

ARTÍCULO ORIGINAL

# Incontinencia urinaria e incontinencia fecal asociadas en una cohorte de mujeres con prolapso sintomático de los órganos pélvicos. Epidemiología y factores de riesgo

E. Muñoz Gállico<sup>1</sup>, N.M.<sup>a</sup> Climent Martínez<sup>2</sup>, V. Martínez Morón<sup>2</sup>, F. Muñoz Garrido<sup>1</sup>. Grupo GISPEM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Suelo Pélvico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. <sup>3</sup>Grupo de Investigación en disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer

## RESUMEN

Las disfunciones del suelo pélvico forman un grupo de alteraciones –prolapso de los órganos pélvicos (POP), incontinencia urinaria (IU) e incontinencia fecal (IF), por ejemplo– y es frecuente su asociación.

Estudiamos la prevalencia basal de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) aislada y asociada a IF (incontinencia dual) en pacientes con prolapso sin tratamiento quirúrgico previo y los factores de riesgo. Se recogieron variables clínicas de las pacientes (n= 345), así como la presencia de síntomas mediante exploración y anamnesis estandarizadas y cuestionarios clínicos. El POP se catalogó con las clasificaciones de Baden y/o POP-Q. Se definen 3 grupos: mujeres con IUE clínica (n= 78), mujeres que combinan IUE+IF (n= 32) y pacientes sin IUE ni IF (n= 180). En los factores de riesgo analizados no encontramos diferencias (edad, tipo de prolapso, índice de masa corporal, peso mayor del hijo, etc.). Sí observamos una asociación para la IF: un prolapso de grado II o superior del compartimento posterior confiere un valor protector frente a la IF (riesgo relativo [RR]= 0,22), mientras que las pacientes con antecedentes de desgarro anal de origen obstétrico tienen un riesgo mayor (RR= 3,05).

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Prolapso de los órganos pélvicos, incontinencia urinaria, incontinencia fecal.

## ABSTRACT

**Urinary incontinence and fecal incontinence associated in a cohort of women with symptomatic pelvic organ prolapse. Epidemiology and risk factors**

*Pelvic floor dysfunction comprises several signs and symptoms: pelvic organ prolapse (POP), urinary incontinence (UI) or fecal incontinence, for example, and various of them may coexist.*

*We have studied the basal prevalence of isolated stress urinary incontinence (SUI) and associated to FI (dual incontinence) in women diagnosed of POP without previous surgical correction. From patients (n= 345) we collected clinical data and symptoms by means of clinical evaluation and validated questionnaires. POP was classified according to Baden and POPQ classifications. We have defined three groups: women with SUI (n= 78), women with dual incontinence (n= 32), without SUI nor FI (n= 180). Among the risk factors analyzed we have no found differences (age, BMI, fetal weight, etc.). On the other hand, we have observed associations with FI: a prolapse grade  $\geq$ II is protective (RR= 0.22) whereas the history of an anal sphincter injury of obstetric origin poses a higher risk of FI (RR 3.05).*

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Pelvic organ prolapse, urinary incontinence, fecal incontinence.

## Introducción

Las disfunciones del suelo pélvico femenino forman un grupo heterogéneo de alteraciones, y las más frecuentes son el prolapso de los órganos pélvicos (POP), la incontinencia

### Correspondencia:

E. Muñoz Gállico. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario «12 de Octubre». Avda. de Andalucía, s/n. 28041 Madrid.  
Correo electrónico: eloymgalligo@yahoo.es

urinaria (IU) y la incontinencia fecal (IF), además de otros trastornos, como las alteraciones en la función sexual o el dolor pélvico crónico<sup>1</sup>. El POP, definido como el descenso de los órganos pélvicos por debajo de su posición anatómica normal<sup>2</sup>, suele presentar distintos síntomas, como la sensación de bulto, presión o descenso genital. Además, puede verse acompañado de alteraciones en la función urinaria, defecatoria o sexual, provocando un conjunto

variado de procesos y síntomas<sup>2,3</sup>. Aunque las pacientes afectadas pueden presentar uno solo de los trastornos principales (POP, IU o IF), no es infrecuente la asociación de varios de ellos en la misma paciente. A este respecto, distintos trabajos especifican la prevalencia de estas alteraciones. En un estudio realizado en Estados Unidos se observa una prevalencia de, al menos, un trastorno del suelo pélvico en el 23,7% de la población mayor de 20 años, y la IU era la alteración más prevalente (15,7%)<sup>4</sup>. Otros estudios reflejan la proporción de mujeres con combinaciones de distintos síntomas. En un trabajo realizado en 2.109 mujeres mayores de 40 años se encontró una prevalencia de, al menos, un trastorno del suelo pélvico en el 34%: de ellas, el 69% sólo tenían IU, el 8% sólo POP y el 6% sólo IF. El resto de las mujeres presentaba trastornos combinados: un 9% asociaba IU e IF y un 7% IU y POP<sup>5</sup>.

