesis no habría sido posible. Por ello es para mí un placer utilizar para mostrar mis más sincero agradecimientos a todas ellas.

Me gustaría mostrar mi gratitud de una manera muy especial a los dos directores de la tesis, el Dr. Fonseca y Dra. Kissel. Les agradezco a los dos la confianza depositada en mí para la realización de esta tesis y su actitud siempre emprendedora en el campo de la investigación. Sus consejos, su trabajo y su gran paciencia durante la elaboración de la tesis han sido un gran apoyo. Mi agradecimiento hacia ellos no es únicamente por la ayuda en la elaboración de esta tesis, sino también por su participación en mi formación como cirujana.

Además quisiera hacer extensiva mi gratitud a todos los cirujanos del servicio de Cirugía del Hospital Militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños que han participado de una forma más o menos directa para que este proyecto haya llegado a su final. Agradezco el interés mostrado e incluso por bromear sobre la tesis, pero sobre todo por apoyarme siempre.

Y para finalizar, mi agradecimiento más importante para dos personas. Aunque no existen palabras suficientes para mostrarles toda mi gratitud, porque sin ellos verdaderamente no existiría esta tesis ni yo misma. Gracias mama, gracias papa, sin ustedes no sería lo que soy.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia Fecal (IF) es una condición que afecta significativamente la calidad de vida. La prevalencia de IF varía considerablemente de acuerdo con la edad, el género y la existencia de enfermedades asociadas¹. Varios estudios comunitarios de gran envergadura han sugerido que la IF es común, con una prevalencia que va del 7% al 15% en las mujeres que viven de la población general, del 18% al 33% en los hospitales y del 50% al 70% en los asilos^{1,2}. La IF es menos frecuente en hombres que en mujeres. Algunos estudios, pero no todos, informaron una prevalencia más baja en mujeres afroamericanas que en mujeres blancas, pero similar prevalencia entre razas en hombres. La mayoría de los pacientes que se ven en la práctica clínica son mujeres^{1,2}. Las variaciones en la prevalencia de IF entre los estudios pueden reflejar diferencias en los métodos de encuesta, preguntas de cribado, marco de referencia y definición de incontinencia. En un estudio de seguimiento de la comunidad (50 años y más), la incidencia de IF fue 7,0%^{1,2}.

A pesar de ser una enfermedad benigna, la IF resulta ser una enfermedad incapacitante con alteraciones importantes en la calidad de vida^{3,4}, es motivo de vergüenza, los pacientes habitualmente no la expresan de manera espontánea en la consulta médica⁵. Como consecuencia es probable que los datos publicados subestimen su prevalencia⁵.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia y los factores asociados a IF en personas que acuden a consulta externa del hospital militar por motivos diferentes a dicha patología.

MARCO DE REFERENCIA

Definición

La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria y recurrente de la materia fecal durante al menos 3 meses. Reconocemos que el manchado fecal de la ropa interior puede ser por mala higiene, prolapso de hemorroides o prolapso rectal, en lugar de IF verdadera, pero para fines prácticos está incluido en la definición de IF.⁴

La secreción clara de moco debe ser excluida por un cuidadoso interrogatorio. La incontinencia a flatos es a menudo incluida en la definición de incontinencia anal, pero en la definición actual de IF son dos entidades distintas.⁴

IF es a menudo multifactorial y ocurre en condiciones que causan diarrea, deterioro de la capacidad de almacenamiento colorrectal y / o piso pélvico. La IF se considera anormal una vez se ha logrado un control voluntario de esfínteres, generalmente alrededor de los 4 años de edad.⁴

La IF es considerada un trastorno funcional anorrectal en el Consenso de Roma IV² A pesar que en la actualidad se cuenta con herramientas diagnosticas mas nuevas y sensibles (manometria anal de alta resolución, ultrasonido anal 3D, resonancia magnética del piso pélvico) para el estudio de la incontinencia fecal, el hecho de que algunas alteraciones encontradas en estos estudios no estén en relación con la severidad de la incontinencia fecal hacen pensar que necesitamos más estudios para considerarla orgánica.

Causas comunes de incontinencia fecal:

- ✓ Debilidad del esfínter anal
- ✓ Traumático: obstétrico, quirúrgico (por ejemplo, hemorroidectomía, esfinterotomía, fistulotomía)

- ✓ No traumático: esclerodermia, degeneración idiopática del esfínter interno. degeneración
- ✓ Neuropatía Periférico (nervio pudendo) o generalizado (por ejemplo, diabetes mellitus)
- ✓ Trastornos del piso pélvico
- ✓ Prolapso rectal, síndrome perineal descendente
- ✓ Trastornos que afectan la capacidad rectal y / o la sensación
- ✓ Condiciones inflamatorias: proctitis por radiación, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa.
- ✓ Cirugía anorrectal (bolsa, resección anterior)
- ✓ Hiposensibilidad rectal
- ✓ Hipersensibilidad rectal⁴

