

Original

Resultados de una encuesta nacional dirigida a especialistas sobre la evaluación clínica de pacientes con incontinencia fecal[☆]

David Parés^{a,*}, Miguel Pera^a, Anna Cartanyà^a, Silvia Delgado-Aros^b, Mario De Miguel^c, Hector Ortiz^c y Luis Grande^a

^aUnidad de Cirugía Colorrectal, Hospital del Mar, Barcelona, España

^bServicio de Gastroenterología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^cUnidad de Cirugía Colorrectal, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, Navarra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2008

Aceptado el 29 de enero de 2009

On-line el 18 de junio de 2009

Palabras clave:

Incontinencia fecal

Diagnóstico

Sistemas de puntuación

Encuesta

Especialistas

RESUMEN

Introducción: La incontinencia fecal es un trastorno de elevada prevalencia en la población general. El objetivo del estudio fue conocer qué sistemas de evaluación de gravedad de incontinencia fecal se utilizan en España, y conocer si hay diferencias en su utilización entre los especialistas que atienden a estos pacientes.

Material y métodos: Se envió una encuesta a todos los hospitales de la red pública de salud del Estado español para conocer la actitud y la opinión de los especialistas en cirugía general y digestiva y en gastroenterología respecto a la evaluación clínica de los pacientes con incontinencia fecal.

Resultados: Obtuvimos 99 encuestas cumplimentadas (65 de especialistas en cirugía general y digestiva y 34 de gastroenterología). Sólo el 41,8% utiliza sistemáticamente un diario defecatorio para la evaluación de estos pacientes (el 46,8% en cirugía frente al 32,3% en gastroenterología; $p = 0,05$). El sistema de puntuación de Wexner es el más empleado en la actividad clínica (el 85,9% en cirugía frente al 50% en gastroenterología; $p = 0,001$). Los aspectos considerados más relevantes al evaluar a estos pacientes fueron: tipo de incontinencia fecal, frecuencia de los escapes y calidad de vida. El 85,5% de los sujetos encuestados consideran que lo que debería mejorar es que los sistemas de evaluación fueran universalmente aceptados por todos los especialistas y el 98,9%, que sería de gran utilidad realizar un plan de información para el uso homogéneo de sistemas de evaluación de pacientes con incontinencia fecal en España.

Conclusiones: Hay variabilidad en España en la evaluación de la incontinencia fecal por los distintos especialistas.

© 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆]Los datos de este estudio fueron presentados en la XII Reunión de la Asociación Española de Coloproctología en Valencia (mayo de 2008), Congreso de la European Society of Coloproctology en Nantes (septiembre de 2008) y XXVII Congreso de la Asociación Española de Cirujanos en Madrid (noviembre de 2008).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Dpares@imas.imim.es (D. Parés).

0009-739X/\$ - see front matter © 2008 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.030

Results of national survey of specialists on the clinical evaluation of faecal incontinence

A B S T R A C T

Keywords:

Faecal incontinence
Diagnosis
Scores
Survey
Specialists

Introduction: Faecal incontinence is a high prevalence disease in the general population. The aims of this study were to analyse which severity grading systems of faecal incontinence are used in Spain and to find out if there are differences in their use among specialists who manage these patients.

Material and methods: A postal questionnaire survey was sent to all hospitals of the National Health Service in Spain in order to study the attitudes and opinions of general surgery and gastroenterology specialists regarding the clinical evaluation of patients with faecal incontinence.

Results: Ninety-nine questionnaires were returned fully completed (65 surgeons and 34 gastroenterologists). Only 41.8% of responders used a diary card systematically (46.8% surgeons vs. 32.3% gastroenterologists; $p = 0.05$). The Wexner score is the most widely grading system used in clinical practice (85.8% surgeons vs. 50% gastroenterologists; $p = 0.01$). The most relevant issues in the evaluation of these patients were considered: Type of faecal incontinence, frequency of leakage and quality of life. Finally, 85.5% of those questioned said that the universal acceptance of severity grading systems by all specialists would be an improvement, and 98.9% considered it useful to start a national plan of information regarding clinical evaluation of faecal incontinence in Spain.

Conclusions: There is variability in how faecal incontinence is evaluated among specialists in Spain.

© 2008 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incontinencia fecal es la incapacidad para retener el material fecal hasta que su expulsión sea personal y socialmente aceptable¹. Ha sido publicado el gran impacto clínico y en la calidad de vida que este trastorno causa en los pacientes afectados². Cada vez hay más datos de la elevada prevalencia de este trastorno, comúnmente subestimado, y que llega a afectar hasta a un 5% de la población general³. La atención de estos pacientes en la consulta especializada es llevada a cabo por gastroenterólogos y especialistas en cirugía general y digestiva⁴.

