Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (12): 839-843.

Prevalencia de incontinencia dual

Prevalence of dual incontinence.

Carlos Ramón Jiménez-Vieyra,[1] Lucio Solache-Blanco,[2] Juan Antonio García-Bello[3]

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y las características clínicas de pacientes con incontinencia dual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal y ambilectivo efectuado en el Hospital de Ginecoobstetricia 3 del Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social del 1 de enero de 2017 al 1 de enero de 2018. Criterio de inclusión: pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria. Criterio de exclusión: expediente clínico incompleto. Parámetros de estudio: edad, antecedentes obstétricos, comorbilidades y magnitud de la incontinencia (escala urogenital *Distress Inventory* (UDI-6). Se calcularon: medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias y proporciones con el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

RESULTADOS: Se estudiaron 775 pacientes de las que 21 (2.7%) tuvieron incontinencia dual. Edad promedio de 63.0 ± 10.9 años, la más frecuente fue la de entre 66 y 70 (6 de 21 pacientes). La cantidad de embarazos más frecuente fue 3 (7 de 21), y 18 de 21 habían tenido, al menos, un parto distócico. La comorbilidad más frecuente fue la diabetes (7 de 21). Según la escala *Urogenital Distress Inventory* (UDI-6) la forma más común fue la moderada (10 de 21), seguida de la severa (9 de 21).

CONCLUSIONES: La frecuencia de incontinencia dual fue de 2.7%. La multiparidad y el antecedente de parto distócico, la diabetes, y las formas moderada y severa fueron las más frecuentes.

PALABRAS CLAVE: Incontinencia urinaria; incontinencia fecal; urología; comorbilidades; embarazo; distocia; diabetes mellitus; multiparidad.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence and clinical characteristics of patients with dual incontinence.

MATERIALS AND METHODS: Observational, descriptive, cross-sectional and ambilective study conducted at the Hospital de Ginecoobstetricia 3 of the Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social from January 1, 2017 to January 1, 2018. Inclusion criteria: Patients diagnosed with urinary incontinence. Exclusion criteria: Incomplete clinical record. Study parameters: age, obstetric history, comorbidities and magnitude of incontinence (Distress Inventory Scale; UDI-6). Central tendency and dispersion measures, frequencies and proportions were calculated with the SPSS statistical package version 20.0.

RESULTS: 775 patients were studied of which 21 (2.7%) had dual incontinence. Average age was 63.0 ± 10.9 years, the most frequent was between 66 and 70 (6 of 21 patients). The most frequent number of pregnancies was 3 (7 of 21), and 18 of 21 had had at least one dystocia. The most frequent comorbidity was diabetes (7 of 21). According to the Distress Inventory Scale (UDI-6) the most common form was moderate (10 of 21), followed by severe (9 of 21).

CONCLUSIONS: The frequency of dual incontinence was 2.7%. Multiparity and history of dystocia, diabetes, and moderate and severe forms were the most common.

KEYWORDS: Urinary incontinence; Fecal incontinence; Urology; Comorbidities; Pregnancy; Dystocia; Diabetes mellitus; Multiparity.

[1] Jefe de la División Médica de Ginecología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.
[2] Director del Hospital General de la subzona 6, Acaponeta, Nayarit, Instituto Mexicano del Seguro Social.
[3] Jefe de la División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

Recibido: marzo 2020

Aceptado: agosto 2020

Correspondencia
Juan Antonio García Bello
jagbello67@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Jiménez-Vieyra CR, Solache-Blanco L, García-Bello JA. Prevalencia de incontinencia dual. Ginecol Obstet Mex. 2020; 88 (12): 839-843.
https://doi.org/10.24245/gom.v88i12.4098

ANTECEDENTES

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico o social, y que puede demostrarse objetivamente.[1] La incontinencia anal es el pasaje recurrente e incontrolable de materia fecal o gases por el ano, que ocurre durante más de un mes, en personas con edad de desarrollo mental de al menos 4 años.[2] La incontinencia dual es la coexistencia de incontinencia urinaria y anal en una misma paciente. La manifestación más extrema es la disfunción del piso pélvico, con prevalencia en reportes estadounidenses de pacientes hospitalizados de entre 2.5 y 14.5%.[3]

La incontinencia urinaria y anal afecta a la mujer 3 a 7 veces más que al hombre. La edad de mayor afectación es entre los 45 y 69 años, aunque también es común en mujeres jóvenes y nulíparas.[4] Algunos estudios reportan que la frecuencia de incontinencia urinaria en la población general es de entre 24 y 62% y de incontinencia anal de 3 a 60%.[5]

