

ORIGINAL

Calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal y su relación con la gravedad de la misma

Constanza Ciriza de los Ríos^{a,*}, Antonio Ruiz de León^b, Fernando García Durán^c, Esperanza Tomás Moros^c, José Antonio Carneros Martín^c, Teresa Muñoz Yagüe^a, Fernando Canga Rodríguez-Valcárcel^a y Gregorio Castellano Tortajada^a

^aHospital de 12 de Octubre, Madrid, España

^bHospital Universitario San Carlos, Madrid, España

^cHospital de Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 19 de marzo de 2010; aceptado el 6 de julio de 2010

Disponible en Internet el 17 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Incontinencia fecal;
Escala de Wexner;
Fecal incontinence
quality of life scale
(FIQLS);
Cuestionario SF-36

Resumen

Introducción: La escala de Wexner es una de las más utilizadas para evaluar la gravedad de la incontinencia fecal (IF). El SF-36 y la escala específica, Fecal incontinence quality of life scale (FIQLS) son instrumentos validados en castellano para el estudio de la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar la correlación entre la gravedad de la IF y la afectación de la calidad de vida mediante las escalas SF-36 y FIQL.

Material y métodos: Setenta y tres pacientes con IF completaron las escalas de Wexner, SF-36 y FIQL. El punto de corte de gravedad, según lo publicado en estudios previos, fue 9 (Wexner ≥ 9 : IF grave; Wexner < 9 : IF leve).

Resultados: La puntuación en las subescalas del SF-36 fueron más bajas que en la población general ($p < 0,001$). El componente mental del SF-36 se correlacionó con los dominios «conducta» y «vergüenza» de FIQLS ($p < 0,05$). La puntuación de Wexner se correlacionó con todos los dominios de FIQLS ($p < 0,01$). Los resultados para todos los dominios de FIQLS fueron menores para el grupo Wexner ≥ 9 comparado con el grupo Wexner < 9 ($p < 0,001$). No se encontró correlación entre la puntuación de Wexner y el SF-36. La edad, IF de urgencia, frecuencia diaria, co-morbilidad y cirugía ano-rectal empeoran distintos aspectos de la calidad de vida en la escala FIQL.

Conclusiones: Los pacientes con IF tienen gran afectación de la calidad de vida medida con las escalas SF-36 y FIQL. La gravedad de la IF se correlaciona con la escala FIQL. Otros factores como la edad, el tipo y la frecuencia de la IF deben considerarse al evaluar la calidad de vida.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: constanzacarpa@gmail.com (C. Ciriza de los Ríos).

KEYWORDS

Fecal Incontinence;
Wexner's score;
Fecal Incontinence
Quality of Life Scale
(FIQLS);
SF-36 short form
health survey

Quality of life and its association with the severity of fecal incontinence**Abstract**

Background: Wexner's score is widely used to assess the severity of fecal incontinence (FI). The 36-item short form health survey (SF-36) and the Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQLS), a disease-specific scale, are instruments measuring quality of life that have been validated into Spanish.

Aim: To evaluate quality of life in patients with FI by using the FIQL and SF-36 scales to correlate the results with the Wexner's score.

Methods: Wexner's score, SF-36 and FIQLS were completed by 73 patients. The cut-off point for severity, as previously published, was 9 (Wexner's score <9=mild FI; Wexner's score \geq 9=severe FI).

Results: The scores for all SF-36 sub-scales were lower in patients with FI than in the healthy Spanish population ($p<0.001$). The mental component of the SF-36 correlated with the subscales of «behavior» and «embarrassment» of the FIQLS ($p<0.05$). Wexner's score correlated with all the domains of the FIQLS ($p<0.01$). The results for all the domains of the FIQLS were lower for the Wexner \geq 9 group than for the Wexner <9 group ($p<0.001$). There was no significant correlation between Wexner's score and the SF-36. Age, urge and daily FI, comorbidity and anorectal surgery worsened different aspects of quality of life measured by the FIQLS.

Conclusions: Quality of life measured by the SF-36 and FIQLS was substantially impaired in patients with FI. The severity of FI correlated with FIQLS. Other factors such as age, type and frequency of FI should be considered when evaluating quality of life.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incontinencia fecal (IF) es una de las discapacidades físicas más devastadoras ya que puede llevar al aislamiento social con un profundo impacto en la calidad de vida^{1,2}. La IF se define como la pérdida involuntaria, continua o recurrente de materia fecal (> 10 ml) durante al menos un mes en una persona con edad superior a los 3 años³.

La IF es una enfermedad frecuente que afecta a ambos sexos y que existe en todos los grupos de edad^{4,5}.

