



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD No. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”**

**PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON
DISFUNCIÓN DEL PISO PELVICO**

T E S I S

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN UROLOGIA GINECOLÓGICA**

PRESENTA:

DRA. CARMEN JANET MARIN MENDEZ

TUTOR:

DRA. EDNA CORTES FUENTES

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER



MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

FEBRERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Oscar Arturo Martínez Rodríguez
Director General
UMAE Hospital “Luis Castelazo Ayala”

Dr. Carlos E. Morán Villota
Director de Educación e Investigación en Salud
UMAE Hospital “Luis Castelazo Ayala”

Dra. Edna Cortes Fuentes
Profesor titular de la Especialidad de Rama en Urología Ginecológica
UMAE Hospital “Luis Castelazo Ayala”

DEDICATORIA

Después de recorrer un largo camino puedo voltear la vista atrás y sentirme agradecida por todo lo que Dios me ha permitido realizar en mi formación profesional.

Por todas las personas que he conocido a través de todos estos años: maestros que de una u otra manera han contribuido en mi formación; amigos que han compartido conmigo los sinsabores y buenos momentos de la profesión, definitivamente han sido una parte esencial de mi vida. Borre gracias por siempre estar ahí. Pepe por ser mi amigo y confidente, gracias por hacer de estos dos años de los mejores de mi vida.

A mi familia por haberme apoyado desde el inicio y que me han acompañado aún en la distancia a través de todos estos años. Mamá gracias por todo, definitivamente soy lo que soy por ti, te amo. A mis hermanas por siempre darme ánimos en los momentos que quise dejar todo.

A mis asesores de tesis por su tiempo y dedicación.

Y finalmente, a mis maestros de la subespecialidad, a la Dra Caisapanta y al Dr. Herrera por todas sus enseñanzas, en especial a la Dra. Cortes por hacerme amar y disfrutar lo que hago, por creer en mí y siempre decirnos: ustedes pueden!!. Los quiero y me los llevo en el corazón, espero haber cumplido sus expectativas. A mi compañero y amigo de subespecialidad: Arnaud gracias por compartir estos años.

Y me permito terminar con una frase, que se la tomare prestada a mi maestra y que refleja todo lo que en dos años aprendí:

“Recordemos que un buen cirujano del piso pélvico es aquel que piensa inicialmente como arquitecto, después como ingeniero y finalmente como artesano. Como arquitecto para diseñar la forma de la reconstrucción, como ingeniero para que la construcción diseñada pueda soportar las diferentes fuerzas del piso pélvico y como artesano para realizarlo con el corazón y la mano...”

Mil gracias....

INDICE

Resumen	5
Antecedentes	6
Justificación	9
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
Material y Métodos	12
Cronograma de actividades	16
Resultados	17
Discusión	18
Conclusiones	21
Gráficos	22
Tablas	24
Anexos	25
Bibliografía	26

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DEL PISO PELVICO

Marín Méndez C. *, Cortes Fuentes, E.*
Hospital de Especialidades UMAE No.4 . IMSS. México, DF.

Antecedentes. La incontinencia fecal es una condición angustiante, tanto psicológica como socialmente, que afecta a un número importante de mujeres en todo el mundo. La ICS la define como la queja de la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas. La prevalencia es difícil de determinar debido a la definición que se tome de referencia ya sea incontinencia anal o fecal y dependiendo de la población que se estudie, por lo que existe gran discrepancia entre los valores reportados en diferentes estudios. En México, en la ciudad de Guadalajara se realizó un estudio transversal encontrando una prevalencia de incontinencia anal del 3.4% y siendo el grupo de edad con mayor afectación de 66 a 75 años.

Objetivo. Determinar la prevalencia de la incontinencia fecal en mujeres que acuden a la consulta de uroginecología con algún tipo de disfunción del piso pélvico en la Unidad de Alta Especialidad Numero 4 “Luis Castelazo Ayala”.

Material y métodos. Estudio transversal. Se realizará un cuestionario a las pacientes que acudan a consulta de uroginecología con algún tipo de disfunción del piso pélvico (prolapso de órganos pélvico, incontinencia urinaria e incontinencia fecal).