Trastornos del sistema nervioso central: Demencia, accidente cerebro-vascular, tumores cerebrales, esclerosis múltiple, lesiones médula espinal. ⁴

- ✓ Enfermedades psiquiátricas, trastornos del comportamiento
- ✓ Alteraciones intestinales: Síndrome del intestino irritable, diarrea post-colecistectomía.
- ✓ Constipación e incontinencia fecal por rebosamiento. ⁴

Etiología y factores de riesgo para la incontinencia fecal:

La etiología de la incontinencia es a menudo multifactorial, Por lo tanto, es más apropiado concentrarse en las condiciones asociadas, especialmente cuando preceden al inicio de IF y en factores de riesgo para IF. Los Trastornos intestinales, especialmente la diarrea, la urgencia fecal y la cantidad de enfermedades crónicas asociadas fueron factores de riesgo independientes para IF, con mayor asociación que las lesiones del piso pélvico relacionada con la obstétrica (por ejemplo, Uso de fórceps, episiotomía) ^{2,16} Los factores de riesgo independientes para IF fueron diarrea post colecistectomía, fumadores actuales,

rectocele, incontinencia urinaria de esfuerzo e índice de masa corporal. La atrofia del esfínter externo es también un factor de riesgo. Otras condiciones asociadas incluyen la edad avanzada, mayor número de enfermedades co-existentes (Diabetes, Hipertensión arterial, dislipidemia, etc), trauma del esfínter anal (lesión obstétrica, Cirugía anal) y disminución de la actividad física^{11,16}. Varias enfermedades que afectan las funciones sensoriomotoras anorrectales y/o alterar los hábitos intestinales también están asociados con IF en la práctica clínica. Algunas de estas condiciones no emergen como factores de riesgo, posiblemente porque su prevalencia es relativamente baja.⁴

De acuerdo con los hallazgos de los estudios basados en la población general, la gran mayoría de las mujeres con IF que consultan al médico podría no tener una enfermedad neurológica o trastornos digestivo, típicamente diarrea, a menudo asociada con antecedentes de riesgo obstétrico. Sin embargo, el déficit neurológico sólo puede ser identificado con pruebas neurofisiológicas, y éstas no están disponibles en todos los centros de atención. La incidencia de IF tras el parto vaginal fue del 8%, esto puede reflejar mejoras en los servicios obstétricos, incluida la disminución del parto instrumentado (por ejemplo, fórceps), el uso selectivo de la episiotomía y el aumento de cesáreas.⁴

Aunque una revisión Cochrane no mostró diferencias demostrables entre cesáreas y parto vaginal, el desgarró perineal de tercer grado (la lesión del esfínter anal externo) y laceraciones de cuarto grado (las que se extiende a través del esfínter anal externo e interno) son fuertes factores de riesgo de IF. La edad media de inicio de IF está en la séptima década de vida, es decir, muchas décadas después del parto vaginal y por lo tanto, el mecanismo por el cual produce IF no está claro. La cirugía anorrectal para fístulas, fisuras o enfermedad hemorroidal y el carcinoma anorrectal pueden lesionar el esfínter. El deterioro de la adaptabilidad rectal, como puede ocurrir con proctitis o después de la creación de una bolsa ileal, y la impactación fecal con diarrea por rebosamiento, pueden causar IF⁴.

ANTECEDENTES

Las patologías ano rectales han acompañado a la humanidad en su historia desde los griegos y romanos, tratados de diferentes maneras siendo un tema poco comprendido con diferentes tabúes que no permitían poder valorar a cabalidad la envergadura de dichos problemas².

Aunque existen numerosos estudios basados en IF, no existe una definición uniforme para ésta. En 1971, Duthiel la definió como “un paciente que refiere un control anal inadecuado en mayor o menor grado”. En 1993, Jorge y Wexner definieron la IF como “la pérdida involuntaria de heces o el manchado al menos dos veces al mes”. Actualmente se puede considerar IF como “la incapacidad de postergar la defecación en forma voluntaria, produciéndose una pérdida recurrente e involuntaria de las heces (líquidas y/o sólidas) y/o gases a través del conducto anal, por un periodo de al menos 3 meses”³

La etiología de la IF es a menudo multifactorial, por lo tanto, es más apropiado centrarse en las condiciones asociadas, especialmente cuando preceden a la aparición de IF y en los factores de riesgo. En las encuestas poblacionales, los trastornos intestinales, especialmente la diarrea, la urgencia fecal y la cantidad de enfermedades crónicas asociadas fueron los factores de riesgo independientes para IF, con mayor asociación que las lesiones del piso pélvico relacionadas con la obstetricia (por ejemplo uso de fórceps y episiotomía). El tabaquismo, la atrofia externa del esfínter y la obesidad también son factores de riesgo para la IF.^{4,5,6}

