

Escalas de evaluación en incontinencia fecal

Jorge Flández R.¹ y Hugo Monrroy B.¹

Assessment' scales for faecal incontinence

Introducción

La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria de gases o deposiciones de naturaleza líquida o sólida a través del ano¹⁻³. Los nuevos criterios de Roma IV, han propuesto dentro de los elementos diagnósticos, que esta condición se presente de forma recurrente en individuos con edad de desarrollo de al menos 4 años de edad, durante los últimos tres meses (seis meses para trabajos de investigación) con una frecuencia de 2 a 4 eventos en las últimas 4 semanas⁴.

Esta condición desencadena en quienes la presentan, impactos deletéreos en el desarrollo personal, social y económico, influyendo negativamente en la calidad de vida. Siendo considerada por algunos autores como una "epidemia silenciosa"⁵.

Es una patología frecuente que afecta mayormente a mujeres sobre todo mayores de 65 años^{6,7}. Su prevalencia se estima entre 7 y 15% en población femenina ambulatoria. En población hospitalaria puede oscilar entre 18 y 33% y en adultos institucionalizados alcanza entre 50 y 70%. Las variaciones en su prevalencia se pueden atribuir al uso de distintos modelos de seguimiento, diferentes cuestionarios y definiciones de temporalidad utilizadas⁸.

En Chile, se estima una prevalencia de 2,7% de IF de líquidos, sólidos o ambos, y de 20,5% de IF a gases en pacientes que acuden a centros de salud, mientras que en pacientes institucionalizados, la prevalencia de IF a deposiciones líquidas o sólidas reportada llega a 44,7%⁹. Recientemente Sanguineti et al.¹⁰, describen en una cohorte de población ambulatoria atendida en un centro universitario de Chile (n = 1.136) IF a sólidos en un 6,5%, a líquidos un 6,8% y a gases el 96,6%. En este trabajo, 59,2% de los pacientes fueron de sexo femenino con edad promedio de 50,53 años (DE: 15,49 años). En ambos estudios, el sexo femenino, la edad y el antecedente de trauma obstétrico son factores de riesgo asociados a desarrollo de IF, de manera similar a lo reportado en series internacionales¹¹.

A pesar del gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen, sólo una pequeña parte de los pacientes discuten este punto con su médico¹². Por este

motivo, debe buscarse dirigidamente IF en pacientes con factores de riesgo. Los factores de riesgo descritos para el desarrollo de IF son la presencia de diarrea (*Odds Ratio* [OR] = 53), colecistectomía (OR = 4,21), tabaquismo (OR = 4,7), rectocele (OR = 4,9) incontinencia urinaria (OR = 3,1) y obesidad expresada por índice de masa corporal (por unidad, OR = 1,1). Además, la edad avanzada, presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, trauma esfinteriano y baja actividad física, se han asociado con IF¹³.

Fisiopatología

Los procesos involucrados en la defecación normal son complejos, implicando una secuencia de eventos que se inician por la presencia de material fecal en el recto. Luego, existe distensión rectal progresiva que desencadena el reflejo de relajación del esfínter anal interno. La necesidad de defecar aumenta a medida que las heces siguen entrando en el recto desde el colon sigmoide. Cuando se desea defecar, el ángulo anorrectal se endereza voluntariamente (que es facilitado por cuclillas o sentado), y la presión abdominal se incrementa por el esfuerzo. Existe descenso del suelo pélvico, contracción del recto, e inhibición del esfínter anal externo lo que conduce a la evacuación del contenido rectal¹⁴.

La continencia depende de una serie de factores que incluyen el estado mental, el volumen y consistencia de las heces, el tránsito colónico, la distensibilidad rectal, la función del esfínter anal, la sensación anorrectal, y la indemnidad de los reflejos anorrectales³. Dentro de la región anorrectal, las barreras anatómicas que ayudan a preservar la continencia incluyen la capacitancia del recto, el esfínter anal interno, esfínter anal externo y el músculo puborrectal¹⁵.

La pérdida de la continencia puede ser resultado de la disfunción de los esfínteres anales, la distensibilidad rectal anormal, disminución de la sensibilidad rectal, alteración de la consistencia de las heces, o una combinación de cualquiera de estas anomalías. La incontinencia suele ser multifactorial, ya que estos trastornos a menudo coexisten. El deterioro leve de cualquier mecanismo generalmente no provocará la

¹Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 7 de octubre de 2016
Aceptado: 9 de octubre de 2016

Correspondencia a:

Hugo Monrroy B.
Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Diagonal Paraguay N° 362 Cuarto Piso, Santiago, Chile.
Teléfono: (+562) 23543820.
hmonrroy@med.puc.cl

incontinencia, ya que los otros mecanismos compensarán la falla con el fin de mantener la continencia (Tabla 1)¹.