En otro trabajo<sup>6</sup> se muestra una alta prevalencia de IF (58%) en mujeres con POP y/o IU. En este mismo artículo se encontró también un alto porcentaje de mujeres con dificultad defecatoria o sensación de vaciado incompleto. No se obtuvo ningún factor de riesgo (edad, paridad, tipo o grado de prolapso, etc.) específicamente asociado a la presencia de IF o alteraciones defecatorias, aunque sí una mayor alteración de la calidad de vida en estas pacientes.

Por último, en un trabajo recientemente publicado<sup>7</sup> del Grupo de Investigación en disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer (GISPEM) sobre la misma cohorte de pacientes sujeto del presente artículo, que evalúa los principales síntomas asociados al POP, se observa que el síntoma más relacionado con el grado de prolapso es la «sensación de bulto vaginal» y las dificultades sexuales asociadas a esta sensación. Existen otros factores asociados al grado de prolapso, como la nocturia y la dificultad para el vaciado vesical, o la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), en este caso con una relación inversa, si bien estas asociaciones desaparecen en el análisis multivariante. Nuevamente, se demuestra la heterogeneidad de los síntomas de disfunción de suelo pélvico, las distintas asociaciones de síntomas que puede presentar una determinada paciente y la dificultad para predecir el resultado de la intervención terapéutica (principalmente la cirugía) sobre el conjunto de síntomas que aparecen en una paciente.

Por otro lado, la IF es una entidad cuyos síntomas provocan un gran impacto sobre la calidad de vida de las mujeres con una patología del suelo pélvico. Aun así, con frecuencia las mujeres con disfunciones del suelo pélvico pueden no hacer referencia a ésta, salvo que sean objeto de estudio<sup>8</sup>. Su prevalencia oscila entre el 3 y el 7%, llegando incluso a un 15% según el método empleado para su determinación<sup>9</sup>. La mayoría de los factores de riesgo son comunes a

los encontrados en las pacientes con IU o POP: edad, índice de masa corporal (IMC) elevado, antecedente de partos instrumentales, fetos macrosómicos, patología neurológica o diabetes mellitus, etc. Así, con el objetivo de analizar la combinación de síntomas urinarios (IUE) y digestivos (IF a gases y/o heces) en pacientes con POP, en el presente trabajo estudiamos la prevalencia basal de IUE aislada y asociada a IF (incontinencia dual) en pacientes con prolapso sintomático que acuden a las consultas de uroginecología de los hospitales participantes en el estudio, y analizamos los factores de riesgo que pueden presentar. Todas las pacientes participantes se consideraron en la evaluación basal subsidiarias de tratamiento quirúrgico corrector del prolapso.

## Material y métodos

Hemos realizado un estudio multicéntrico de cohortes sobre mujeres con POP sintomático, sin antecedentes de cirugía correctora previa, en las que el prolapso era el síntoma principal. Las pacientes (n= 345), que podían asociar o no otros síntomas de disfunción del suelo pélvico, fueron evaluadas en las 39 unidades de uroginecología de los hospitales españoles que conforman el GISPEM, en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2012. En la evaluación diagnóstica, todas las pacientes se consideraron subsidiarias de corrección quirúrgica del prolapso, que se llevó a cabo posteriormente según la práctica clínica habitual de cada centro.