Otras afecciones asociadas con IF incluyen edad avanzada, comorbilidades (Hipertensión, Asma, Diabetes, ect.) trauma del esfínter anal (lesión obstétrica, cirugía anal previa) y disminución de la actividad física. Varias enfermedades que afectan a las disfunciones sensoriomotoras anorrectales y / o alteran los hábitos intestinales también se asocian con IF en la práctica clínica. Algunas de estas condiciones no emergen como factores de riesgo en los estudios en la población,

posiblemente porque su prevalencia es relativamente baja. De acuerdo con los hallazgos de los estudios basados en la comunidad, la gran mayoría de las mujeres con IF que consultan a un médico pueden no tener un trastorno neurológico o inflamatorio, sino más bien tener trastornos intestinales, típicamente diarrea, a menudo asociada con antecedentes obstétricos.^{7,8} El déficit neurológico sólo puede identificarse con pruebas neurofisiológicas, y éstas no son ampliamente disponibles.⁹

La incidencia de IF después del parto vaginal fue del 8% en una serie reciente. Esto puede reflejar mejoras en las prácticas obstétricas, incluida la disminución de partos instrumentados, aunque la verdadera incidencia de la incontinencia fecal no se conoce con exactitud.⁹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La IF tiene una elevada prevalencia en la población general a pesar de que las cifras exactas no se conocen, sin embargo, sabemos que es un problema de salud que causa aislamiento social, absentismo laboral, ansiedad, depresión, incremento en las consulta médicas y altos costos en medicamentos y protectores.

Por lo tanto nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de incontinencia fecal en los pacientes adultos que asisten a la consulta externa del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños?

JUSTIFICACIÓN

El personal de salud puede identificar satisfactoriamente al paciente y derivarlos al especialista para un tratamiento más específico, en nuestro país, se desconoce la prevalencia de esta patología, por lo que es importante conocer los factores de riesgos en nuestra población que preceden a la IF para el adecuado tratamiento de la enfermedad, logrando así impactar en la calidad de vida de estos pacientes, este trabajo pretender marcar pautas descriptivas de los factores de riesgo asociados a IF en nuestra institución.¹⁰

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de incontinencia fecal en los pacientes adultos que asistieron a consulta externa del HMEADB.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los pacientes que asisten a la consulta externa con incontinencia fecal.
2. Medir la severidad de IF con la escala de Jorge - Wexner.
3. Asociar factores de riesgo para IF.

HIPÓTESIS

PRINCIPAL

Existe una elevada prevalencia de incontinencia fecal en la población adulta que acude a consulta externa en el Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños?.

SECUNDARIAS

Los factores de riesgo para incontinencia fecal de nuestra población son similares a los reportados en la literatura mundial.

DISEÑO METODOLÓGICO.

- a. **Áreas de estudio:** Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños
- b. **Tipo de estudio:** Estudio transversal, prolectivo, analítico de prevalencia.
- c. **Muestra:** Todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del hospital militar de Marzo a Noviembre del 2016.

- d. **Criterio de inclusión :**
 1. Pacientes mayores de 18 años.
 2. Residentes de la ciudad de Managua
 3. Pacientes que acuden en busca de atención médica en el hospital militar, en consulta externa, por patología no urgente.
 4. Que acepten participar en el estudio.

- e. **Criterios de exclusión:**
 1. Pacientes que No entiendan las preguntas de la encuesta.
 2. Encuestas incompletas
 3. Diagnostico de enfermedad mental que limitara la autonomía y razonamiento del paciente.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Definiciones

Incontinencia fecal: La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria y recurrente de la materia fecal durante al menos 3 meses (gas, heces líquidas o sólidas).

Prevalencia de incontinencia Fecal: Número de pacientes entrevistados que presentan incontinencia fecal, dividido por el número de pacientes entrevistados. Expresada en porcentaje del total.

Variables bio-demográficas generales:

Edad: Expresada en años. La edad de los pacientes en estudio es de ≥ 18 años.

Se tomarán percentil 25, 50 y 75.

Sexo: Masculino o Femenino.

Talla: Expresada en metros (mts).

Peso: Expresada en kilogramos (Kg).

Índice de masa corporal: calculada con los datos de estatura y peso.

Variables Clínicas:

Co-morbilidades: Antecedentes médicos (Tabaquismo, diabetes mellitus, asma, hipertensión arterial). Antecedentes de radioterapia (para cáncer de próstata, útero, recto), antecedentes de intervenciones quirúrgicas de colon, recto y ano.

Antecedentes ginecológico: Número de hijos, peso de hijos mayor a 9 libras, número de partos, cesárea, antecedentes obstétricos (desgarro, episiotomía, parto prolongado, histerectomía, suspensión vesical)

Evaluación de la IF:

Incontinencia Fecal: Es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano en las últimos 4 semanas.