Resultados. Se incluyeron 241 pacientes en el estudio, el 68% presentó incontinencia anal, el 30% incontinencia a heces líquidas y el 7% incontinencia a heces solidas.

Conclusiones. La incontinencia fecal es una condición angustiante que afecta la calidad de vida de las pacientes, sin embargo esto mismo propicia que las pacientes no acudan en busca de atención medica. El médico especialista en piso pélvico debe tener en mente esta disfunción e interrogar intencionadamente a las pacientes. Es importante la creación de un centro de disfunción del piso pélvico, donde una vez identificadas las pacientes con incontinencia fecal podamos ofrecer un tratamiento específico.

ANTECEDENTES

La incontinencia fecal es una condición angustiante, tanto psicológica como socialmente, que afecta a un número importante de mujeres en todo el mundo¹. Sin embargo es una patología subdiagnosticada, ya que las pacientes no acuden a solicitar atención médica por esta condición. La ICS la define como la queja de la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas².

Es más frecuente en mujeres que en hombres, seis a ocho veces más, debido a la lesión del esfínter anal por trauma obstétrico³. La prevalencia es difícil de determinar debido a la definición que se tome de referencia ya sea incontinencia anal o fecal y dependiendo de la población que se estudie, por lo que existe gran discrepancia entre los valores reportados en diferentes estudios. En Estados Unidos se reporta una tasa del 2 al 15% en su población⁴. En un estudio realizado por Pretlove S. y colaboradores en cuanto a prevalencia según edad y género encontraron una tasa del 0-15.2% con una media de 4.3% no encontrando tanta diferencia entre sexo⁵. En pacientes con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos se reporta una tasa elevada del 30%¹. En México, en la ciudad de Guadalajara se realizó un estudio transversal encontrando una prevalencia de incontinencia anal del 3.4% y siendo el grupo de edad con mayor afectación de 66 a 75 años⁶.

La capacidad de controlar la defecación depende de muchos factores, como: integridad del esfínter anal, un reservorio distensible, consistencia de las heces, buena motilidad intestinal, integridad del piso pélvico y función cognitiva adecuada. La incontinencia ocurre cuando uno o más mecanismos de continencia son alterados y estos no pueden ser compensados⁷. Generalmente la causa de la incontinencia fecal es multifactorial.

Dentro de los factores de riesgo para presentar incontinencia fecal se encuentran la edad, la paridad, el parto vaginal, la cirugía pélvica, enfermedades neurológicas y degenerativas. Siendo el trauma obstétrico durante el parto vaginal el mayor factor de riesgo para

incontinencia fecal en mujeres jóvenes⁸, tanto por la lesión al esfínter anal, piso pélvico y al nervio pudendo. La disrupción del esfínter interno o externo se presenta ya sea por desgarro o al momento de realizar la episiotomía. La neuropatía del pudendo es ocasionada por el paso de la cabeza fetal a través del canal del parto, el parto instrumentado y un periodo expulsivo prolongado⁹. El antecedente de cirugía anorectal para hemorroides, fistulas o fisuras también condiciona disrupción del esfínter anal y a pesar de que la zona de alta presión del esfínter anal interno y externo es una parte importante para el cierre del canal anal, la participación de otros componentes no debe ser minimizado. El 15% del tono basal del canal anal esta dado por los componentes vasculares que unto con los pliegues de la mucosa anal permiten un sellado hermético. La importancia de estas estructuras se hace evidente en aquellas pacientes con hemorroides o con hemorroidectomía donde la incontinencia es común. La tracción del músculo puborrectal mantiene la unión anorectal en un ángulo de 90° lo que favorece la obstrucción a la salida de las heces como un efecto de valva. La falla en el músculo elevador del ano es reconocida como una causa importante en el desarrollo de la incontinencia.

La lesión al plexo hipogástrico inferior durante el parto distócico causa denervación a órganos intrapélvicos y al mismo piso pélvico lo que causa síntomas como urgencia y función sensorial alterada común en pacientes con incontinencia fecal.