Los pacientes suelen ser reacios a consultar los síntomas por la vergüenza que esto implica. Por lo tanto, aspectos importantes relacionados con la calidad de vida no son estudiados de forma rutinaria⁶.

La utilización de alguna escala de gravedad es importante para clasificar a los pacientes en función de la misma, pero especialmente para determinar la evolución después de un determinado tratamiento. Las escalas propuestas para medir de forma más objetiva la gravedad como la puntuación de Jorge y Wexner (Cleveland Clinic)⁷, Pescatori⁸ y St. Mark's⁹, se correlacionan razonablemente bien con una evaluación clínica metódica de la gravedad de la IF¹⁰.

Una de las más ampliamente utilizadas por su sencillez en nuestro medio¹¹, tanto por cirujanos como por gastroenterólogos, es la puntuación de Wexner. Esta escala gradúa la incontinencia para heces sólidas, heces líquidas, gas, el uso de medidas de contención y el impacto en la calidad de vida, en una escala de 0 (nunca incontinencia) a 4 (siempre), obteniéndose una puntuación entre 0 y 20. La puntuación de Wexner es la suma de los 5 ítems, todos ellos con el mismo peso. Sin embargo, tiene como inconvenientes que no hace distinción entre el tipo de IF (o mecanismos de

contención) y que asume que la frecuencia de los eventos es lineal¹².

Por otra parte, se ha señalado que una puntuación de Wexner de 9 o superior permite estimar la pérdida de la calidad de vida².

Los instrumentos de medida del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes tipos, genéricos y específicos. Los primeros permiten comparar diferentes patologías y poder obtener valores poblacionales de referencia, pero no son tan sensibles para un problema determinado de salud¹².

El medical outcome study short form-36 (SF-36) es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud que es aplicable a los pacientes y a la población general. Contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, el componente sumario físico (CSF) y el mental (CSM), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión. Este instrumento ha sido adaptado y validado para obtener una versión española definitiva, el cuestionario de salud SF-36, y se han publicado los valores de referencia en la población sana^{13,14}.

Entre las escalas específicas, la más aceptada es «Fecal incontinence quality of life scale» (FIQLS), propuesta por Rockwood¹⁵, que puede ser utilizada en la población adulta con IF independientemente de sus características particulares. Consta de 29 preguntas que valoran 4 dominios de salud: estilo de vida, conducta, depresión y vergüenza. A la hora de calcular los resultados hay que tener en cuenta una corrección en el test propuesto por Rockwood¹⁶. Este cuestionario es el recomendado por la Sociedad Americana de Cirugía Colorrectal y ha sido adaptado y validado en su versión española¹⁷.

El objetivo principal de este estudio es determinar la correlación entre la gravedad de la IF y la calidad de vida medida con las escalas SF-36 y FIQL. También se compara la calidad de vida de los pacientes con IF con la población sana y se analizan otros factores que pueden influir en la calidad de vida.

Material y métodos

Pacientes

Estudio observacional en el que se incluyeron 73 pacientes con IF procedentes de la comunidad, referidos al hospital entre marzo de 2004 y enero de 2008. Se registraron datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), antecedentes médicos, obstétricos y quirúrgicos.

Todos los pacientes eran mayores de 18 años con IF de diferentes etiologías que no habían recibido tratamiento específico para la misma, y que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Estudio de la gravedad de la IF

Las escalas de Wexner, SF-36 y FIQL en su versión española fueron completadas por todos los pacientes. La puntuación de Wexner es una escala de 20 puntos para determinar la gravedad de la IF (0: asintomático; 20: completamente incontinente). El punto de corte para determinar la gravedad fue 9, de forma que una puntuación de Wexner <9 se consideró IF leve y una puntuación ≥ 9 IF moderada/grave².

Estudio de la calidad de vida: escalas SF-36 y FIQL

El cuestionario genérico de salud SF-36 tiene 3 niveles: (1) 36 ítems; (2) ocho subescalas que agregan de 2 a 10 ítems cada una; y (3) dos componentes sumario que agregan las subescalas, CSM y CSF. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Los resultados obtenidos en pacientes con IF se compararon con los de la población sana española, ajustada al grupo de edad¹⁴.

La escala FIQL es un instrumento específico, que mide la calidad de vida en pacientes con IF, compuesto por 29 ítems que evalúan cuatro dimensiones de salud: estilo de vida (10 ítems), conducta (9 ítems), depresión/autoestima (7 ítems) y vergüenza (3 ítems). Cada ítem tiene un rango de 1 a 4, siendo 1 el valor mínimo para el estado de calidad de vida. La puntuación para cada subescala es la media de todos los ítems. A la hora de calcular los resultados se tuvo en cuenta la corrección del test de Rockwood¹⁶. Los cuestionarios se completaron mediante entrevista directa entre los pacientes y el personal médico.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos de las variables, tanto cualitativas como cuantitativas. Las variables cualitativas se

analizaron mediante frecuencia absoluta y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se estudiaron a través de la media y el intervalo de confianza (IC) 95%.