Cuando se evalúan los factores de riesgo asociados con la incontinencia dual, la magnitud de asociación difiere de la que se da con la incontinencia urinaria o anal aisladas; esto crea el cuestionamiento acerca de la patogénesis de la incontinencia dual y cómo ésta difiere de la incontinencia urinaria o de la incontinencia anal aisladas.[6]

Casi todos los informes epidemiológicos de incontinencia urinaria y anal comprenden, principalmente, poblaciones caucásicas. Van de 1.9 a 57% en asilos para adultos mayores.[7-10] Algunos de los factores asociados descritos son: ser mujer, no hispano o hispana, tener depresión, comorbilidades asociadas, haber tenido histerectomía, defectos cognitivos, edad mayor y menor calidad de cuidado.[7,9]

La búsqueda electrónica de publicaciones médicas a partir de 1966 y la revisión de las previas reveló solo cinco estudios en afroamericanos y uno en latinos.[11,12] En México Remes-Torche y colaboradores, en un estudio descriptivo de pacientes mayores de 60 años con incontinencia fecal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán encontraron que en 31 casos (58%) también se asociaba incontinencia urinaria.[13]

En otro estudio efectuado en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, donde se buscó conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria y anal, y los factores de riesgo asociados, se encuestó a 352 mujeres mayores de 15 años, con edad promedio de 41.4 años (límites 15 y 85 años) la prevalencia de incontinencia urinaria fue 27.8%, anal 3.4% y de incontinencia dual 3.9%. El grupo de edad más afectado por incontinencia urinaria fue el de 66 a 75 años (66.7%), seguido por el de 56 a 65 años (43.7%). El grupo de edad más afectado por incontinencia anal fue el de 56 a 65 años (7.3%), seguido por el de 36 a 45 años (5.8%).[14]

El objetivo de este estudio fue: determinar la prevalencia y las características clínicas de pacientes con incontinencia dual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal ambilectivo, de serie de casos, con previa autorización del comité local de investigación y de ética en investigación en salud, llevado a cabo en el Hospital de Ginecoobstetricia 3 del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, entre el 1 de enero de 2017 y el 1 de enero de 2018. Se incluyeron, inicialmente, pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria y solo se seleccionaron las que tenían incontinencia dual. Se excluyeron las pacientes con datos incompletos en el expedien-

https://doi.org/10.24245/gom.v88i12.4098

te. Parámetros de estudio: edad, antecedentes obstétricos, comorbilidades y magnitud de la incontinencia según la escala del *Urogenital Distress Inventory* (UDI-6). Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión, frecuencias y proporciones con el programa estadístico SPSS versión 20.0.

RESULTADOS

De la muestra original de 775 pacientes atendidas por primera vez se seleccionaron 21 con diagnóstico de incontinencia dual, lo que indica una prevalencia de 2.7%. La edad promedio fue de 63.0 ± 10.9 años y la edad más frecuente de presentación de 66 a 70 años (6 de 21). **Cuadro 1.**

Con respecto a los embarazos se observó que de las 21 pacientes con incontinencia dual, la cantidad mínima de embarazos fue de 2 en 4 de las 21 pacientes; 7 de 21 tuvieron 3 embarazos; y 10 de 21 tuvieron 4 o más embarazos; la mayor cantidad de embarazos fue 8, en 3 de 21 pacientes. **Cuadro 2**

Refirieron haber tenido, al menos, un parto distócico 18 de 21 pacientes y 20 de 21 tuvieron, al menos, una cirugía previa, las más frecuentes fueron la cesárea y la histerectomía total abdominal, en 4 de 21. **Cuadro 3**

Tuvieron alguna comorbilidad 18 de 21, la más frecuente fue la diabetes mellitus en 7 de 21 pacientes, seguida de hipertensión arterial sistémica en 6 de 21. Solo estaban libres de comorbilidad 3 de 21 pacientes. **Cuadro 4**

Según la escala *Urogenital Distress Inventory* 6 la forma más común fue la moderada (10 de 21), seguida de la severa (9 de 21).