Basalmente, se recogieron diversas variables clínicas (edad, paridad, IMC, tabaquismo y antecedentes personales) y se investigó la presencia de síntomas asociados al prolapso genital (IUE clínica y oculta, IF, urgencia miccional, dolor pélvico y disfunción sexual) mediante una exploración y una anamnesis estandarizadas y cuestionarios clínicos validados para el diagnóstico y la afectación de la calidad de vida. En la exploración clínica se observó la presencia o no de IUE en la exploración con vejiga llena (mínimo 300 mL), se evaluó la contractilidad de los músculos del suelo pélvico según la escala de Oxford y la clasificación de la ICS-IUGA, y el POP se catalogó de acuerdo con las clasificaciones de Baden-Walker y/o POP-Q. Como cuestionarios validados se emplearon el Cuestionario de la Epidemiología del Prolapso e Incontinencia (Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire [EPIQ]), el Cuestionario sobre Incontinencia Urinaria de la Internacional Consultation on Incontinence en su versión corta (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form [ICIQ-UI-SF]), la Escala de Evaluación de POP del Cuestionario sobre la disfunción del Suelo Pélvico (Pelvic Floor Dysfunction Inventory [PFDI-20]) y el Cuestionario sobre Función Sexual en las Mujeres con POP/Incontinencia, revisado por la Asociación Internacional de Uroginecología

Incontinencia urinaria e incontinencia fecal asociadas en una cohorte de mujeres con prolapso sintomático de los órganos pélvicos. Epidemiología y factores de riesgo

E. Muñoz Gállego, N.M.<sup>a</sup> Climent Martínez, V. Martínez Morón, F. Muñoz Garrido. Grupo GISPEM

(IUGA) (*Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire, IUGA-Revised [PISQ-IR]*)<sup>10,11</sup>.

Del total de la población se han seleccionado las mujeres que presentaban una IUE clínica, asociada o no a IF (grupos de estudio) y las que presentaban un prolapso genital aislado, sin ningún tipo de incontinencia clínica asociada para su comparación. Se ha considerado que una paciente presentaba IUE clínica si ello quedaba reflejado en los cuestionarios EPIQ e ICIQ-UI-SF y, además, el test de esfuerzo era positivo. Se ha considerado que una paciente presentaba IF (a heces y/o gases) si así lo recogían la anamnesis (impresión diagnóstica clínica) y el cuestionario EPIQ. Se han excluido de la evaluación las pacientes con IF aislada no asociada a IUE.

### Análisis estadístico

Para el análisis de las variables cualitativas se llevó a cabo la prueba de la  $\chi^2$ , y para las variables cuantitativas la prueba de Kruskal-Wallis. Para las variables significativas en la prueba de la  $\chi^2$  se ha calculado el riesgo relativo (RR) con un intervalo de confianza del 95%. Se han considerado como significativos unos valores de  $p < 0,05$ .

### Resultados

Conforme a las premisas anteriores, quedan definidos 3 grupos: el grupo 1 lo forman las mujeres con IUE clínica aislada ( $n=78$ ; 22,9%), el grupo 2 las mujeres que combinan IUE más IF ( $n=32$ ; 9,4%) y el grupo 3 las pacientes sin IUE ni IF ( $n=180$ ; 52,9%). Se excluyeron las mujeres con IF aislada ( $n=50$ ) y las pacientes con datos incompletos ( $n=5$ ). En la tabla 1 se presentan las características basales de los 3 grupos descritos. Como se puede observar, no hay diferencias respecto a la media de edad, la paridad o el porcentaje de mujeres menopáusicas en cada uno de los grupos.

Se ha evaluado si la IF era más frecuente en las pacientes con IUE que en las pacientes con POP sin IUE, sin encontrar

diferencias (IF en pacientes con IUE: 32/111 [28,2%]; en pacientes sin IUE: 50/234 [21,3%];  $p=0,13$ ).

También se han analizado las características de la IF: en pacientes con IF aislada ( $n=50$ , excluidas del presente estudio), 8 presentaban IF a heces (16%), mientras que en las mujeres que asociaban IUE e IF ( $n=32$ ), 10 presentaban IF a heces (31,2%) ( $p=0,08$ ).

Respecto a los factores de riesgo, en la tabla 2 se muestra su análisis en los 3 grupos. Observamos una relación estadísticamente significativa con el prolapso del compartimento posterior  $\geq$ II, según la clasificación de Baden ( $p=0,014$ ), y cercana a la significación con el prolapso de grado III o IV, según la clasificación POPQ, y con la presencia de desgarro anal.

Por último, en la tabla 3 se muestra el análisis por separado de estos dos factores de riesgo y la estimación del RR. Para el análisis se han reunido los 2 grupos de pacientes sin IF (1 y 3) frente al grupo de pacientes con IF (2). Así, encontramos que la presencia de un prolapso de grado II o superior del compartimento posterior, según la clasificación de Baden, otorga un valor protector frente a la presencia de IF, mientras que las pacientes con antecedentes de desgarro anal de origen obstétrico tienen un RR mayor de desarrollar esta patología.