Las comparaciones entre las subescalas del SF-36 en pacientes con IF y en la población general española¹⁴ se realizaron comparando el valor medio de la muestra con el valor que se obtiene en la población general mediante el test de la *t* de Student en contraste bilateral.

Las comparaciones en la escala de calidad de vida entre pacientes incontinentes leves y moderados-graves se realizaron mediante el test de Mann-Whitney. Las comparaciones entre el tipo, la frecuencia, los factores de riesgo y la escala FIQL se realizaron mediante los test de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

La correlación entre el efecto de la puntuación de la gravedad (Wexner) en cada una de las escalas de calidad de vida se estudió mediante el coeficiente de correlación de Pearson (R).

Para la correlación entre la edad y el IMC con la escala FIQL y entre las distintas escalas de calidad de vida se utilizó también el coeficiente de correlación de Pearson.

El nivel de significación se estableció en el 5%. Los análisis se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 12.0 y Epidat 3.1.

Resultados

De los 73 pacientes estudiados 55 (75%) fueron mujeres y 18 (25%) hombres, con una edad media de 53,9 años (mediana 56 años); IC95% [50,5–57,2].

30 (41,1%) pacientes tuvieron IF con frecuencia diaria, 31 (42,5%) semanal y 12 (16,4%) mensual. La duración media de los síntomas en los pacientes con IF fue de 84,8 meses; IC95% [3,9–165,7].

47 (64,4%) pacientes tuvieron IF de urgencia, 9 (12,3%) pasiva y 17 (23,3%) mixta. La puntuación media de la escala de Wexner fue 10,9; IC95% [9,9–11,9]. Veintiun (29%) pacientes tuvieron una puntuación de Wexner <9 y 52 (71%) Wexner ≥ 9 .

Los factores de riesgo para IF como edad, sexo, IMC, antecedentes médicos, obstétricos y quirúrgicos se expresan en la tabla 1.

Escalas de calidad de vida SF-36 y FIQL: puntuación total

La puntuación total de las 8 subescalas del SF-36, CSF y CSM fueron: función física: 69,9, IC 95% [63,9–75,8]; rol físico: 13,1, IC95% [10,5–15,7]; dolor corporal: 60,2, IC95% [52,9–67,4]; salud general: 49,9, IC95% [45,4–54,4]; vitalidad: 46,3, IC95% [41,0–51,6]; función social: 66,1, IC95% [59,6–72,6]; rol emocional: 14,0, IC95% [11,3–16,8]; salud mental: 53,6, IC95% [48,6–58,6]; CSF: 43,2, IC95% [41,1–45,3]; CSM: 31,0, IC95% [28,9–32,2].

La figura 1 muestra la comparación de los valores del SF-36 en pacientes con IF y la población sana española¹⁴, en el rango de edad de 55 a 64 años. Todas las subescalas fueron significativamente más bajas en los pacientes con IF comparado con la población sana ($p < 0,001$), especialmente para el «rol-físico» y el «rol-emocional».

Tabla 1 Factores de riesgo de IF

Factores de riesgo	
Edad (media [IC95%])	53,9 [50,5–57,2]
Sexo (M [%]/H [%])	55 (75%)/18 (25%)
IMC (media IC95%)	28,3 [27,3–29,4]
Antecedentes obstétricos	
Número de partos (media [IC95%])	2,7 [2,2–3,1]
Partos instrumentales (N [%])	12/55 (21,8%)
Desgarro obstétrico (N [%])	18/55 (32,7%)
Prolapso (N [%])	25/55 (45,5%)
Antecedentes quirúrgicos ano-rectales (N [%])	
Hemorroidectomía	4 (5,5%)
Esfinterotomía	2 (2,7%)
Prolapso	3 (4,1%)
Fistulotomía	4 (5,5%)
Otras	8 (10,9%)
Antecedentes médicos (N [%])	
Diabetes mellitus	17 (23,3%)
Enfermedad neurológica	5 (6,8%)
Enfermedad tiroidea	11 (15,1%)
Otras	12 (16,4%)
Incontinencia urinaria (N [%])	32/73 (43,8%)

H: hombres; IC: intervalo de confianza; M: mujeres; N: número de pacientes.