La incontinencia fecal es, sobre todo, un síntoma y, como tal, su evaluación clínica se basa en la apreciación subjetiva por parte del paciente⁵. Además de una historia clínica estructurada, el diario defecatorio es una herramienta fundamental para evaluar clínicamente a los pacientes. Esta herramienta es un cuaderno o documento donde el paciente anota fielmente la práctica defecatoria durante 2 o 3 semanas y quedan plasmados, por lo tanto, aspectos muy relevantes como la consistencia de las heces, el tipo de incontinencia fecal o la repercusión en la calidad de vida¹.

De la historia clínica y los datos del diario defecatorio se puede obtener información para evaluar, de forma integral, la situación del paciente mediante sistemas de puntuación que permiten caracterizar su gravedad. Parks⁶ describió uno de los primeros sistemas de evaluación que diferenciaba, entre la situación de normalidad y la incontinencia a gases, heces líquidas o sólidas, en grados de 1 a 4, respectivamente. Luego, Pescatori et al⁷ añadieron una puntuación en función de la frecuencia de los episodios de incontinencia fecal. Más recientemente, Jorge et al⁸, en un sistema de puntuación

que oscila entre 0 y 20, añadieron aspectos tan relevantes como la alteración de la calidad de vida y el uso de pañales, el cual luego fue modificado, con la evaluación del síntoma de urgencia defecatoria y el uso de medicación constipante, por el grupo de St. Mark's Hospital⁹.

A pesar de los avances dirigidos a mejorar la evaluación de estos pacientes y de la importancia social de la incontinencia fecal, todavía no hay consenso en la manera de evaluar clínicamente este trastorno, y este hecho se refleja, sobre todo, en la variabilidad en la manera de comunicar los resultados de las series publicadas^{10,11}. Es por ello que nuestro objetivo en este estudio fue conocer qué sistemas se utilizan en nuestro país para evaluar a los pacientes con incontinencia fecal, cuál es la opinión de los especialistas que atienden a estos pacientes y, finalmente, conocer si hay diferencias de actitudes y opiniones entre los especialistas de cirugía general y digestiva y gastroenterología.

Material y métodos

Este estudio se efectuó mediante una encuesta enviada por correo postal, dirigida a especialistas en cirugía general y digestiva y gastroenterología de los hospitales de la red pública de España.

La encuesta estructurada estaba dividida en 3 apartados: en primer lugar, los datos referentes a las características del sujeto entrevistado; en segundo lugar, información sobre el modo de evaluar clínicamente a los pacientes con incontinencia fecal y, finalmente, la opinión de los especialistas. Se pidió al encuestado que puntuara en una escala numérica de

0 a 10 una serie de detalles clínicos en la evaluación de los pacientes con incontinencia fecal.

Antes del envío, se elaboró una lista de los hospitales de la red pública de salud publicado por el Ministerio de Salud y Consumo, en que se identificaron 248 hospitales de todas las comunidades autónomas.

Una vez obtenidos los hospitales, se envió una carta de invitación a participar, dirigida a los jefes de servicio de cirugía general y del aparato digestivo y de gastroenterología, junto con la encuesta anónima, que llevaba una referencia numérica identificativa. En la carta se pedía que la encuesta fuera completada por el especialista del servicio dedicado habitualmente a la atención de pacientes con incontinencia fecal. A los 3 meses, si no se obtenía respuesta, se realizaba un segundo envío.

Este estudio fue presentado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro hospital (Código 2777/I).

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se presentan con la mediana y el intervalo entre paréntesis. Las variables categóricas se presentan con números absolutos y/o porcentajes. Las variables continuas se compararon con pruebas no paramétricas (test de la U de Mann-Whitney). Las variables cualitativas se compararon con la prueba de la χ^2 (o el test exacto de Fisher cuando fue necesario). Se consideró la significación estadística con una $p \leq 0,05$. Los datos se analizaron con el programa SPSS® versión 12.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Características de la muestra

Se obtuvieron 99 encuestas cumplimentadas adecuadamente. De los 248 hospitales a los que se remitió, se obtuvo respuesta de 65 (26,2%) especialistas en cirugía general y digestiva y de 34 (13,7%) especialistas en gastroenterología. Como se puede observar en la tabla 1, estas encuestas procedían de prácticamente todas las comunidades autónomas.