### Discusión

Como se ha comentado en la introducción, la disfunción del suelo pélvico forma un conjunto heterogéneo de síntomas, entre los que el POP, la IU y la IF son los más prevalentes. Nuestro objetivo era analizar la combinación de dos de estos síntomas, la IUE y la IF en una cohorte de pacientes con POP, y observar si existían factores de riesgo que predispusieran a uno o ambos tipos de incontinencia, en las pacientes con POP; también nos propusimos analizar las diferencias, si es que existían, entre las pacientes que padecen una o más de las alteraciones.

**Tabla 1. Características basales**

	Grupo 1 (IUE)	Grupo 2 (IUE+IF)	Grupo 3 (No IUE ni IF)	p
n	79	32	182	—
Edad (media)	64,3	62,6	65,1	0,48
Paridad (media)	2,6	2,6	2,7	0,71
Menopausia (%)	87,1	81,2	89,8	0,35

IF: incontinencia fecal; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo.

**Tabla 2. Factores de riesgo para la IUE y la IUE+IF**

	Grupo	n (%) Media ± DE	p
POP anterior (clasificación Baden) <sup>a</sup>	IUE aislada	77 (97)	0,48
	IUE+IF	32 (100)	
	No IUE ni IF	177 (96)	
POP central (clasificación Baden) <sup>a</sup>	IUE aislada	73 (93)	0,10
	IUE+IF	31 (96)	
	No IUE ni IF	170 (90)	
POP posterior ≥II (clasificación Baden) <sup>b</sup>	IUE aislada	28 (39)	0,014
	IUE+IF	2 (6)	
	No IUE ni IF	49 (28)	
Prolapso III o IV (clasificación POPQ) <sup>c</sup>	IUE aislada	74%	0,08
	IUE+IF	83%	
	No IUE ni IF	73%	
Test de Oxford (puntuación 0-2)	IUE aislada	46 (59)	0,70
	IUE+IF	20 (62)	
	No IUE ni IF	116 (64)	
Peso mayor del hijo	IUE aislada	3.694,37 ± 502,73	0,82
	IUE+IF	3.672,5 ± 735,63	
	No IUE ni IF	3.750,06 ± 518,55	
IMC	IUE aislada	26,62 ± 2,8	0,92
	IUE+IF	26,82 ± 3,5	
	No IUE ni IF	26,84 ± 3,6	
Tabaquismo	IUE aislada	13 (16)	0,88
	IUE+IF	6 (18)	
	No IUE ni IF	37 (20)	
Esfuerzos habituales	IUE aislada	43 (55)	0,17
	IUE+IF	25 (78)	
	No IUE ni IF	100 (55)	
Desgarro anal	IUE aislada	5 (6)	0,08
	IUE+IF	7 (23)	
	No IUE ni IF	14 (8)	

DE: desviación estándar; IF: incontinencia fecal; IMC: índice de masa corporal; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; POP: prolapso de los órganos pélvicos.

<sup>a</sup>Presentamos los datos referentes al prolapso anterior y central en su conjunto, sin encontrar diferencias en los distintos contrastes ni en lo que se refiere a la presencia, o no, de prolapso en cada uno de los compartimentos, ni respecto al grado de ellos.

<sup>b</sup>Observamos diferencias estadísticamente significativas si consideramos el prolapso de grado II o superior del compartimento posterior, según la clasificación de Baden, y su presencia es mucho menor en el caso de las mujeres que asociaban IF. Las diferencias globales, respecto a la presencia o no de prolapso posterior en su conjunto también eran significativas (datos no mostrados).

<sup>c</sup>La clasificación POPQ hace referencia al grado de prolapso de la parte más baja. Al tomar en consideración todos los compartimentos en su conjunto, de nuevo no observamos diferencias.

Incontinencia urinaria e incontinencia fecal asociadas en una cohorte de mujeres con prolapso sintomático de los órganos pélvicos. Epidemiología y factores de riesgo

E. Muñoz Gáligo, N.M.<sup>a</sup> Climent Martínez, V. Martínez Morón, F. Muñoz Garrido. Grupo GISPEM

**Tabla 3. Factores de riesgo para la IF**

Variable	Grupos 1 y 3 (IUE aislada, no IUE ni IF)	Grupo 2 (IUE + IF)	p	RR para IF (IC del 95%)
POP posterior ≥II (Baden)	70/243 (28,8%)	2/31 (6,4%)	0,003	0,22 (0,05-0,86)
Desgarro anal	19/191 (9,9%)	7/23 (30,4%)	0,01	3,05 (1,44-6,48)

IC: intervalo de confianza; IF: incontinencia fecal; IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo; POP: prolapso de los órganos pélvicos; RR: riesgo relativo.