Severidad de la incontinencia fecal: Valorada mediante el sistema de puntuación de Wexner. Según esta escala, el puntaje mínimo es de 0 (continencia perfecta) y máxima de 24 (totalmente incontinente). La gravedad de la incontinencia se clasifica según el puntaje en la escala modificada de Wexner (Jorge-Wexner) en: leve (0 a 8 puntos), moderada (de 9 a 16 puntos) y grave (más de 16 puntos)

Frecuencia de la incontinencia fecal:

Nunca: no episodios de pérdidas en las últimas 4 semanas.

Raramente: un episodio en las últimas 4 semanas.

Algunas veces: más de un episodio a la semana, pero menos de un día.

Frecuentemente: uno o más episodio a la semana, pero menos de uno por día.

Siempre: uno o más episodios al día.

Selección de los sujetos a encuestar:

Se solicitó autorización al jefe de consulta externa para la aplicación de encuesta por personal No médico (personal auxiliar), previa validación de instrumentos, quienes recibieron una charla sobre incontinencia fecal y su detección temprana, se proporcionó información acerca del contenido de las encuestas y la recolección de la información por el personal auxiliar. Seguidamente se brindó charla al personal que se encontraba en consulta externa en sala de espera de ser atendidos, se le explicó el propósito del mismo, el tipo de preguntas de las que consta y finalmente se solicitó su participación. Las encuestas se entregaron a cada paciente y estas fueron contestadas por ellos mismos, posteriormente se recolectaron por el personal auxiliar antes de pasar su visita médica eventual, se recolectaron 1002 encuestas.

Cumplimiento de la encuesta

En el apartado general de la entrevista contiene variables bio-demograficas generales, así como antecedentes médicos y quirúrgicos.

En una segunda parte se abordó una serie de preguntas relacionadas con la evaluación de severidad de IF con la escala de Jorge- Wexner.

ASPECTOS ETICOS

Se solicitó aprobaciónn del comité de ética e investigación del Hospital Militar Escuela Alejandro Dávila Bolaños.

No se lleno consentimiento informado, ya que durante la charla se les explico que era opcional su participación en el llenado del cuestionario.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se recolectaron 1002 encuestas, en personas que acudieron a consulta externa del hospital militar, de estas encuesta 995 fueron válidas, 7 se excluyeron por estar con información incompleta. La prevalencia de IF en nuestra institución fue de 48.60%, predominando el sexo femenino con 54.2%, la edad media fue de 48 años (rango 36-56 años) ambos con significancia estadística. El 7.8% son fumadores, IMC con una media de 27.34 Kg/m², sin significancia estadística (Tabla 1).

En los antecedentes patológicos personales predominó la hipertensión arterial con el 21.7%, seguido por diabetes con el 16.3%, ambos con significancia estadística, el asma con el 7.3% sin significancia estadística. En antecedentes de radiación para cáncer de recto, próstata y útero la prevalencia fue relativamente baja y con poca significancia estadística, de igual forma en antecedentes de cirugía de colon, recto y ano. (Tabla 1).

En antecedentes obstétricos, se encontró una prevalencia entre los encuestados del 10.4%, del peso de recién nacidos mayor de 9 libras, 15.4% para parto prolongado 15.4%, histerectomía total 11.1%, suspensión de la vejiga 3.4%, sin significancia estadística. En el número de hijos la mediana fue de 2, el número de partos vaginales la mediana fue de 1 ambos con significancia estadística (Tabla 1, tabla 2).

Dentro de los trauma obstétricos la episiotomía tuvo una prevalencia de 46.8%, seguido del desgarro vaginal con el 23.7% ambos con significancia estadística. (Tabla 2).

Tabla 1. Factores asociados con la IF

Variable	Continencia Fecal		p
	Continentes	Incontinentes	
Sexo Femenino n (%)	297 (45.8)	352 (54.2)	< 0.001 *
Edad (años) Md (25-75)	42 (30-53)	48 (36-56)	< 0.001 **
Fumado n (%)	40 (50.6)	39 (49.4)	0.88*
IMC Md (25-75)	27.44 (24.04-32.69)	27.32 (24.02-31.14)	0.33**
Enfermedades Sistemicas			
Asma n (%)	35 (47.9)	38 (52.1)	0.54*
Diabetes n (%)	64 (39.3)	99 (60.7)	< 0.001 *
Hipertensión arterial n (%)	85 (39.2)	132 (60.8)	< 0.001 *
Antecedentes de Radiación para cáncer de Recto n (%)	0 (0)	2 (100)	0.14*
Antecedentes de Radiación para cáncer de Prostata n	0 (0)	1 (100)	0.30*
Antecedentes de Radiación para cáncer de Útero n (%)	0 (0)	2 (100)	0.14*
Antecedentes de Cirugía de Colon, Recto y Ano n (%)	2 (33.3)	4 (66.7)	0.37*
Antecedentes Obstetricos			
Peso de Recién Nacido mayor de 9 libras n (%)	2 (50)	2 (50)	0.96*
Parto Prolongado n (%)	41 (41)	59 (59)	0.27*
Histerectomía Total n (%)	25 (35.2)	46 (64.8)	0.05*
Suspensión de la Vejiga n (%)	286 (46.1)	335 (53.9)	0.95*
Número de Hijos Md (25-75)	2 (0-3)	2 (1-3)	0.02**
Número de partos vaginales Md (25-75)	1 (0-2)	2 (1-3)	< 0.001 **
Trauma Obstetrico			
Desgarro Vaginal n (%)	56 (36.6)	97 (63.4)	< 0.05 *
Episiotomía n (%)	110 (36.4)	192 (63.6)	< 0.001 *