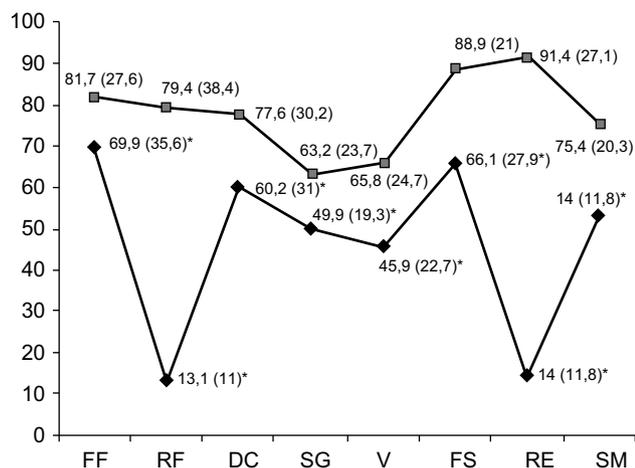


Figura 1 Comparación de los resultados del SF-36 en pacientes con IF y en la población sana española (PSE). La línea negra representa a los pacientes con IF y la gris a la población sana española. Se muestran los valores medios obtenidos en la población con IF estudiada y se comparan con los valores de referencia publicados en la población general (Alonso et al¹⁴). Se expresa el valor medio y la desviación estándar entre paréntesis. * $p < 0,001$ para la comparación entre grupos con el test t Student. FF: función física; RF: rol-físico; DC: dolor corporal; SG: salud general; V: vitalidad; FS: función social; RE: rol-emocional; SM: salud mental.

La puntuación total de los ítems de la escala FIQL fueron: estilo de vida: 2,9, IC95% [2,6–3,2]; conducta: 2,3, IC95% [2,1–2,5]; depresión: 2,9, IC95% [2,6–3,2]; vergüenza: 2,6, IC95% [2,4–2,8]. Las puntuaciones más bajas se obtuvieron para «Conducta» y «Vergüenza».

Correlación entre las escalas SF-36 y FIQL

Se obtuvo correlación entre la subescala «salud mental» del SF-36 y la subescala «Vergüenza» de FIQL ($p < 0,05$) y entre el SF36-CSM y las subescalas «Conducta» y «Vergüenza» ($p < 0,05$) (tabla 2).

Correlación entre la gravedad de la IF y el SF-36

No se encontró correlación entre la puntuación de Wexner y el las subescalas del SF-36 (Función física: $R = -0,225$; $p = 0,056$; Rol físico: $R = -0,221$; $p = 0,060$; Dolor corporal: $R = 0,053$; $p = 0,654$; Salud general: $R = -0,098$; $p = 0,411$; Vitalidad: $R = -0,060$; $p = 0,617$; Función social: $R = 0,077$; $p = 0,517$; Rol emocional: $R = 0,053$; $p = 0,657$; Salud mental: $R = 0,145$; $p = 0,225$; CSF: $R = -0,205$; $p = 0,083$; CSM: $R = 0,185$; $p = 0,120$).

Al comparar el CSF y el CSM del SF-36 subdividiendo a los pacientes en IF leve y moderada/grave, según el punto de corte de 9, tampoco se encontró asociación significativa (CSF: leve 45,8, IC95% [42,2–49,5] vs. grave 41,9, IC 95% [39,3–44,4]; $p = 0,083$).

CSM: leve 34, IC95% [30–38] vs. grave 29,7, IC95% [27,1–32,2]; $p = 0,067$).

Correlación entre la gravedad de la IF y la escala FIQL.

Se encontró correlación negativa significativa entre las subescalas de FIQL y la puntuación de Wexner (estilo de vida: $R = -0,563$; $p = 0,001$; conducta: $R = -0,682$; $p = 0,001$; depresión: $R = -0,617$; $p = 0,001$; vergüenza: $R = -0,537$; $p = 0,001$), de forma que a mayor puntuación de gravedad menor puntuación en todas las subescalas FIQL y, en consecuencia, mayor deterioro de la calidad de vida.

Cuando se compararon las subescalas subdividiendo a los pacientes con IF leve y moderada/grave según el punto de corte de 9 de la escala de Wexner, para todas las dimensiones de la escala FIQL la puntuación fue significativamente menor para el grupo Wexner ≥ 9 comparado con el grupo Wexner < 9 (estilo de vida: 2,6, IC95% [2,4–2,9] vs. 3,4 IC95% [3,0–3,8]; $p < 0,001$; conducta: 2,0, IC95% [1,8–2,2] vs. 3,1, IC95% [2,8–3,4]; $p < 0,001$; depresión: 2,6, IC95% [2,3–2,8] vs. 3,6, IC95% [3,3–3,9]; $p < 0,001$; vergüenza: 2,4, IC95% [2,1–2,6] vs. 3,1, IC95% [2,8–3,5]; $p < 0,001$) (fig. 2).