Nuestros primeros resultados muestran que los distintos grupos son muy similares entre sí en cuanto a sus características basales, sin diferencias respecto a la media de edad, la paridad, etc. Con este primer análisis parece razonable descartar que exista una «evolución» en las alteraciones del suelo pélvico, ya que, por ejemplo, las mujeres que asocian IUE e IF, además del POP, no son más mayores que las que presentan un POP aislado. Tampoco observamos que la IF sea más frecuente en las mujeres con IUE que en las que sólo presentan POP. Nuevamente, no apreciamos una posible «progresión» de estas alteraciones. En el trabajo de Jackson et al.<sup>12</sup> se observaba que la IF es más frecuente en las mujeres con IU, si el tono anal estaba disminuido o si la paciente sufría colon irritable. El estudio incluía mujeres con y sin prolapso, y también pacientes previamente intervenidas de POP. En otro estudio también se encuentra esta relación (un 40% de pacientes con IF que presentaban IU frente a un 27% si sólo presentaban POP y un 8% en el grupo control;  $p < 0,001$ )<sup>13</sup>, si bien incluía a pacientes con y sin POP. En nuestro trabajo, a la hora de analizar las características de la IF, la IF a heces (más severa) tampoco era más frecuente en las mujeres con IF e IUE respecto a las que sólo tenían IF, aunque quizás el pequeño tamaño de la muestra haya impedido encontrar diferencias significativas.

En el análisis de los factores de riesgo para la IUE o la incontinencia dual no encontramos diferencias significativas respecto a los principales factores analizados (tipo de prolapso, IMC, peso mayor del hijo, etc.) entre los 3 grupos. Otros autores sí encuentran factores de riesgo asociados a la incontinencia dual. En un estudio realizado mediante el envío de cuestionarios a 64.936 mujeres (pertenecientes a la cohorte del Nurses Health Study)<sup>14</sup>, con una prevalencia de incontinencia dual del 7%, se observa que entre los factores de riesgo relacionados con esta afección se encuentran la edad superior a 80 años (*Odds ratio* [OR]= 2,49), la depresión (OR= 2,28), la multiparidad (OR= 1,66) y el peso fetal elevado (OR= 1,24), además de otros factores, como las enfermedades neurológicas o la limitación funcional. Cabe destacar de este estudio su muy elevado número de participantes, lo cual, según los propios autores, ha sido un hecho decisivo a la hora de encontrar diferen-

cias. No se hace referencia a la presencia o no de prolapso genital en las mujeres evaluadas, por lo que, a diferencia de nuestro trabajo, no se evalúa la incontinencia específicamente en mujeres afectadas de POP.

Prosiguiendo con los factores de riesgo para las alteraciones del suelo pélvico, en un trabajo sobre 237 mujeres con POP<sup>15</sup> se observaron unas asociaciones débiles-moderadas entre el grado de prolapso y los síntomas de disfunción del suelo pélvico. Por ejemplo, los síntomas vesicales irritativos eran mayores si el grado de prolapso aumentaba y, a la inversa, en el caso de la IUE. También se observó que la disfunción defecatoria (sensación de obstrucción y vaciado incompleto) aumentaba si el prolapso del compartimento posterior también lo hacía. Aparte de estos hallazgos, no se observa una relación específica entre un síntoma y un tipo concreto de prolapso, ni se puede predecir qué síntomas aparecerán en una paciente individual. Similares resultados se obtuvieron en trabajos posteriores. En uno de ellos<sup>16</sup>, realizado en 532 mujeres, se volvieron a observar escasas relaciones entre los síntomas y el grado y el tipo de prolapso. Se comprueba que el prolapso anterior se relaciona con la dificultad de vaciado vesical y el posterior con la disfunción defecatoria. Si el grado de prolapso tiene poca relación con los síntomas, los autores señalan la dificultad de predecir el alivio de éstos tras la cirugía. El otro estudio<sup>17</sup> tampoco observa una relación entre la severidad del prolapso y la presencia de síntomas urinarios o intestinales. Los autores intentan relacionar, de nuevo, los síntomas específicos con el prolapso de un compartimento en concreto (compartimento anterior con síntomas urinarios y posterior con defecatorios), pero no encuentran relación. Comentan que estos trastornos pueden coexistir con el POP, pero no están relacionados causalmente con él. Los autores vuelven a remarcar el poco conocimiento de las complejas interrelaciones de las disfunciones del suelo pélvico y la necesidad de realizar estudios longitudinales que evalúen la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo y tras las intervenciones terapéuticas, como la cirugía. Sin embargo, otros autores sí observan una relación entre el prolapso de un compartimento y la disfunción asociada. En un trabajo realizado en una muestra de población general ( $n = 2.979$ )<sup>18</sup>,