* Chi Cuadrado de Pearson

** Prueba de Mann-Whitney

Tabla 2. Factores asociados con la severidad de IF

Variable	Incontinencia Fecal			p
	Leve n=432	Moderada n=45	Severa n=3	
Sexo Femenino n (%)	308 (71.3)	38 (84.4)	1 (33.3)	< 0.001 *
Edad (años) Md (25-75)	47 (35-56)	54 (45-59)	47 (41-47)	< 0.001 **
Enfermedades Sistemicas				
Diabetes n (%)	85 (19.7)	11 (24.4)	2 (66.7)	< 0.001 *
Hipertensión arterial n (%)	111 (25.7)	18 (40.0)	2 (66.7)	< 0.001 *
Antecedentes Obstetricos				
Número de Hijos Md (25-75)	2 (1-3)	2 (1-3)	0 (0)	0.16 **
Número de partos vaginales Md (25-75)	1 (1-3)	1 (1-3)	0 (0-0)	< 0.001 **
Trauma Obstetrico				
Desgarro Vaginal n (%)	84 (27.5)	12 (31.6)	0 (0)	< 0.05 *
Episiotomia n (%)	164 (53.6)	26 (68.4)	0 (0)	< 0.001 *

* Chi Cuadrado de Pearson

** Prueba de Kruskal-Wallis

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La pérdida de la continencia fecal es una condición devastadora que produce aislamiento social y afecta de manera importante la calidad de vida de los pacientes. Con frecuencia los pacientes con IF no manifiestan este problema de manera espontánea, ya que se percibe como un evento vergonzoso.^{1,2} El interrogatorio intencionado y minucioso del médico en relación con la IF es en ocasiones la única forma de hacer evidente el problema. Es por esto que la prevalencia real de la IF está subestimada. Estudios en población general muestran que la prevalencia varía entre 1-15%. La prevalencia de IF varía considerablemente de acuerdo a la población estudiada, la edad, el género y la existencia de enfermedades asociadas, por ejemplo, es un estudio de prevalencia de IF en una comunidad de estados unidos, se realizaron 2400 encuestas a pacientes mayores de 50 años o más, donde se encontró que la prevalencia de IF fue de 15.2%.^{1,2}

En nuestra institución se encontró una prevalencia de IF de 54.2%, elevada en comparación con otros estudios en la cual la prevalencia oscila entre 18-33%². En estudios en asilos de ancianos encontraron que la prevalencia de IF es del 38% y que durante el primer año de internación en el asilo el 20% de los pacientes desarrollaban IF asociada a diarrea y a estreñimiento.^{2,3}

En nuestro estudio predominó el sexo femenino como el más afectado, esto no difiere al resto de estudio debiéndose posiblemente a que las mujeres son las que más acuden a consulta, otras especulaciones de la diferencia entre el sexo son por daños obstétricos y las alteraciones de la estática pélvica que son factores de riesgo de IF. La prevalencia de la IF de mujeres en la comunidad fue 9.7% versus 14.1% de mujeres con IF en institución^{4,5,6}.

Lo interesante de nuestro estudio es que la presencia de la IF está principalmente en edad productiva siendo una media de 48 años (rango 36-56), Remes-troches et al. reportó que las mujeres de todas la edades presenta mayor frecuencia de IF

que los hombres, por ejemplo, en pacientes de 45 años la IF es ocho veces más frecuente en mujeres, conforme aumenta la edad esta proporción disminuye y en población mayor de 65 años la relación es de 3 a 1.^{6,7,8}

Un reciente estudio encontró un modesto incremento de riesgo de IF entre fumadores que usan al menos 25 cigarros por día, en nuestro estudio no detallamos la cantidad de cigarros por día, esto podría justificar el por qué no fue estadísticamente significativo.^{9,10,11}