Influencia del tipo, frecuencia y factores de riesgo de IF en la calidad de vida (escala FIQL)

Se encontró correlación negativa entre la edad y las subescalas estilo de vida ($R = -0,341$; $p = 0,003$), conducta ($R = -0,277$; $p = 0,017$) y depresión ($R = -0,271$; $p = 0,02$), de forma que al aumentar la edad empeora la calidad de vida en estos aspectos. No se encontró correlación entre el

Tabla 2 Correlación entre las escalas SF-36 y FIQL

Subescalas SF-36	Subescalas FIQL			
	Estilo de vida	Conducta	Depresión	Vergüenza
Función física	0,132	0,079	-0,001	0,003
Rol físico	0,048	-0,025	-0,014	-0,117
Dolor corporal	0,102	0,009	-0,038	-0,115
Salud general	0,124	0,009	0,032	-0,070
Vitalidad	-0,050	-0,192	-0,062	-0,088
Función social	-0,003	-0,145	-0,135	-0,210
Rol emocional	-0,063	-0,170	-0,056	-0,059
Salud mental	0,029	-0,135	-0,091	0,258*
SF-36 CSF	0,138	0,072	0,001	-0,023
SF-36 CSM	-0,071	0,265*	-0,136	0,259*

Coefficiente de correlación Pearson.
*p < 0,05.

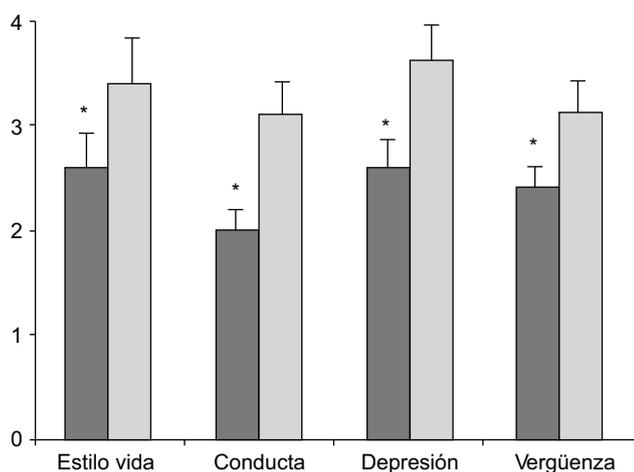


Figura 2 Comparación de los resultados de la escala FIQL según la gravedad de la IF (punto de corte de 9). Las barras negras representan a los pacientes con IF grave (Wexner ≥ 9) y las grises a los pacientes con IF leve (Wexner < 9). Las barras T indican el IC95%. $p < 0,001$ para la comparación entre grupos con el test U de Mann-Whitney.

IMC y la escala FIQL (estilo de vida: $R = -0,225$, $p = 0,055$; conducta: $R = -0,125$, $p = 0,293$; depresión: $R = -0,223$; $p = 0,05$; vergüenza: $R = -0,164$; $p = 0,164$).

La asociación de los distintos factores que influyen en la IF y la escala FIQL se detalla en la tabla 3. La IF de urgencia, la frecuencia diaria de la IF, la co-morbilidad y el antecedente de cirugía ano-rectal se asocian con peor puntuación en algunos o todos los aspectos de la escala FIQL.

Discusión

La IF es una enfermedad crónica y por esta razón una gran parte de los pacientes continuarán con síntomas con diferentes grados de gravedad. Por lo tanto, la IF es un trastorno complejo con síntomas variables que pueden ser difíciles de cuantificar. En nuestro estudio hemos utilizado la

escala de Wexner para evaluar la gravedad de la IF y correlacionarlo con la calidad de vida porque es una escala ampliamente utilizada en la práctica clínica¹¹ y es de fácil comprensión para el paciente. Además, contiene un parámetro que valora la alteración en el estilo de vida, lo cual es un reflejo de la calidad de vida².

La medida de la calidad de vida puede ser diferente dependiendo del instrumento de medida utilizado. Hemos elegido el instrumento genérico SF-36 para comparar el impacto de la IF en la salud y compararlo con la población sana española^{13,14}. También hemos utilizado la escala FIQL como instrumento específico. Ambas escalas son dos de las más ampliamente utilizadas y han sido validadas en lengua española^{13,17}.