mediante cuestionarios y exploraciones físicas, se encontró una relación directa entre el prolapso anterior y los síntomas vesicales irritativos, y los autores indican que la severidad del POP (puntos ap y bp) era menor en las pacientes con IF que en las que presentaban síntomas obstructivos intestinales.

Según observamos, existen datos contradictorios acerca de los factores de riesgo para los síntomas aislados o combinados de la disfunción del suelo pélvico. Específicamente hablando de la IF, en un trabajo realizado en pacientes con IU y POP<sup>19</sup>, la prevalencia de un síntoma intestinal (de cualquier tipo) se elevaba al 88%, y la frecuencia de IF era de un 58%. Al analizar los factores de riesgo asociados a la IF, los autores no encuentran ninguna relación entre ellos (edad, paridad, estatus menopáusico, cirugía previa de la IU, etc.). En otro trabajo<sup>20</sup> se observó una alta frecuencia (14%) de síntomas obstructivos defecatorios en mujeres con prolapso, sobre todo si presentaban un rectocele. En nuestro estudio hemos encontrado dos factores relacionados con la presencia, o no, de IF. El primero, relacionado inversamente, es el grado de prolapso del compartimento posterior, que aparece como factor protector de la IF si es de un grado  $\geq$ II, con un RR de 0,22. Este dato es congruente con otros trabajos de la bibliografía ya comentados<sup>18</sup> o que hacen referencia a los síntomas obstructivos defecatorios<sup>16,20</sup>. Si bien en nuestro trabajo no hemos evaluado específicamente la disfunción defecatoria, podríamos plantear que tal vez su asociación con el mayor grado de prolapso del compartimento posterior propicie que la IF sea menos frecuente en este grupo de pacientes.

El otro factor significativamente asociado en nuestro trabajo a la presencia de IF son los antecedentes de desgarro anal obstétrico. En los trabajos revisados<sup>13-20</sup> no se analiza este factor en las poblaciones estudiadas, aunque se sabe que es el factor más importante para la IF<sup>21-23</sup>; sin embargo, en nuestro trabajo observamos que aumenta el riesgo de IF en más de 3 veces respecto a las mujeres sin este antecedente.

## Conclusiones

De acuerdo con Rortveit et al.<sup>5</sup>, podríamos concluir que es difícil analizar las relaciones entre las tres entidades (POP, IU e IF). De hecho, los factores de riesgo son compartidos, como también queda demostrado en nuestro trabajo, lo que lleva a pensar, por un lado, que son entidades independientes (con alguna particularidad, como la relación específica del desgarro obstétrico con la IF). A pesar de su independencia, los factores de riesgo son compartidos, y también comparten un proceso fisiopatológico común. Por este motivo, quizás el hecho de haber realizado nuestra

investigación en un grupo de pacientes afectadas todas ellas de POP haya motivado que, salvo los factores específicos asociados a la IF, no halláramos diferencias en los factores de riesgo, al contrario que en los trabajos de Matthews et al.<sup>14</sup> y Slieker-ten Hove et al.<sup>18</sup>. El hecho de compartir la fisiopatología hace que, con frecuencia, estas entidades aparezcan asociadas en una paciente individual. Ello plantea diversos retos desde el punto de vista exclusivamente clínico: a) categorizar bien las alteraciones en una determinada paciente, puesto que diversos síntomas pueden pasarse por alto si la paciente no hace referencia a éstos y la evaluación no es lo suficientemente completa; b) ofrecer un tratamiento lo más adecuado posible para los síntomas combinados, y c) ofrecer un pronóstico a la paciente. Si bien el primer reto (sobre todo) y el segundo no plantean excesivas dificultades, para el tercero todavía no tenemos respuesta. Hemos constatado la dificultad de predecir un resultado individual<sup>16,17</sup>, sobre todo tras la cirugía, por lo que es imprescindible realizar más estudios de cohortes como el nuestro<sup>17</sup>.