Evaluación inicial: Escalas de gravedad de IF

Dado que los episodios de pérdida de materia fecal no proporcionan una medida exacta de la gravedad de la IF, se han propuesto varias escalas para su evaluación, aunque muchas no han sido objeto de validación. Guías de práctica clínica recientes, recomiendan el uso de escalas de gravedad e impacto en la calidad de vida en la evaluación inicial y seguimiento de pacientes con IF como recomendación general, sin pronunciarse por alguna en particular^{2,3}. En estas publicaciones, se reconoce que no hay una correlación perfecta entre ninguno de estos instrumentos y la predicción de resultados o desenlaces (*outcomes*) clínicos para las distintas opciones de manejo terapéutico. Sin embargo, el uso de estos instrumentos puede ayudar a evaluar tratamientos en el transcurso del tiempo y seleccionar pacientes de mayor gravedad para considerar manejo agresivo de forma precoz³.

Recientemente se realizó una revisión sistemática de tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos en IF encontrándose distintas y numerosas mediciones simples y/o compuestas a modo de *outcomes*¹⁶, con lo cual no se pudo realizar un meta-análisis de los datos publicados.

En esta revisión, nos centraremos en las escalas más estudiadas y utilizadas.

Antecedentes

Browning et al., en 1983 proponen por primera vez una escala que evalúa la IF en cuatro grados a partir de una cohorte de 42 pacientes que presentaban compromiso neuropático del esfínter anal externo y disfunción de piso pélvico objetivado por estudio electrofisiológico que fueron sometidos a reparación quirúrgica (Tabla 2)¹⁷.

Posteriormente, Miller et al.¹⁸, a partir de un estudio en pacientes con IF tratados con manejo conservador *versus* quirúrgico, propusieron una escala basada en el grado y frecuencia de IF y la naturaleza del contenido de la IF, asignándose puntuaciones que van de 1 a 18 que se compararon para ambos grupos. Esta puntuación luego se modificó para un total de 6 puntos para mejorar su sensibilidad¹⁹.

Wexner et al.²⁰, desarrollaron en 1993 la primera escala de incontinencia fecal que incorpora el impacto en actividades de la vida diaria (Tabla 3). En la actualidad, es la más utilizada y validada en diversas poblaciones, sin embargo, existen pocos estudios que la evalúen desde la perspectiva psicométrica y su validación clínica^{21,22}.

Tabla 1. Etiología de la incontinencia fecal

Debilidad del esfínter anal
<ul style="list-style-type: none"> • Traumática: Obstétrica, quirúrgica (por ejemplo hemorroidectomía, esfínterotomía interna, fistulectomía) • No traumática: Esclerodermia, degeneración idiopática del esfínter interno • Neuropatía: Periférica (por ejemplo compromiso del nervio pudendo) o generalizada (por ejemplo diabetes mellitus)
Desórdenes del piso pélvico
<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso rectal, síndrome de perine descendente
Desórdenes que afectan la capacidad y/o sensación rectal
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades inflamatorias: rectitis actínica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa • Cirugía anorrectal • Hipo e hipersensibilidad rectal
Desórdenes del sistema nervioso central
<ul style="list-style-type: none"> • Demencias, accidente cerebrovascular, tumores, esclerosis múltiple, lesiones de médula espinal
Enfermedades psiquiátricas o del desarrollo
Desórdenes intestinales
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de intestino irritable • Diarrea post colecistectomía • Constipación y retención fecal • Causas inflamatorias: Proctitis actínica, enfermedad inflamatoria intestinal con compromiso rectal, por ejemplo

Adaptado de Rao et al.⁴

Tabla 2. Escala de incontinencia fecal de Browning y Parks¹⁷

Categoría	Descripción
I	Continencia normal a sólidos, líquidos y gases
II	Continencia para sólidos y líquidos pero no para gases
III	Continencia para sólidos únicamente. Presencia de fuga fecal
IV	Incontinencia completa

Esta escala investiga mediante un cuestionario si el paciente ha presentado pérdida no controlada de gas, deposiciones líquidas y sólidas y si la presencia de ellos ha requerido del uso de contenciones físicas tales como apósitos o pañales. Además, indaga en el impacto que presenta en la calidad de vida y en la vida sexual. El puntaje mínimo es 0 que significa “continencia perfecta”, teniendo un máximo de 20 puntos que se traduce en “totalmente incontinente”. La graduación determina tres categorías que permiten objetivar el grado de IF y definir si requieren manejo rehabilitador o invasivo (quirúrgico) y comparar los resultados de la intervención elegida²³:

Clasificaciones en Gastroenterología

Tabla 3. Escala de incontinencia de Wexner²⁰

Tipo de fuga	Nunca	Rara (< 1 vez/mes)	Algunas veces (> 1 vez/mes y < 1 vez/semana)	Generalmente (> 1 vez/semana y < 1 vez/día)	Siempre (> 1 vez/día)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Tabla 4. *Fecal Incontinence Severity Index (FISI)*

Tipo IF	2 o más veces en el día	Una vez al día	2 o más veces en la semana	Una vez a la semana	1 a 3 veces al mes	Nunca
Gas	12	11	8	6	4	0
Mucus	12	10	7	5	3	0
Líquidos	19	17	13	10	8	0
Sólidos	18	16	13	10	8	0

- IF leve: aquéllos que tienen de 0 a 8 puntos.
- IF moderada: de 9 a 16 puntos.
- IF grave: puntaje mayor a 17 puntos.