La puntuación del SF-36 fue significativamente más baja para las ocho subescalas comparado con la población sana española, pero especialmente para el «rol-físico» y el «rol-emocional», que reflejan problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas de salud físicos o emocionales respectivamente. Aunque el cuestionario SF-36 es un instrumento genérico, la medida del «rol-físico» puede ser suficiente para detectar cambios entre los pacientes con IF¹².

La correlación entre las diferentes subescalas del SF-36 y las de la escala FIQL fue positiva para el CSM y los ítems «Conducta» y «Vergüenza», indicando que el aspecto mental del SF-36 determina de forma más específica que el aspecto físico el deterioro de la calidad de vida en los pacientes con IF. Por otra parte, la puntuación del SF-36 para el CSM fue más bajo que para el CSF, lo cual refuerza el hecho de que los aspectos emocionales y psicológicos de la calidad de vida están intensamente afectados en la IF¹⁸. Este hecho parece comprensible, ya que la mayoría de las alteraciones en la calidad de vida de la IF son de tipo social y emocional. En este sentido se ha señalado que los pacientes con IF tienen una mayor alteración de la salud mental y que la IF es un factor de riesgo independiente para la alteración de la misma¹⁹.

Sin embargo, otros autores encontraron correlación entre algunas^{17,19} o todas las subescalas del SF-36 y las de la escala FIQL²⁰.

Tabla 3 Influencia de los factores de riesgo en la calidad de vida (escala FIQL)

Factores	Estilo de vida			Conducta			Depresión			Vergüenza		
	N	Media [IC95%]	p	N	Media [IC95%]	p	N	Media [IC95%]	p	N	Media [IC95%]	p
Sexo	73											
Mujer	55	2,9 [2,6–3,1]	0,923 ^a	55	2,3 [2,1–2,5]	0,668 ^a	55	2,8 [2,6–3,1]	0,501 ^a	55	2,6 [2,3–2,8]	0,918 ^a
Hombre	18	2,8 [2,3–3,4]		18	2,4 [1,9–2,9]		18	3,0 [2,5–3,5]		18	2,6 [2,2–3,1]	
Tipo IF	73											
Urgencia	47	2,8 [2,5–3,0]	0,018 ^b	47	2,2 [1,9–2,4]	0,030 ^b	47	2,8 [2,5–3,0]	0,037 ^b	47	2,5 [2,2–2,7]	0,104 ^b
Pasiva	9	3,6 [3,3–4]		9	3,1 [2,6–3,6]		9	3,6 [3,2–4,0]		9	3,1 [2,6–3,7]	
Mixta	17	2,7 [2,2–3,3]		17	2,4 [1,8–2,9]		17	2,8 [2,3–3,3]		17	2,6 [2,1–3,2]	
Frecuencia IF	73											
Diaria	30	2,6 [2,2–2,9]	0,025 ^b	30	1,9 [1,6–2,2]	0,002 ^b	30	2,4 [2,1–2,8]	0,001 ^b	30	2,3 [2,0–2,6]	0,014 ^b
Semanal	31	3,0 [2,7–3,4]		31	2,6 [2,3–2,9]		31	3,0 [2,7–3,4]		31	2,7 [2,4–3,0]	
Mensual	12	3,2 [2,7–3,8]		12	2,7 [2,3–3,2]		12	3,6 [3,1–4,0]		12	3,1 [2,5–3,7]	
Desgarro	55											
No	37	2,9 [2,7–3,2]	0,403 ^a	37	2,3 [2,0–2,6]	0,714 ^a	37	2,9 [2,6–3,2]	0,469 ^a	37	2,7 [2,4–3,0]	0,225 ^a
Sí	18	2,8 [2,4–3,2]		18	2,2 [1,8–2,7]		18	2,8 [2,3–3,2]		18	2,4 [1,9–2,8]	
Prolapso	55											
No	30	2,6 [2,3–2,9]	0,122 ^a	30	2,1 [1,8–2,3]	0,05 ^a	30	2,8 [2,4–3,1]	0,716 ^a	30	2,5 [2,2–2,8]	0,540 ^a
Sí	25	3,0 [2,7–3,3]		25	2,5 [2,1–2,8]		25	2,9 [2,5–3,2]		25	2,6 [2,2–3,1]	
Enfermedad	73											
No	28	3,1 [2,8–3,4]	0,068 ^a	28	2,5 [2,2–2,9]	0,153 ^a	28	3,2 [2,8–3,6]	0,012 ^a	28	2,8 [2,4–3,2]	0,173 ^a
Sí	45	2,7 [2,4–3]		45	2,2 [1,9–2,4]		45	2,7 [2,4–2,9]		45	2,5 [2,2–2,7]	
Cirugía anal	73											
No	52	3,0 [2,8–3,2]	0,070 ^a	51	2,4 [2,2–2,6]	0,110 ^a	51	3,1 [2,8–3,3]	0,014 ^a	51	2,7 [2,5–2,9]	0,081 ^a
Sí	21	2,5 [2,1–2,9]		22	2,1 [1,7–2,6]		22	2,4 [1,9–2,9]		22	2,3 [1,9–2,8]	
I. urinaria	73											
No	41	2,9 [2,7–3,3]	0,223 ^a	41	2,4 [2,1–2,6]	0,859 ^a	41	2,9 [2,6–3,2]	0,574 ^a	41	2,6 [2,3–2,9]	0,951 ^a
Sí	32	2,7 [2,4–3,1]		32	2,3 [1,9–2,6]		32	2,8 [2,5–3,1]		32	2,6 [2,3–2,9]	