Del total de encuestas recibidas, 38 (38,3%) de ellas eran de especialistas con dedicación exclusiva a enfermedades colorrectales, mientras que los demás también se dedicaban a otras áreas de la especialidad. La experiencia en la atención de los pacientes con incontinencia fecal fue de 9 (intervalo, 1-30) años, en el caso de los especialistas en cirugía general y digestiva, y de 8 (intervalo, 1-24) años, en el caso de especialistas en gastroenterología ($p = 0,307$).

No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al tamaño del hospital donde trabajan los especialistas encuestados (415 camas en cirugía frente a 500 camas en gastroenterología; $p = 0,552$).

Evaluación clínica de la incontinencia fecal

Según las encuestas recibidas, el diario defecatorio es una herramienta clínica que se utiliza sistemáticamente en una

Tabla 1 – Distribución de las encuestas cumplimentadas recibidas de las distintas comunidades autónomas

	Especialistas en cirugía general y digestiva (n = 65)	Especialistas en gastroenterología (n = 34)
Andalucía	7	6
Aragón	3	0
Asturias	2	2
Baleares	0	2
Cantabria	0	0
Canarias	3	3
Castilla-La Mancha	1	1
Castilla y León	2	1
Cataluña	17	7
Ceuta y Melilla	0	1
Extremadura	2	2
Galicia	2	2
La Rioja	0	0
Madrid	7	4
Murcia	2	0
Navarra	3	0
País Vasco	5	1
Valencia	9	2

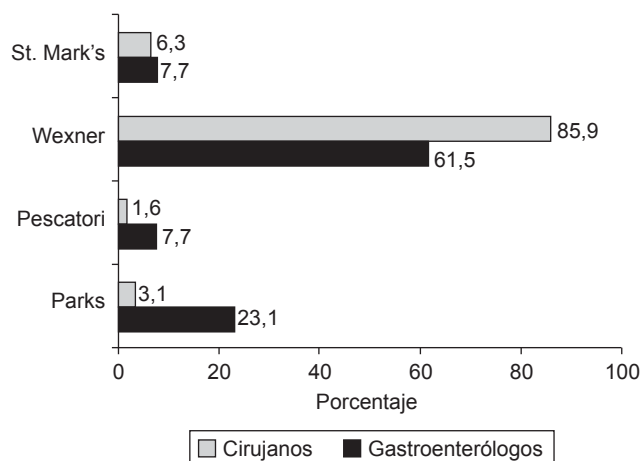


Figura 1 – Utilización de los distintos sistemas de puntuación para evaluar la incontinencia fecal entre las distintas especialidades.

proporción significativamente mayor entre los especialistas en cirugía (46,8%) que entre los gastroenterólogos (32,3%) ($p = 0,05$).

Los sistemas de puntuación en incontinencia fecal son utilizados para todo tipo de incontinencia fecal, sobre todo durante el seguimiento del paciente (94,9%) respecto al diagnóstico (76,8%), tratamiento (76,8%) o con fines de investigación (59,6%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los especialistas.

Como se observa en la figura 1, el sistema de puntuación más utilizado por los sujetos encuestados es el de Wexner, sobre todo por los especialistas en cirugía ($p = 0,01$).

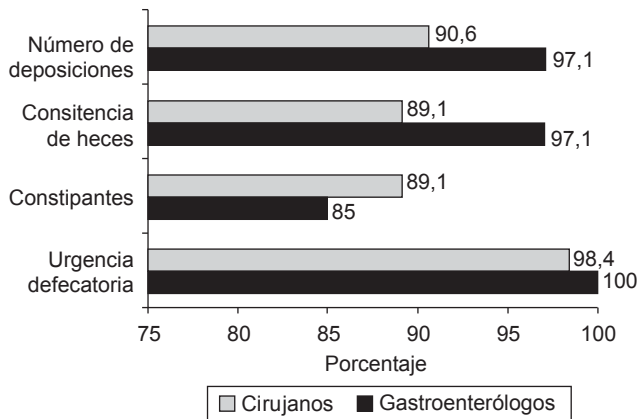


Figura 2 - Aspectos que los distintos especialistas preguntan a los pacientes afectados de incontinencia fecal.