Las enfermedades neurológicas pueden afectar la continencia al interferir la percepción sensorial o la función motora. En el sistema nervioso central, la esclerosis múltiple, la demencia, tumores cerebrales, lesión medula dorsal pueden causar incontinencia. Y el sistema nervioso periférico puede estar afectado por patologías como la neuropatía diabética, lesión de la cauda equina.

Las patologías musculo esqueléticas como la distrofia muscular, la miastenia gravis y otras miopatías pueden afectar el esfínter anal externo y el musculo puborrectal.

Ciertas condiciones que disminuyen la complianza rectal como la radioterapia, la inflamación rectal secundaria a colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn, la presencia de un tumor, isquemia.

La evaluación del paciente debe comenzar con una historia clínica adecuada y dirigida a investigar todos los factores de riesgo previamente mencionados, así como antecedentes médicos y quirúrgicos. Se debe interrogar acerca de la duración del problema, la frecuencia de la incontinencia, el uso de pañal, frecuencia de las evacuaciones, estreñimiento, sangrado rectal, uso de laxantes.

El examen físico debe incluir una evaluación anorectal completa. A la inspección de la piel perianal podemos observar erosión o eritema debido principalmente a heces líquidas. También podemos encontrar huellas de rascado¹⁰. La inspección perineal debe ir dirigida a buscar cicatrices de trauma previo, episiotomía o cirugía anal. Se deben evaluar estas dos estructuras durante maniobra de Valsalva. Se debe realizar un tacto rectal para evaluar el tono del esfínter en reposo, la longitud del canal anal, la integridad del músculo puborrectal, el grosor del tabique rectovaginal, así como la presencia de heces impactadas o de algún tumor¹¹.

Dentro de los estudios complementarios se encuentran el ultrasonido endoanal siendo el de elección para diagnosticar defectos del esfínter anal. La manometría anal es un procedimiento no invasivo que mide el tono del esfínter interno y externo¹².

El tratamiento de los pacientes con incontinencia fecal tiene dos objetivos: restaurar la continencia y mejorar la calidad de vida. Existen diferentes estrategias que incluyen medidas de soporte y específicas. Las medidas de soporte se basan en un cambio en el estilo de vida que incluye restricción de cierto tipo de alimentos, crear un hábito de evacuación con horario, mejorar el aseo del área anal. El tratamiento específico incluye la terapia farmacológica, retroalimentación, dispositivos anales y tratamiento quirúrgico¹³.

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria es una entidad que ha adquirido una gran importancia en nuestra población, en México se reporta una prevalencia del 50 al 60%¹⁴, constituyendo el 10% de la consulta ginecológica en nuestro hospital.

Dado que la incontinencia fecal se presenta hasta en un 26% de la población con incontinencia urinaria, es importante conocer la prevalencia de esta patología en nuestra población ya que no existen estadísticas nacionales que nos orienten acerca de la problemática real y que nos motive a la intencionada búsqueda de su diagnóstico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria y fecal combinada es la manifestación más severa de la disfunción del piso pélvico que ocasiona un problema higiénico social en las mujeres.

La prevalencia de incontinencia fecal depende de la población estudiada y de las definiciones utilizadas. Sin embargo en nuestro país no existen estadísticas recientes acerca de esta patología.

Se ha reportado una incidencia de 9.4% de incontinencia combinada, no se conocen reportes a nivel mundial. En Estados Unidos existe una prevalencia del 2 al 15%⁶; en México, en la ciudad de Guadalajara se reporta una prevalencia de incontinencia urinaria del 27.8%, anal del 3.4% y combinada del 3.9%⁶.

Dado que ha sido una entidad subdiagnosticada principalmente porque las pacientes no acuden a solicitar atención médica por diversos factores, es responsabilidad del médico ser el responsable de hacer el interrogatorio adecuado en busca de su diagnóstico y así poder ofrecer un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia fecal en las pacientes con disfunción del piso pélvico en la UMAE HGO No. 4?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de la incontinencia fecal en mujeres que acuden a la consulta de uroginecología con algún tipo de disfunción del piso pélvico en la Unidad de Alta Especialidad Numero 4 “Luis Castelazo Ayala”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la prevalencia de incontinencia fecal en pacientes con disfunción del piso pélvico.
- Determinar los factores relacionados con incontinencia fecal en esta población.