IC: intervalo de confianza; N: número de pacientes.

^aU de Mann-Whitney.

^bTest de Kruskal-Wallis.

En la escala específica las puntuaciones más bajas las obtuvieron los ítems «Conducta» y «Vergüenza», coincidiendo con otros grupos^{17,21,22}.

En nuestro estudio, como otros autores¹⁷, hemos obtenido una buena correlación entre la gravedad de la IF según la puntuación de Wexner y la calidad de vida, de forma que la gravedad es inversamente proporcional a la puntuación en las cuatro dimensiones de la escala FIQL.

Se ha demostrado previamente que una puntuación de Wexner igual o mayor de 9 se asocia con una puntuación menor en el Gastrointestinal quality of life index y el Medical outcomes study short-form (MOS) general survey². En nuestro estudio, los pacientes con una puntuación de Wexner igual o mayor de 9 también presentaron mayor alteración en la escala FIQL. Por esta razón, una puntuación igual o mayor de 9 nos permite considerar que existe un posible deterioro de la calidad de vida de los pacientes con IF.

La relación entre Faecal incontinence severity index (FISI) y la calidad de vida, medidos con las escalas SF-36 y FIQL ha sido evaluada por otros autores, encontrando correlación

entre todas las subescalas de FIQL y con la función social y salud mental del SF-36, apoyando la idea de que la calidad de vida en la IF empeora a medida que aumenta la gravedad²⁰.

No hemos encontrado correlación entre la puntuación de Wexner y las subescalas del SF-36. Al considerar los componentes sumarios del SF-36 (CSF y CSM) con respecto a la gravedad de la IF, la puntuación media fue más baja en los pacientes con IF más grave, aunque no alcanzó significación estadística. Otros autores han señalado una peor puntuación del CSM cuando aumenta la frecuencia de la IF²³.

La ausencia de correlación entre la escala de Wexner y el SF-36 podría deberse al hecho de que la puntuación de Wexner incluye aspectos relacionados con la calidad de vida. Esto podría explicar también la buena correlación con la escala FIQL. La utilización de otras escalas de gravedad como FISI permite determinar otra dimensión en la que se ha encontrado correlación con los aspectos emocionales del SF-36²⁰.

En el presente estudio, la utilización de una escala específica para la IF como FIQL es más sensible para discriminar los cambios en la calidad de vida en función de la gravedad de la IF que el SF-36. Sin embargo, el hecho de que se encuentre una correlación moderada entre las escalas de Wexner y FIQL pero no con el SF-36 sugiere, de acuerdo con otros autores²⁰, que la relación entre la gravedad de la IF y el deterioro de la calidad de vida no puede ser asumida completamente. Otros factores que pueden afectar a la calidad de vida como la edad, la comorbilidad y la frecuencia de los síntomas, deberían ser tenidos en cuenta. En nuestro estudio la mayor edad, la IF de urgencia, la frecuencia diaria de la IF, la co-morbilidad y el antecedente de cirugía ano-rectal empeoran diferentes aspectos de la calidad de vida medida con la escala FIQL. Por otra parte, la mayoría de las escalas disponibles tienen limitaciones para comprender la dimensión subjetiva de la IF²⁴.

Nuestro estudio presenta aspectos metodológicos que conviene mencionar. En primer lugar no disponemos de un grupo control con los valores de la escala SF-36 por lo que se han utilizado los valores de referencia publicados para la población sana española con las limitaciones que supone el hecho de que los grupos estudiados no sean homogéneos en cuanto a edad y sexo. Se ha considerado el grupo de edad de la población sana española que se corresponde con la mediana de edad del grupo de IF para minimizar esta diferencia¹⁴. En ambos casos hubo predominio femenino, más llamativo en los pacientes con IF (51,8 y 75%).