No queremos finalizar sin hacer referencia a la importancia del desgarro obstétrico como factor de riesgo independiente para la IF. Todos los esfuerzos destinados a su diagnóstico en el posparto, la reparación quirúrgica, el seguimiento adecuado de las pacientes y el manejo obstétrico posterior no serán en vano a la hora de evitar una futura IF en nuestras pacientes. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998; 25(4): 723-746.
2. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic organ prolapse. *Lancet.* 2007; 369: 1.027-1.038.
3. Machin SE, Mukhopadhyay S. Pelvic organ prolapse: review of the aetiology, presentation, diagnosis and management. *Menopause Int.* 2011; 17: 132-136.
4. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al; for the Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA.* 2008; 300(11): 1.311-1.316.
5. Rortveit G, Subak LL, Thom DH, Creasman JM, Vittinghoff E, Van Den Eeden SK, et al. Urinary incontinence, fecal incontinence and pelvic organ prolapse in a population-based, racially diverse cohort: prevalence and risk factors. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2010; 16: 278-283.
6. Khanh Ha K, Christina Dancz C, Nelken R, Contreras M, Özel B. Colorectal and anal symptoms in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 187-191.
7. España-Pons M, Fillol M, Pascual MA, Rebollo P, Mora AM; on behalf of the Female Pelvic Floor Dysfunction Research Group (Grupo de Investigación en Disfunciones del Suelo Pélvico en la Mujer [GISPEM]). Pelvic floor symptoms and severity of pelvic organ prolapse in women seeking care for pelvic floor problems. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 177: 141-145.



Incontinencia urinaria e incontinencia fecal asociadas en una cohorte de mujeres con prolapso sintomático de los órganos pélvicos. Epidemiología y factores de riesgo

*E. Muñoz Gállego, N.M.<sup>a</sup> Climent Martínez, V. Martínez Morón, F. Muñoz Garrido. Grupo GISPEM*

8. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. *Am J Gastroenterol.* 1996; 14: 33-36.
9. Quander CR, Morris MC, Melson J, Bienias JL, Evans DA. Prevalence of and factors associated with fecal incontinence in a large community study of older individuals. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100(4): 905-909.
10. Espuña-Pons M, Fillol-Crespo M, Pascual-Amorós MA, Rebollo P, Prieto-Soto M. Spanish validation of the Epidemiology of Prolapse and Incontinence Questionnaire-EPIQ. *Actas Urol Esp.* 2009; 33(6): 646-653.
11. Espuña-Ponsa M, Rebollo P, Puig CM. Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence. *Med Clin (Barc).* 2004; 122(8): 288-292.
12. Jackson SL, Weber AM, Hull TL, Mitchinson AR, Walters MD. Fecal incontinence in women with UI and POP. *Obstet Gynecol.* 1997; 89: 423-427.
13. Portella PM, Feldner PC Jr, Da Conceição JC, et al. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012; 160: 228-231.
14. Matthews CA, Whitehead WE, Townsend MK, Grodstein F. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: 539-545.
15. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 185: 1.332-1.338.
16. Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 982-988.
17. Ghetti C, Gregory T, Edwards RC, Otto LN, MD, Clark AL. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 193: 53-57.
18. Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *Int Urogynecol J.* 2009; 20: 1.037-1.045.
19. Ha K, Dancz C, Nelken R, Contreras M, Özel B. Colorectal and anal symptoms in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2010; 21: 187-191.
20. Eva UF, Gun W, Preben K. Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82: 280-286.
21. Bols EM, Hendriks EJ, Berghmans BC, Baeten CG, Nijhuis JG, De Bie RA. A systematic review of etiological factors for postpartum fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010; 89: 302-314.
22. Wang A, Guess M, Connell K, Powers K, Lazarou G, Mikhail M. Fecal incontinence: a review of prevalence and obstetric risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006; 17(3): 253-260.
23. Abbott D, Atere-Roberts N, Williams A, Oteng-Ntim E, Chappell LC. Obstetric anal sphincter injury. *BMJ.* 2010; 9: 341.