El IMC en nuestra población en estudio la media fue 27.32 Kg/mts² (rango 24.02-31.14), sin significancia estadística, sin embargo, en estudios poblacionales amplios IMC ≥ 30 kg/mts² es un factor de riesgo elevado para IF, posiblemente el mayor peso condicionaría la existencia de presiones intra-abdominales elevadas, lo que produciría lesión del suelo pélvico.^{7,8,9}

Otro factor de Riesgo para el desarrollo de IF es la diabetes mellitus, la frecuencia de IF en esta población varía entre 5-15%. Remes-troches y col. tuvieron una prevalencia de IF de 32%, en nuestra población de estudio la frecuencia de IF en pacientes con diabetes fue de 60.7%, esta mayor prevalencia probablemente está relacionada con el sesgo de referencia que existe en nuestra muestra, en donde la proporción de pacientes diabéticos es elevada.^{11,12,13} La disminución en la sensación rectal, así como, la hipotonía esfinteriana son los principales mecanismo de incontinencia en el diabético. ^{11,12,13} Se encontró además en nuestro estudio significancia estadística para la hipertensión arterial con una prevalencia de 60.8% en pacientes con IF, si bien no hay estudios que hablan directamente esta patología, se ha encontrado que cualquier trastorno que produzca déficit neurológico que afecte la musculatura pélvica produce IF, dentro de estos trastorno destaca la enfermedad cerebro vascular, esclerosis múltiple y los trastornos de la médula espinal. Por ejemplo, la frecuencia de IF en pacientes con infartos cerebrales varía de 31-40% al momento de la admisión del evento y permanece entre 7-9% a los seis meses del infarto. En cuanto al asma no se encontró asociación con la IF en nuestro estudio, posiblemente se debe a que no

se agrupo todas las enfermedades crónicas, previos autores han reportado una asociación significativa entre el número de enfermedades crónicas y la IF en mujeres, en hombres la pobre salud general fue un predictor significativo para IF.
11,12,13

En mujeres la prevalencia de IF aumenta con el incremento de números de partos vaginales, en nuestro estudio con significancia estadística con una media de 1 y rangos 1 a 3 partos vaginales. Una alta incidencia se ha observado en mujeres multíparas y en partos instrumentados y parto prolongado, 1 de cada 3 mujeres van a resultar con sintomatología de incontinencia o urgencia días posteriores al parto.^{14,15,16,17}

El defecto extenso del esfínter anal ya sea por trauma o por episiotomía ambos con significancia estadística, no está directamente relacionado con el grado de incontinencia. La disrupción del esfínter anal desde el trauma obstétrico es clínicamente reconocido en aproximadamente en el 10% de todos los partos vaginales pero el daño oculto del esfínter anal no causa inmediatamente incontinencia post parto, puede ser identificado en 21-35% de los partos vaginales.
18,19,20

La historia previa de trauma ano-rectal o cirugías y radiación pélvica no estuvieron asociadas con la IF en nuestro estudio como fueron señaladas en otros.^{21,22,23}

CONCLUSIÓN

1. En este estudio la prevalencia de IF es mayor a la reportada en la literatura predominando en el sexo femenino.
2. Principalmente en >48 años, así mismo, se encontró asociación con enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.
3. Se encontró asociación de la IF con los antecedentes obstétricos como el número de partos vaginales y el trauma obstétrico (desgarros vaginales y episiotomía) se relacionan estadísticamente con la IF.
4. En cuanto al grado de severidad la que predominó fue la Incontinencia fecal Leve.

RECOMENDACIONES

1. Todo paciente que tenga los siguientes factores: mujer mayor de 48 años, diabética, múltipara y antecedentes de episiotomía debería ser obligado interrogarla por Incontinencia Fecal en nuestra Institución. Para que sea atendida con prontitud, eficiencia y eficacia con los mejores tratamientos disponibles.
2. Sugerimos realizar estudios de calidad de vida a los pacientes encuestados con IF y ver si este hallazgo es considerado un problema por ellos.
3. Establecer en la Primera Consulta de Crónicos un formato que contenga la escala de incontinencia fecal para detectar pacientes tempranamente y poderlos referir a una evaluación por Coloproctología.