Probablemente sería preciso incluir un mayor número de pacientes para poder obtener correlación entre la escala de Wexner y el SF-36. En cualquier caso, la mayoría de las escalas de gravedad como St Mark's¹⁹, FISI²⁰ o Wexner¹⁷ presentan buena correlación con la escala específica FIQL pero menos evidente con el SF36.

El punto de corte de gravedad elegido es el propuesto por otros autores² y se obtuvo de la correlación entre la puntuación de Wexner y la puntuación de la escala GIQLI (Gastrointestinal quality of life index) y por lo tanto, no con la escala específica de IF. Los autores consideran que una puntuación de Wexner de 9 o mayor altera de forma significativa la calidad de vida de los pacientes. Este punto de corte ha sido también utilizado por otros autores¹⁷. Ya hemos señalado que hemos encontrado buena correlación entre la escala FIQL y la puntuación de Wexner, incluso al subdividir a los pacientes según el punto de corte de 9.

En resumen, los pacientes con IF presentan un importante deterioro de la calidad de vida medida con las escalas SF-36 y FIQL. El componente emocional es el más afectado, encontrando correlación en este aspecto entre el SF-36 y los ítems «Conducta» y «Vergüenza» de la escala FIQL. A pesar de las limitaciones que presentan todas las escalas disponibles para evaluar la gravedad y la calidad de vida de los pacientes con IF, la puntuación de Wexner y la escala FIQL presentan una buena correlación y permiten una mejor evaluación de los pacientes, siempre teniendo en cuenta que otros factores como la edad, el tipo y la frecuencia de la IF, la co-morbilidad o el antecedente quirúrgico ano-rectal pueden jugar un papel importante en el deterioro de la calidad de vida en la IF.

Bibliografía

1. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA*. 1995;274:559-61.
2. Rothbarth J, Bemelman WA, Meijerink WJ, Stiggelbout AM, Zwiderman AH, Buyze-Westerweel ME, et al. What is the impact of fecal incontinence on quality of life? *Dis Colon Rectum*. 2001;44:67-71.
3. Sentovich SM, Rivela LJ, Blatchford GJ, Christensen MA, Thorson AG. Patterns of male fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:281-5.
4. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1341-9.
5. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126:S3-7.
6. Cotterill N, Norton C, Avery KN, Abrams P, Donovan JL. A patient-centered approach to developing a comprehensive symptom and quality of life assessment of anal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:82-7.
7. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77-97.
8. 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.
9. Maeda Y, Vaizey CJ, Norton C. St. Mark's incontinence score. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:2252.
10. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*. 1999;44:77-80.
11. Pares D, Pera M, Cartanya A, Delgado-Aros S, De Miguel M, Ortiz H, et al. Results of national survey of specialists on the clinical evaluation of faecal incontinence. *Cir Esp*. 2009;86:154-8.
12. Rockwood TH. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126:S106-13.
13. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey: a measure of clinical outcomes. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.
14. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, de la Fuente L. Population-based reference values for the Spanish version of the Health Survey SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410-6.
15. 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. discussion 16-7.
16. Pares D, Vial M, Grande L. Are you worried about bowel accidents? Quality of life in fecal incontinence *Dis Colon Rectum*. 2008;51:1432-3. author reply 1434.
17. Minguez M, Garrigues V, Soria MJ, Andreu M, Mearin F, Clave P. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:490-9.
18. Takahashi-Monroy T, Morales M, Garcia-Osogobio S, Valdovinos MA, Belmonte C, Barreto C, et al. SECCA procedure for the treatment of fecal incontinence: results of five-year follow-up. *Dis Colon Rectum*. 2008;51:355-9.
19. Pares D, Vial M, Bohle B, Maestre Y, Pera M, Roura M, et al. Prevalence of Fecal Incontinence and Analysis of Its Impact on Quality of Life and Mental Health. *Colorectal Dis* (accepted article; doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02281.x).
20. Bordeianou L, Rockwood T, Baxter N, Lowry A, Mellgren A, Parker S. Does incontinence severity correlate with quality of life? Prospective analysis of 502 consecutive patients *Colorectal Dis*. 2008;10:273-9.
21. Pla-Martí V, Moro-Valdezate D, Alos-Company R, Solana-Bueno A, Roig-Vila JV. The effect of surgery on quality of life in patients with

- faecal incontinence of obstetric origin. *Colorectal Dis.* 2007;9: 90-5.
22. Bartlett L, Nowak M, Ho YH. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3276-82.
23. Varma MG, Brown JS, Creasman JM, Thom DH, Van Den Eeden SK, Beattie MS, et al. Fecal incontinence in females older than aged 40 years: who is at risk? *Dis Colon Rectum.* 2006;49: 841-51.
24. 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. 2008;51: 436-42.