Estudio transversal. Se realizará un cuestionario a las pacientes que acudan a consulta de uroginecología con algún tipo de disfunción del piso pélvico (prolapso de órganos pélvico, incontinencia urinaria e incontinencia fecal). El protocolo de estudio fue sometido al Comité de Ética siendo aprobado, con folio F-2011-3606-30 y R-2011-3606-28.

Universo de estudio

Todas las pacientes que acudan a consulta de Uroginecología y que presenten algún tipo de disfunción del piso pélvico del periodo del 1 de noviembre de 2011 al 30 de noviembre de 2012 en la UMAE 4 IMSS México, Distrito Federal.

Criterios de selección

1. Criterios de inclusión.

Pacientes que acudan a consulta de Uroginecología que presenten algún tipo de disfunción del piso pélvico.

2. Criterios de exclusión.

Cualquier enfermedad que contribuya a la disfunción del piso pélvico (neurológicas, colagenopatías, etc.)

3. Criterios de eliminación.

Pacientes que no cumplan con los requisitos de la cédula de recolección de datos.

Presupuesto

Recursos humanos:

- Un investigador

Material de oficina:

- Equipo de computo personal
- Encuestas impresas

Aspectos éticos

Este trabajo es observacional por lo que no incurre en dilemas éticos.

Criterios operativos

1. Variable independiente
 - a. Disfunción del piso pélvico. Se considerara a las alteraciones del llenado y vaciado de la vejiga, alteraciones en la defecación y prolapso genital.
2. Variable dependiente
 - a. Prevalencia de incontinencia fecal. Será la proporción de individuos que padezcan incontinencia fecal en las pacientes que acudan a consulta de Uroginecología y que presenten algún tipo de disfunción del piso pélvico del periodo del 1 de noviembre de 2011 al 30 de noviembre de 2012 en la UMAE 4 IMSS México, Distrito Federal.
 - b. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Se considerara a la queja de la pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo, tos o risa, o el ejercicio físico.
 - c. Prolapso de órganos pélvicos. Se considerará el descenso de una o más de las paredes vaginales: anterior o posterior, el útero (cérvix) o la cúpula vaginal.

- d. Incontinencia fecal. Se considerará a la queja de la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas.

Plan de análisis

Se utilizará estadística descriptiva mediante pruebas de tendencia central para estimar la prevalencia y la representación de cada una de las características señaladas en la cédula de recolección de datos.

Productos esperados

Síntesis ejecutiva

- Tesis de grado
- Artículo científico
- Modelo para reproducir
- Aporte a la teoría actual
- Base de datos
- Diagnostico situacional

Muestra

Técnica muestral no probabilística por conveniencia de temporalidad, se incluirán los pacientes con diagnóstico de incontinencia fecal.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Fecha			
Elaboración del protocolo y evaluación	Octubre 2011			
Registro del protocolo ante el Comité Local de Investigación en Salud		Noviembre 2011		
Colección de información		1 Noviembre de 2011- 31 de Octubre 2012		
Captura de datos			Diciembre 2012	
Análisis de datos				Febrero 2013
Interpretación de resultados				Febrero 2013
Formulación de reporte				Febrero 2013
Redacción del artículo científico				Febrero 2013

RESULTADOS

En la UMAE # 4 “Luis Castelazo Ayala” en el periodo comprendido entre el 1º de Noviembre de 2011 al 30 de Noviembre de 2012 se llevo a cabo la aplicación de una encuesta a todas las pacientes que acudieran al servicio de Uroginecología por alguna disfunción del piso pélvico. Se incluyeron 241 pacientes en el estudio que cumplieron los criterios de inclusión.