El deterioro significativo de la calidad de vida se considera en los pacientes que tienen puntuaciones de 9 o más²⁴.

En el año 2000 se introduce el score de calidad de vida en IF (Rockwood/FIQOL)²⁵ con el fin de evaluar la calidad psicométrica relacionada con la salud de parámetros de vida en pacientes con IF. Esta escala incluye cuatro aspectos: estilo de vida, enfrentamiento/comportamiento, distribuidos en 29 ítems. La estructura de este test se basa en la encuesta SF-36 (“*Short form 36 health survey*”) que recoge variables relacionadas con la función y rol físico, dolor corporal, percepción de salud general y vitalidad, función social, rol emocional y salud mental²⁶.

Rockwood et al. proponen el índice de severidad de IF (*Fecal Incontinence Severity Index [FISI]*), donde se realiza la pauta (Tabla 4)²⁷. Esta puntuación fue desarrollada a partir de evaluaciones a médicos y cirujanos colorectales, donde se les solicitó llenar las celdas de las primeras cinco columnas del uno al veinte según consideraran la combinación de la más severa (“1”) a la menos severa (“20”). Se obtuvo una tabla con valores que oscilan de 0 a 61 puntos para el score de pacientes, cuando se les pide elegir sólo una combinación para cada fila.

Cavanaugh et al. encontró que *scores* de FISI sobre 30, se asocian con importante alteración de la calidad de vida²⁸.







Bharucha et al.²⁹, han descrito la escala de evaluación de constipación e incontinencia fecal (*Fecal Incontinence and Constipation Assessment [FICA]*), ahora denominado escala de gravedad de incontinencia fecal (*Fecal Incontinence Severity Scale [FISS]*) en mujeres. Esta incorpora la urgencia rectal que a menudo es impredecible. Los pacientes con urgencia e IF presentaban mayor hipersensibilidad rectal, mayor frecuencia de deposiciones y mayor uso de apósitos con importante compromiso de la calidad de vida, así FISS, permite mayor correlación con este último parámetro.

Otra escala propuesta es la versión intestinal del cuestionario internacional de consulta en IF (*International Consultation of Incontinence questionnaire [ICIQ-B]*)³⁰ incluye 17 ítems bajo tres dominios: patrones intestinales (5 ítems), control intestinal (7 ítems) y calidad de vida (5 ítems), con un valor máximo de 5 puntos por ítem.

Evaluación rápida de la gravedad de la incontinencia fecal (*Rapid Assessment Faecal Incontinence Score [RAFIS]*)³¹ es la escala más reciente propuesta, por un grupo de cirugía colorrectal español que permite ponderar la gravedad clínica, y su impacto físico y bienestar emocional. Se compone de dos sub-escalas: el estado general del sujeto medido en una escala visual análoga (VAS; 0 = me siento muy bien a 10 = me

Tabla 5. Rapid Assessment Faecal Incontinence Score (RAFIS)

Anotar la frecuencia de fugas (sólo se puede marcar una)		Puntaje
Varias fugas al día		10
Varias fugas a la semana, pero no todos los días		8
Varias fugas al mes, pero hay una semana sin fugas		6
Las fugas ocurren de vez en cuando, pero hay un mes completo sin fugas		4
Las fugas ocurren raramente		2
Sin fugas		0

					
Me siento excelente	Me siento muy bien	Me siento bien	Me siento regular	Me siento mal	Me siento muy mal
0 puntos	2 puntos	4 puntos	6 puntos	8 puntos	10 puntos

siento muy mal) y la frecuencia de fuga medida por seis puntajes ordinales con puntuación máxima de 10 (Tabla 5). Ha sido validada en 53 pacientes con IF y 208 sujetos sanos.

Conclusión

Incontinencia fecal es una condición muchas veces sub-diagnosticada, que es más frecuente a medida que envejece nuestra población, y que deteriora la calidad de vida social, emocional y económica de quienes la padecen. Su aparición está determinada

por la interacción de factores anatómicos, fisiológicos y mentales.