BIBLIOGRAFIA

1. Sáenz, R.-T. P. (2004). Incontinencia Fecal en Adultos Mayores. 56(1).
2. SCC, R. (2016). Anorectal Disorders. 150.
3. SSC, R. (1999). Fecal Incontinence. II.
4. Macmillam AK, Merrie AE, Marshall RJ. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adult: a systematic review of the literature. *Dis Colon rectum* 2004;47:1341-9.
5. Varma M, Brown J, Creasman J, Thom D, Van Den Eeden S, Beattie, M, et al. Fecal Incontinence in Females Older Than Aged 40 Years: Who is at Risk? *Dis Colon Rectum*. 2006;49:841–851.
6. William E Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology*. 2009;137: 512–517.
7. Macmillam AK, Merrie AE, Marshall RJ. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adult: a systematic review of the literature. *Dis Colon rectum* 2004;47:1341-9.
8. Enrique Rey, MD1,2, Rok Seon Choung, MD1, Cathy D. Schleck, BS3, Alan R. Zinsmeister, PhD3, G. Richard Locke III, MD1, and Nicholas J. Talley, MD, PhD. Onset and Risk Factors for Fecal Incontinence in a US Community. *Am J Gastroenterol*. 2010 February ; 105(2): 412–419. doi:10.1038/ajg.2009.594.
9. Bridget M. Kuehn. Silence Masks Prevalence of Fecal Incontinence. *JAMA*, March 22/29, 2006—Vol 295, No. 12.
10. S Perry, C Shaw, C McGrother, R J Matthews, R P Assassa, H Dallosso, K Williams, K R Brittain, U Azam, M Clarke, C Jagger, C Mayne, C M Castleden. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. Department of Epidemiology and Public Health, University of Leicester, 22–28 Princess Road West, Leicester. LE1 6TP, UK; sip1@leicester.ac.uk.
11. Ian M. Paquette, Madhulika G. Varma, Andreas M. Kaiser, Scott R. Steele, Janice F. Rafferty. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence. Prepared by the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 623–636. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000397.
12. Claudio Wainstein G. Dr.(1); Dr. Rodrigo Quera P. (1); Dra. María Isabel Quijada G. (2). Incontinencia Fecal en el adulto: Un desafío permanente. Departamento de Cirugía, Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP), Clínica Las Condes.
13. Varma M, Brown J, Creasman J, Thom D, Van Den Eeden S, Beattie, M, et al. Fecal Incontinence in Females Older Than Aged 40 Years: Who is at Risk? *Dis Colon Rectum*. 2006;49:841–851.
14. William E Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology*. 2009;137: 512–517.

15. Pretlove SJ RS, Tooze Hobson PM, Prevalence of anal incontinence according to age and gender a systematic review and meta regression analysis. *Int Urogynecol J* 2006;17: 407-417.
16. Perry S, Shaw C, MacGrother C, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut* 2002;50:480-4.
17. Thomas T, Edan M. The prevalence of faecal and double incontinence. *Community Med* 1984;6:216-20.
18. Claudio Wainstein G. Dr.(1); Dr. Rodrigo Quera P. (1); DrA. María Isabel Quijada G. (2). Incontinencia Fecal en el adulto: Un desafío permanente. Departamento de Cirugía, Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP), Clínica Las Condes.
19. Pretlove SJ RS, Tooze Hobson PM, Prevalence of anal incontinence according to age and gender a systematic review and meta regression analysis. *Int Urogynecol J* 2006;17: 407-417.
20. Stewart WF¹, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, Hunt TL, Wein AJ. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003 May;20(6):327-36. Epub 2002 Nov 15.
21. William E. WHITEHEAD, PhD. Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. Departments of Medicine and Obstetrics & Gynecology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina. *Gastroenterology.* 2009 August; 137(2): 512–517.e2. doi:10.1053/j.gastro.2009.04.054.
22. Wainstein G. Claudio , Dr. Rodrigo Quera P., DrA. María Isabel Quijada G. Fecal incontinence in adults: a challenging problema. Departamento de Cirugía, Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP), Clínica Las Condes. Servicio de Urgencia, Clínica Las Condes.
23. M.Teresa vergara a.1, Juan suárez m.1, hernán orellana g, pamelá cofré l1., fernando germain p, Incontinencia fecal del adulto. Taller de piso pelviano. Hospital Naval Alameda. Nef, Viña del Mar. Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso. V Región, Chile. *Rev. Chilena de Cirugía.* Vol 63 - Nº 3, Junio 2011; pág. 320-326.
24. Enrique Rey, Rok Seon Choung, Cathy D. Schleck, BS, Alan R. Zinsmeister, G. Richard Locke , Nicholas J. Talley. Onset and Risk Factors for Fecal Incontinence in a US Community. *Am J Gastroenterol.* 2010 February ; 105(2): 412–419. doi:10.1038/ajg.2009.594.
25. Maria Angela Cerruto, Carolina D'Elia, Alberto Aloisi, Miriam Fabrello, Walter Artibani. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. Department of Urology, AOUI Verona, Verona , Italy. *Urol Int* 2013;90:1–9. DOI: 10.1159/000339929.
26. A. Sharma, M.B.R. J. Marshall, • A. K. Macmillan, M.B, A. E. H. Merrie, M.B.Ch.B • P. Reid, M.B.Ch.B. Bissett, M.B.Ch.B., M.D. Determining Levels of Fecal Incontinence in the Community: A New Zealand Cross-Sectional