Los datos antropométricos y ginecoobstétricos de las pacientes se muestran en la tabla 1. La edad promedio de las pacientes fue de 58 años (con un intervalo de 20-93 años), la talla promedio fue de 1.53 cm (intervalo de 1.35-1.72 cm), el peso promedio fue de 64.6 kg (intervalo de 41-100 kg), IMC promedio de 27.26 (intervalo de 17.24-45.7). En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, se encontró que 6 pacientes fueron nuligestas (3%), 17 pacientes tuvieron un embarazo (7%), 42 pacientes tuvieron 2 embarazos (17%), 51 pacientes tres embarazos (21%), 46 pacientes cuatro embarazos (19%), 24 pacientes 5 embarazos (10%) y 55 pacientes más de seis embarazos (23%), Grafico 1. En cuanto al antecedente de uso de fórceps se encontró que 52 pacientes tuvieron parto instrumentado (22%), a 159 pacientes se les realizó episiotomía (66%), de las cuales 53 pacientes fue episiotomía media, 42 episiotomía lateral y 67 no recuerda el tipo de episiotomía. 45 pacientes refirieron el antecedente de desgarro (19%), solo a 6 pacientes tenían hemorroidectomía (2%), a cinco pacientes Colporrafia posterior (2%). Dentro de la disfunción del piso pélvico el 73% de las pacientes tenían incontinencia urinaria de esfuerzo y el 58% prolapso de órganos pélvicos. El 68% de las pacientes tienen incontinencia a gases, el 30% a heces líquidas y sólo el 7% a heces solidas.

Se dividieron a las pacientes en tres grupos: en el primer grupo se incluyo a aquellas pacientes que tenían incontinencia de esfuerzo (IUE) como única disfunción (98 pacientes), en un segundo grupo a pacientes con prolapso de órganos pélvicos (63 pacientes) y en un tercer grupo a las pacientes que tuvieran las dos disfunciones previamente mencionadas (80 pacientes).

Se analizó cada uno de los antecedentes ginecoobstétricos y quirúrgicos (aplicación de fórceps, episiotomía, tipo de episiotomía, antecedente de desgarro, hemorroidectomía, Colporrafia posterior) en cada grupo y solo en el antecedente de fórceps se obtuvo ($p < 0.02$) y el antecedente de desgarro ($p < 0.01$) entre el grupo de IUE y prolapso. Tabla No 2.

Acerca de la frecuencia de los periodos de incontinencia: 4 pacientes (6%) presentaron episodios diarios, 57 pacientes (78%) menos de una vez a la semana y 12 pacientes (16%) más de una vez a la semana. Y el tiempo de evolución 30 pacientes (38%) llevaban ya seis meses con incontinencia fecal, 28 pacientes (38%) 12 meses, cinco pacientes (7%) 24 meses y 14 pacientes (17%) 36 meses de evolución.

DISCUSIÓN

En el cuestionario aplicado a las pacientes se obtienen datos que son factores de riesgo para presentar algún tipo de disfunción del piso pélvico.

Al incluir a pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo y prolapso se refleja en el amplio rango de edad, sin embargo la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) tiene una mayor incidencia en mujeres jóvenes a diferencia del grupo de prolapso de órganos pélvicos (POP) como se demostró en el estudio ya que la edad media para IUE fue de 53 años y para prolapso de 62 años. En cuanto al IMC se observa que la media del total de pacientes así como de los subgrupos se encuentra en sobrepeso, hay que recordar que este es un factor de riesgo importante para desarrollar IUE y POP. El 90% de las pacientes son multigestas, siendo el grupo de más de seis embarazos el de mayor porcentaje (23%), hay que recordar que el parto puede provocar denervación del piso pélvico así como desinserción del musculo puborrectal. El 66% de las pacientes fueron sometidas episiotomía durante el parto, la episiotomía media tiene mayor riesgo de producir desgarros de tercer y cuarto grado lo cual es un factor de riesgo importante para incontinencia fecal. En el estudio se demostró la asociación entre la realización de episiotomía y el desarrollo de IUE. Otros factores de riesgo para incontinencia fecal son el antecedente de hemorroidectomía y de Colporrafia posterior, sin embargo solo el 2% de las pacientes del estudio presentaron dichas condiciones.