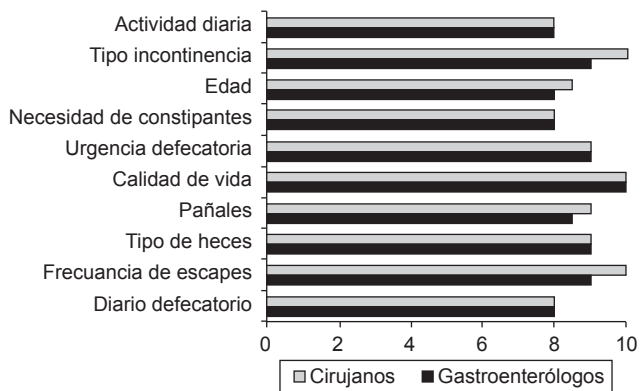


Figura 3 - Opinión en una escala del 0 al 10, respecto a la utilidad de preguntar por los antecedentes en la evaluación clínica de pacientes con incontinencia fecal.

En la figura 2, se observa en qué porcentaje los especialistas preguntan en la historia clínica por aspectos que no están representados en los sistemas de puntuación habituales para evaluar incontinencia fecal.

Opiniones sobre la evaluación de la incontinencia fecal

Los detalles clínicos considerados más relevantes al evaluar a estos pacientes en una escala de 0 a 10, en ambas especialidades, se presentan en la figura 3. La frecuencia de los episodios de incontinencia fecal, la calidad de vida y el tipo de incontinencia fecal (dividida en incontinencia de urgencia, pasiva o mixta) destacan como los aspectos considerados de mayor importancia.

Los sujetos que respondieron a la encuesta consideraron mayoritariamente (85,4%) que lo que debería mejorar en los sistemas de evaluación clínicos de incontinencia fecal debería ser que fueran utilizados universalmente por todos los especialistas que evalúan a estos pacientes. Finalmente, un 98,9% de los especialistas consideró que sería muy útil realizar una campaña de información nacional para homogeneizar la evaluación clínica de esta enfermedad.

Discusión

A pesar de que en los últimos años se observa un mayor interés científico por la incontinencia fecal debido a las elevadas tasas de prevalencia detectadas en la población general, hemos podido constatar, por la opinión de 99 especialistas en este estudio, que en nuestro país hay una variabilidad significativa en la manera de evaluar a los pacientes con incontinencia fecal¹².

El porcentaje de participación en una encuesta dirigida a especialistas siempre determina la validez de la información obtenida. En la literatura la tasa de respuesta de encuestas realizadas a especialistas es muy variable y oscila entre el 31 y el 91%¹³⁻¹⁵. En nuestro estudio respondieron 99 especialistas de los 496 servicios a los que fue remitida la encuesta (248 hospitales), lo que daría una tasa de respuesta del 19,9%. Esta cifra, evidentemente baja, hace referencia, según nuestro punto de vista, al grado de desconocimiento y escaso interés de los profesionales de la medicina sobre la incontinencia fecal.

El diario defecatorio es una herramienta clínica considerada relevante a la hora de evaluar este trastorno^{1,5}. En él quedan reflejados, en un periodo mínimo de 2 semanas, no sólo los episodios de incontinencia fecal, sino su relación con el hábito defecatorio, número de deposiciones, consistencia de las heces y tipo de incontinencia fecal. Además de evitar el sesgo temporal por las variaciones existentes día a día, aporta también información sobre el impacto en la vida diaria que tiene este trastorno. Estudios previos, además de los especialistas que respondieron a las encuestas como muy relevante, a la hora de evaluar la gravedad del trastorno, ya han considerado todos estos factores^{16,17}. La falta de utilización sistemática, en más del 50% de los especialistas, sobre todo gastroenterólogos, puede ser debido a varias causas: en primer lugar, a que sólo el 38% de los sujetos encuestados refieren tener una dedicación exclusiva a enfermedades colorrectales, y conocemos el alto grado de especialización que implica la práctica clínica en afecciones del suelo pelviano y, concretamente en el manejo de pacientes con incontinencia fecal. En segundo lugar, porque hasta el momento no hay recomendaciones universales en las guías clínicas publicadas. De hecho, al preguntar por la utilidad del diario defecatorio, los especialistas consideran que es un elemento muy útil (fig. 3).

La situación ideal en el uso de sistemas de evaluación de incontinencia fecal sería que tuviéramos un sistema de puntuación que reflejara fielmente la situación clínica del paciente enfermo y que, además, lo utilizaran todos los especialistas. Sólo de esta manera las conclusiones de los ensayos clínicos y, por lo tanto, la evidencia científica podrían aplicarse para avanzar en la mejor atención de nuestros pacientes^{5,11}. Hemos detectado que no hay consenso claro y, por lo tanto, la situación más atractiva podría ser que, aunque se utilicen distintos sistemas, haya unas preguntas comunes en la historia clínica del paciente.