- Study. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1381–1387 DOI: 10.1097/DCR.0b013e31822dd0f0.
27. Richard L. Nelson. Epidemiology Of Fecal Incontinence. Department Of Surgery, University Of Illinois College Of Medicine At Chicago And Epidemiology/Biometry Division, University Of Illinois School Of Public Health, Chicago, Illinois. *Gastroenterology* 2004;126:S3–S7.
 28. Jennifer L. Melville, Ming-Yu Fan, Katherine Newton, Dee Fenner. Fecal incontinence in US women: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 2071–6.
 29. Kheng-Seong Ng, Yogeesan Sivakumaran, Natasha Nassar. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors—A Systematic Review. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 1194–1209. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000514.
 30. Madhulika G. Varma, Jeanette S. Brown, Jennifer M. Creasman, David H. Thom, Stephen K. Van Den Eeden, Mary S. Beattie, Leslee L. Subak. Fecal Incontinence in Females Older Than Aged 40 Years: Who is at Risk?. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 841–851. DOI: 10.1007/s10350-006-0535-0.
 31. Claudio Wainstein G, Rodrigo Quera P., María Isabel Quijada G. Incontinencia Fecal en el adulto: Un desafío permanente. Departamento de Cirugía, Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP), Clínica Las Condes. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2013; 24(2) 249-261.
 32. Adil E. Bharucha, Alan R. Zinsmeister, G. Richard Locke, Barbara M. Seide, Kimberly Mckeon, Cathy D. Schleck, And L. Joseph Melton. Prevalence And Burden Of Fecal Incontinence: A Population-Based Study In Women. *Gastroenterology* 2005;129:42–49.
 33. David Parés, Eva Martinez-Franco, Nuria Lorente, Jordi Viguier, Jose-Luis Lopez-Negre, Josep-Ramon Mendez. Prevalence Of Fecal Incontinence In Women During Pregnancy: A Large Cross-Sectional Study. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 1098–1103. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000471.
 34. Nelson R, Furner S, Jesudason V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: prevalence and associations. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1226–1229.
 35. Bliss DZ, Harms S, Garrard JM, et al. Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14:451.e1–e7.

ANEXOS

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA FECAL

SI ESTA EMBARAZADA Y ES MENOR DE 18 AÑOS, FAVOR NO CONTESTAR

Nº 2600

La incontinencia anal es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano. Es decir, que a una persona cuando se le escapan (sin poder evitarlo) los gases o las heces por el ano se considera que tiene una incontinencia anal.

Hospital: _____ Fecha: _____ Usted es: Hombre Mujer
 Expediente: _____ No. de Teléfono: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Usted fuma: Si No Usted padece de: Diabetes Asma/tos crónica Hipertensión arterial No aplica
 Recibió radioterapia como tratamiento para cáncer de: Próstata Utero Recto No aplica
 Ha tenido usted cirugía de colon, recto y ano: Si No
Historia Ginecológica: Número de Hijos: _____ Peso Mayor a 9 Libras: Si No
 Como nacieron: Parto: _____ Cesárea: _____ No Aplica _____
 Si fue parto tuvo algún desgarro: Si No
 Si fue parto le hicieron episiotomía (la unieron): Si No
 Su parto fue prolongado: Si No
 Le quitaron la Matriz (Utero): Si No
 Le subieron la vejiga: Si No

EVALUACION DE SEVERIDAD DE INCONTINENCIA FECAL

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1.- ¿ Ha tenido pérdida involuntaria de heces sólidas?	<input type="checkbox"/>				
2.- ¿ Ha tenido pérdida involuntaria de heces líquidas?	<input type="checkbox"/>				
3.- ¿ Ha tenido pérdida involuntaria de gases o flatos?	<input type="checkbox"/>				
4.- ¿ Ha modificado la incontinencia fecal su forma de vivir?	<input type="checkbox"/>				
5.- ¿ Necesita usar pañal, toalla o cambio de ropa interior ante el manchado o incontinencia fecal?	<input type="checkbox"/>				
6.- ¿ Ha tomado algún medicamento para evitar la pérdida de heces?	<input type="checkbox"/>				
7.- ¿ Ha perdido la habilidad para poder retrasar su defecación durante al menos 15 minutos?	<input type="checkbox"/>				

INCONTINENCIA URINARIA

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las **ULTIMAS CUATRO SEMANAS**.

1. Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una):

Nunca una vez a la semana o menos dos o tres veces a la semana una vez al día varias veces al día continuamente

2. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa.

Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no) (Marque uno)

No se me escapa nada Muy poca cantidad Una cantidad moderada Mucha cantidad

3. Estos escapes de orina que tiene ¿cuánto afectan su vida diaria? Por favor marque una cruz, en la siguiente lista, un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho).

0 (Nada) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mucho)

4. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)

Nunca pierde orina Pierde orina antes de llegar al baño Pierde orina cuando tosa o estornuda Pierde cuando duerme

Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido

Pierde orina sin un motivo evidente Pierde orina de forma continua