Con respecto al objetivo principal de este estudio el 68% de las pacientes presentaron incontinencia anal, el 30% incontinencia a heces líquidas y el 7% a heces sólidas, este último que corresponde a lo reportado en la literatura mundial, no así con el estudio que se realizó en Guadalajara donde reportaron una prevalencia menor tan solo del 3%. En el grupo de IUE el 64% presentó incontinencia anal, el 36% a heces líquidas y el 11% a heces sólidas, la literatura reporta que hasta el 33% de las pacientes con IUE presentan incontinencia fecal no haciendo distinción entre heces líquidas y sólidas, el

estudio no logra demostrar lo reportado en la literatura. En el grupo de POP el 63% presentó incontinencia anal, el 27% incontinencia a heces líquidas y ninguna presentó incontinencia a heces sólidas. Estos son datos importantes ya que no hay estudios que reporten la asociación de la incontinencia fecal con el prolapso de órganos pélvicos o se haga distinción

CONCLUSIONES

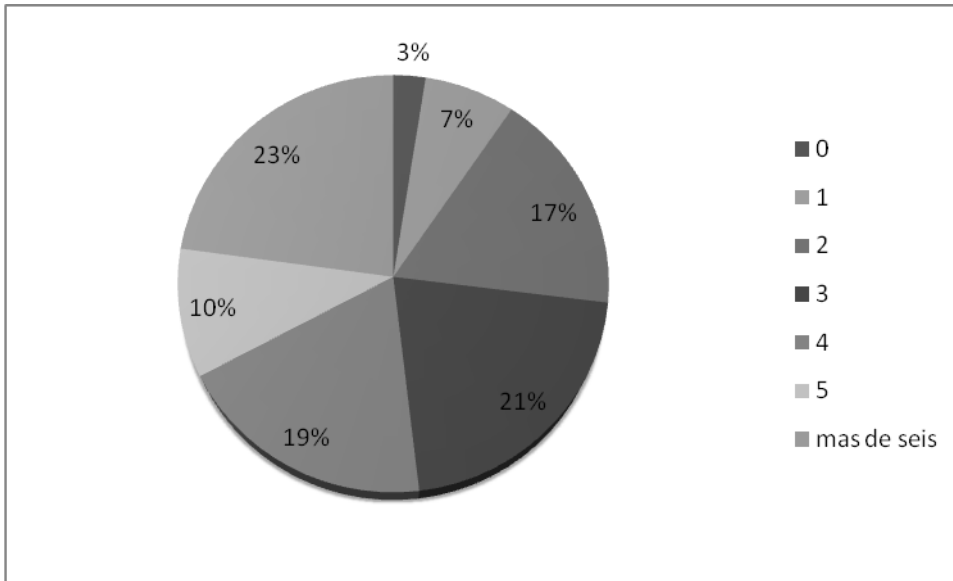
La incontinencia fecal es una condición angustiante que afecta la calidad de vida de las pacientes, sin embargo esto mismo propicia que las pacientes no acudan en busca de atención médica.

No se demostró en este estudio la asociación entre el parto instrumentado, la hemorroidectomía, Colporrafia posterior con la incontinencia fecal, que son considerados factores de riesgo para el desarrollo de incontinencia fecal. Sin embargo nuestra población presenta otros factores de riesgo importantes como la multiparidad y el sobrepeso.

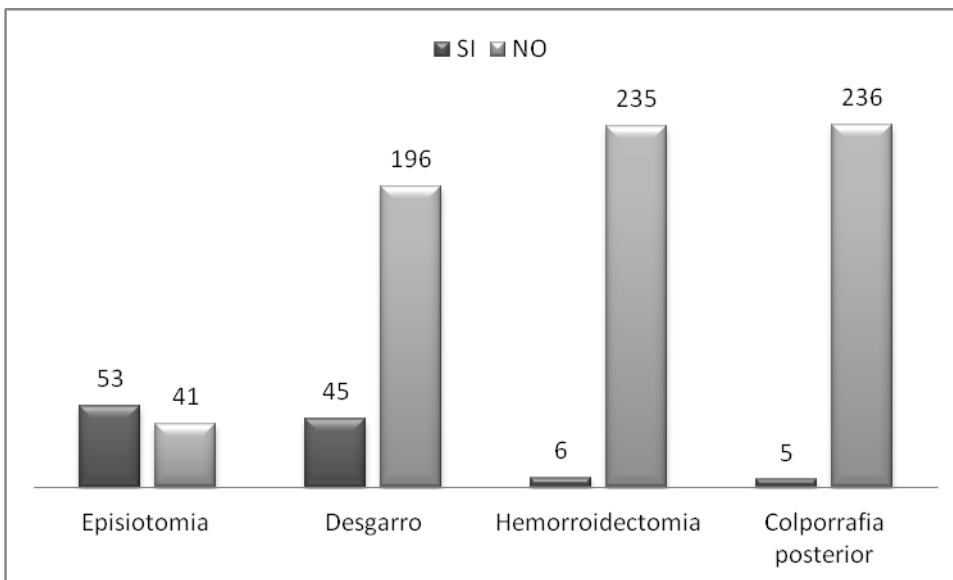
El médico especialista en piso pélvico debe tener en mente esta disfunción e interrogar intencionadamente a las pacientes, ya que como se demostró en el estudio ninguna paciente acudió por síntomas de incontinencia fecal y sin embargo hasta un 68% presentó incontinencia anal, el 30% incontinencia a heces líquidas y el 7% a heces sólidas.