Una forma de aproximarse a la estratificación de gravedad y al impacto de las medidas terapéuticas en IF es la aplicación de escalas, siendo la escala de Wexner, la más utilizada en la práctica clínica habitual. A pesar de lo anterior, es necesario realizar estudios que permitan validarla en nuestro medio. Resulta además imperioso contar con escalas validadas y aceptadas en IF de forma global, tanto para su aplicación clínica como en el contexto de la investigación, para contar con instrumentos adecuados de medición en el estudio de intervenciones terapéuticas.

Referencias

- 1.- Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, et al. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol* 2014; 109: 1141-57; (Quiz) 1058.
- 2.- Italian Society of Colorectal S, Pucciani F, Altomare DF, et al. Diagnosis and treatment of faecal incontinence: Consensus statement of the Italian Society of Colorectal Surgery and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists. *Dig Liver Dis* 2015; 47: 628-45.
- 3.- Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum* 2015; 58: 623-36.
- 4.- Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, et al. Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2016 Mar 25.
- 5.- Alimohammadian M, Ahmadi B, Janani L, et al. Suffering in silence: a community-based study of fecal incontinence in women. *Int J Colorectal Dis* 2014; 29: 401-6.
- 6.- Landefeld CS, Bowers BJ, Feld AD, et al. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: prevention of fecal and urinary incontinence in adults. *Ann Intern Med* 2008; 148: 449-58.
- 7.- Ditha I, Devaki P, Luma HN, et al. Prevalence, trends, and risk factors for fecal incontinence in United States adults, 2005-2010. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12: 636-43 e1-2.
- 8.- Wu JM, Matthews CA, Vaughan CP, et al. Urinary, fecal, and dual

Clasificaciones en Gastroenterología

- incontinence in older U.S. Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 947-53.
- 9.- Zárate AJ, López-Köstner F, Vergara F, et al. [Prevalence of fecal incontinence in health centers and nursing home residents]. *Rev Med Chile* 2008; 136: 867-72.
 - 10.- Sanguinetti ACK, Bocic G, Domínguez C, Fernández M., Abedrapo M. Prevalencia de incontinencia fecal en personas que acuden a policlínicos de un hospital universitario. *Rev Chil Cir* 2016; 68: 51-7.
 - 11.- Nelson R, Furner S, Jesudason V. Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: prevalence and associations. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1226-9.
 - 12.- Bharucha AE, Fletcher JG, Harper CM, et al. Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic faecal incontinence. *Gut* 2005; 54: 546-55.
 - 13.- Bharucha AE, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Bowel disturbances are the most important risk factors for late onset fecal incontinence: a population-based case-control study in women. *Gastroenterology* 2010; 139: 1559-66.
 - 14.- Sagar PM, Pemberton JH. Anorectal and pelvic floor function. Relevance of continence, incontinence, and constipation. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 163-82.
 - 15.- Bajwa A, Emmanuel A. The physiology of continence and evacuation. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2009; 23: 477-85.
 - 16.- Forte ML, Andrade KE, Butler M, et al. Treatments for Fecal Incontinence. Rockville (MD), 2016.
 - 17.- Browning GG, Parks AG. Postanal repair for neuropathic faecal incontinence: correlation of clinical result and anal canal pressures. *Br J Surg* 1983; 70: 101-4.
 - 18.- Miller R, Bartolo DC, Locke-Edmunds JC, et al. Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg* 1988; 75: 101-5.
 - 19.- Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, et al. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 482-7.
 - 20.- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
 - 21.- Fonseca AM, Meinberg MF, Lucas DV, et al. Cultural adaptation and validation of the Wexner scale in patients with anal incontinence in a Brazilian population. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 959-63.
 - 22.- Cam C, Selcuk S, Asoglu MR, et al. Validation of the Wexner scale in women with fecal incontinence in a Turkish population. *Int Urogynecol J* 2011; 22: 1375-9.
 - 23.- Remes-Troche JM, Sáenz P, Riano D, et al. [Fecal incontinence in the elderly]. *Rev Invest Clin* 2004; 56: 21-6.
 - 24.- Rothbarth J, Bemelman WA, Meijerink WJ, et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 67-71.
 - 25.- Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 9-16; discussion 16-7.
 - 26.- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
 - 27.- Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, 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: 1525-32.
 - 28.- Cavanaugh M, Hyman N, Osler T. Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 349-53.
 - 29.- Bharucha AE, Locke GR, 3rd, Seide BM, et al. A new questionnaire for constipation and faecal incontinence. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 355-64.
 - 30.- Cotterill N, Norton C, Avery KN, et al. Psychometric evaluation of a new patient-completed questionnaire for evaluating anal incontinence symptoms and impact on quality of life: the ICIQ-B. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1235-50.
 - 31.- de la Portilla F, Calero-Lillo A, Jiménez-Rodríguez RM, et al. Validation of a new scoring system: Rapid assessment faecal incontinence score. *World J Gastrointest Surg* 2015; 7: 203-7.