El sistema de evaluación de Wexner, aunque es el más utilizado, tiene el inconveniente que no evalúa dos aspectos relevantes, reflejados en el sistema del Hospital de St. Mark's, la urgencia fecal y el uso de medicación constipante^{8,9}. De

hecho, un paciente podría mejorar de su incontinencia fecal por el uso de medicación constipante (por ejemplo, loperamida) y mejorar de esta manera la puntuación en la escala de Wexner y, por lo tanto, se podría llegar a una conclusión inadecuada en el caso de añadirse dicha información en la historia clínica. Los especialistas que atendemos a estos pacientes deberemos consensuar, pues, qué aspectos, englobados o no por los sistemas de puntuación, deberían estar siempre recogidos en la comunicación del estado clínico de un paciente o una serie de pacientes con incontinencia fecal.

La parte más interesante y positiva del estudio es el acuerdo entre todos los especialistas en que la parte más mejorable en estos sistemas de evaluación es la necesidad de que sean universales, de manera que todos los especialistas, idealmente incluso de distintos países, utilizaran los mismos sistemas. Asimismo, la respuesta obtenida y generalizada sobre la utilidad de realizar un plan de información para dar pautas clínicas a la hora de evaluar a estos pacientes, y de esta manera conseguir una homogeneidad, nos anima a realizar un esfuerzo dirigido, en primer lugar, a lograr un consenso entre especialistas y, luego, que las sociedades implicadas realizaran su difusión.

En conclusión, hemos observado que hay una amplia variabilidad en España en la evaluación de la incontinencia fecal por los distintos especialistas y que éstos consideran mayoritariamente que realizar un plan de información en la evaluación de estos pacientes podría ser de gran utilidad.

Agradecimientos

A la Asociación Española de Coloproctología por su apoyo en la realización del proyecto. Un agradecimiento especial a la colaboración y las opiniones de los especialistas participantes en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rio C, Biondo S, Marti-Rague J. [Fecal incontinence. Patient assessment and classical treatments]. *Cir Esp*. 2005;78:34-40.
2. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:9-16.
3. Perry S, Shaw C, McGrother C, Matthews RJ, Assassa RP, Dallosso H, et al. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 40 years or more living in the community. *Gut*. 2002;50:480-4.
4. Whitehead WE. Fecal incontinence: a neglected area of gastroenterology. *Gastroenterology*. 2002;122:5.
5. Baxter NN, Rothenberger DA, Lowry AC. Measuring fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1591-605.
6. Parks AG. Royal Society of Medicine, Section of Proctology; Meeting 27 November 1974. President's Address. Anorectal incontinence. *Proc R Soc Med*. 1975;68:681-90.
7. Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, Mentasti A. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:482-7.
8. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77-97.
9. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*. 1999;44:77-80.
10. Baeten C, Bartolo DC, Lehur PA, Matzel K, Pescatori M, Roche B, et al. Consensus conference on faecal incontinence. *Tech Coloproctol*. 2007;11:225-33.
11. Pares D, Norton C, Chelvanayagam S. Fecal incontinence: the quality of reported randomized, controlled trials in the last ten years. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:88-95.
12. Madoff RD, Parker SC, Varma MG, Lowry AC. Faecal incontinence in adults. *Lancet*. 2004;364:621-32.
13. Roig JV, Garcia-Fadrique A, Garcia Armengol J, Villalba FL, Bruna M, Sancho C, et al. [Use of nasogastric tubes and drains after colorectal surgery. Have attitudes changed in the last 10 years?]. *Cir Esp*. 2008;83:78-84.
14. Seow CS, Teo NB, Wilson CR, Oien KA. Attitudes and training of research fellows in surgery: national questionnaire survey. *BMJ*. 2001;323:725-6.
15. Grossmann I, De Bock GH, Van de Velde CJ, Kievit J, Wiggers T. Results of a national survey among Dutch surgeons treating patients with colorectal carcinoma. Current opinion about follow-up, treatment of metastasis, and reasons to revise follow-up practice. *Colorectal Dis*. 2007;9:787-92.
16. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. Design and validation of a comprehensive fecal incontinence questionnaire. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:1502-22.
17. Maeda Y, Pares D, Norton C, Vaizey CJ, Kamm MA. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:436-42.