Es importante la creación de un centro de disfunción del piso pélvico, donde una vez identificadas las pacientes con incontinencia fecal podamos ofrecer un tratamiento específico

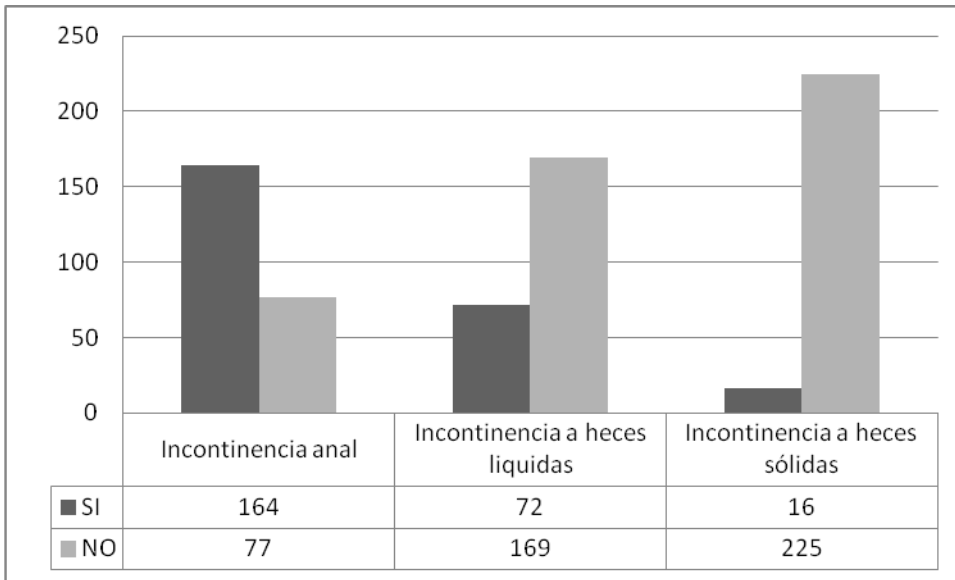
GRÁFICOS



Gráfica No 1. Número de embarazos.



Gráfica No. 2. Antecedentes gineco-obstétricos y quirúrgicos.



Grafica No. 3. Prevalencia de incontinencia anal y fecal.

TABLAS

Tabla No 1. Características antropométricas de las pacientes.

	n= 241	IUE (n= 98)	POP (n= 63)
Edad (años)*	58 (29-93)	58 (29-85)	62 (35-93)
Talla (cm)*	1.53 (1.35-1.72)	1.53 (1.35-1.67)	1.52 (1.4-1.72)
Peso (kg)*	64.69 (41-100)	66.75 (45-100)	61.5 (41-97.5)
IMC kg/m²*	27.67 (45.74-17.24)	28.3 (20.7-40.6)	26.69 (17.24-45.74)

*Datos en mediana y rango.

Tabla No 2. Antecedentes ginecoobstetricos y quirurgicos por disfunción del piso pélvico.

Disfunción del piso pélvico	Incontinencia urinaria de esfuerzo (n=98)	Prolapso de órganos pélvicos (n=63)	Valor p
Aplicación de fórceps	17	17	< 0.2
Episiotomía	60	50	< 0.02
Antecedente de desgarro	18	12	< 0.91
Hemorroidectomía	2	3	< 0.3
Colporrafia posterior	1	2	< 0.32

Cédula de recolección de datos

Unidad Médica de Alta Especialidad No 4 "Luis Castelazo Ayala"

Prevalencia de incontinencia fecal en pacientes con disfunción del piso pélvico

Nombre	
No afiliación	

1. Edad: _____ años
2. Talla: _____ cm
3. Peso _____ kg
4. IMC: _____
5. Paridad:
 - a. G1 b. G2 c. G3 d. G4 e. G5 f. Más G6
6. Número de partos:
 - a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. Más de 6
7. Número de cesáreas:
 - a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. Más de 6
8. ¿Tiene antecedente de uso de fórceps?
 - a. Si b. No
9. ¿Tiene antecedente de episiotomía?
 - a. Si b. No
10. Tipo de episiotomía:
 - a. Media b. Media lateral
11. ¿Tiene antecedente de desgarro?
 - a. Si b. No
12. ¿Tiene antecedente de hemorroidectomía?
 - a. Si b. No
13. ¿Tiene antecedente de colporrafia posterior?
 - a. Si b. No
14. ¿Sufre de pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo?
 - a. Si b. No
15. ¿Percibe sensación de cuerpo extraño o protrusión "de algo" a través de la vagina?
 - a. Si b. No
16. ¿Tiene pérdida involuntaria a gases?
 - a. Si b. No
17. ¿Tiene pérdida involuntaria a heces líquidas?
 - a. Si b. No
18. ¿Tiene pérdida involuntaria a heces sólidas?
 - a. Si b. No
19. ¿Qué tan frecuente tiene estos episodios de incontinencia fecal?
 - a. Diario b. Menos de una vez a la semana c. Más de una vez a la semana
20. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene incontinencia fecal?
 - a. Seis meses b. Un año c. Dos años d. Más de tres años

BIBLIOGRAFÍA

1. Joseph M, Beth H, Mulvihil K. Fecal Incontinence in Women: A Review of Evaluation and Management. *Obstet. Gynecol. Surv* 2005;60: 261-269.
2. Haylen B, Ridder D, Freeman R, SwiftInt M. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Urogynecol J* 2010;21:5–26.
3. Belmonte-Montes C, Cervera-Servín A, García-Vázquez J. Incontinencia fecal por lesiones ocultas del mecanismo de esfínter anal, y factores asociados en pacientes primíparas sin episiotomía media de rutina. *Cir Ciruj* 2006;74:449-455.
4. Markland A, Richter H, Burgio K, Myers D. et al. Weight loss improves fecal incontinence severity in overweight and obese women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2011;22: 1151-1157.
5. Pretlove S, Radley S, Tooze-Hobson P. Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis. *Int Urogynecol J* 2006;17: 407–417.
6. Martínez Espinoza C, Flores Carreras O, García de Alba García J., Velázquez Castellanos P, et al Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:300-305.
7. Rao Stish. Diagnosis and management of fecal incontinence. *Am J Gastroenterol.* 2004; 1585-1604.
8. Wang A, Guess M, Connell K et al. Fecal incontinence: a review of prevalence and obstetric risk factors *Int Urogynecol J* 2006;17: 253–260.

9. Rainbow Y, Schulz J, Gunn B, et al. The prevalence of anal incontinence in postpartum women following obstetrical anal sphincter injury. *Int Urogynecol J* 2010; 21:927–932.
10. Tjandra J, Dykes S, Kumar R, et al. Practice parameters for the treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2007;50: 1497-1507.
11. Dharmesh S, Kapoor , Thakar R, Sultan A. Combined urinary and faecal incontinence. *Int Urogynecol J* 2005;16: 321–328.
12. Ratto C, Doglietto G. *Fecal Incontinence diagnosis and treatment*. Springer. Italia 2007; 95-118.
13. Norton C, Whitehead W, Bliss D et al. Management of Fecal Incontinence in Adults. *Neurourol. Urodynam*. 2010;29:199–206.
14. Detección, Diagnostico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la mujer. IMSS. Octubre 2009.