Cuadro 1. Grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
41-45	1	4.8
46-50	3	14.3
51-55	1	4.8
56-60	3	14.3
61-65	3	14.3
66-70	6	28.5
71-75	1	4.8
76-80	2	9.4
81 y más	1	4.8
Total	21	100

Cuadro 2. Embarazos

Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
2	4	19.0
3	7	33.3
4	3	14.3
5	1	4.8
6	2	9.5
7	1	4.8
8	3	14.3
Total	21	100

Cuadro 3. Cirugías previas

Antecedente	Frecuencia	%
Sin cirugía	1	4.8
Cesárea	4	19.0
Histerectomía abdominal	4	19.0
Histerectomía vaginal	1	4.8
Uretrosuspensión retropúbica de Burch	3	14.3
Colpoplastia anterior	2	9.5
Otras	6	28.6
Total	21	100

DISCUSIÓN

La incontinencia dual es un padecimiento que implica gran morbilidad, pérdida de la autono-

Cuadro 4. Comorbilidades

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Sin comorbilidad	3	14.3
Diabetes mellitus	7	33.3
Hipertensión arterial	6	28.6
Hipotiroidismo	2	9.5
Alergias	1	4.8
Otras	2	9.5
Total	21	100

mía, inadecuadas interacción social y laboral, por lo que puede conducir, incluso, a depresión.

En este estudio se encontró que a partir de los 56 y 70 años la frecuencia de incontinencia dual fue mayor, como ya lo habían publicado Martínez y colaboradores.[14] Las multigestas tienen mayor riesgo de padecer incontinencia dual, misma asociación encontrada por Matthews.[3] Esta afectación pasa inadvertida en la consulta de primer nivel e, incluso, existe gran cantidad de mujeres que la asumen como un problema natural derivado de la edad avanzada o, bien, por prejuicios sociales tienden a ocultarla o creen que carece de tratamiento.[15]

Las enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las comorbilidades más frecuentes, como lo señalan MacLennan y su grupo.[16] Si bien son pocos los estudios que estiman la prevalencia de incontinencia urinaria durante el embarazo y posparto en poblaciones de primíparas entre 26 y 28 años, ésta se estima entre 6 y 34%;[17] y la fecal alcanza, incluso, 9% en poblaciones similares y las tasas de incontinencia a flatos de 35% en este grupo de mujeres.[18]

El uso de fórceps se ha asociado con mayor frecuencia de esta disfunción pélvica, como lo describen Bollard y su grupo.[19]

Las cirugías previas con mayor asociación con la incontinencia dual fueron la cesárea y la histerectomía abdominal, como lo cita Bump.[11]

CONCLUSIONES

La prevalencia de incontinencia dual en el Hospital de Ginecoobstetricia 3 es similar a la descrita en la bibliografía nacional e internacional. Es un trastorno que depende de los factores de riesgo asociados con la disfunción pélvica; los de mayor frecuencia son el incremento de edad, mayor cantidad de embarazos, cirugías previas con partos distócicos y las enfermedades crónico-degenerativas. A mayor cantidad de factores de riesgo asociados, mayor probabilidad de experimentar incontinencia dual. Es fundamental el interrogatorio intencionado para descartar su existencia en toda mujer con incontinencia urinaria y en quienes consultan por prolapso de órgano pélvico, que con frecuencia se oculta.

REFERENCIAS

1. Abrams P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardization of Terminology. Scand J Urol Nephrol. 1988; 114: 5-19. doi. 10.1016/s0090-4295(02)02243-4.
2. Whitehead WE, et al. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 2001; 44 (1): 131-42; 142-144. doi. 10.1007/bf02234835
3. Matthews CA, et al. Risk factors for urinary, fecal, or dual incontinence in the Nurses' Health Study. Obstet Gynecol. 2013; 122 (3): 539-45. doi. 10.1097/AOG.0b013e31829efbff
4. Burgio KL, et al. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol. 1991; 146 (5): 1255-9. doi. 10.1016/s0022-5347(17)38063-1
5. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. Am J Gastroenterol. 1996; 91 (1): 33-6.
6. Leung FW, Schnelle JF. Urinary and Fecal Incontinence in Nursing Home Residents. Gastroenterol Clin North Am. 2008; 37 (3): 697. doi. 10.1016/j,gtc2008.06.005
7. Wu JM, et al. Urinary, fecal, and dual incontinence in older U.S. adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63 (5): 947-53. doi.10.1111/jgs.13385.

https://doi.org/10.24245/gom.v88i12.4098

8. Camtosun A, et al. An evaluation of fecal incontinence in women with urinary incontinence. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016; 20: 1918-22.
9. Bliss DZ, et al. Time to and predictors of dual incontinence in older nursing home admissions. Neurourol Urodyn. 2018; 37 (1): 229-36. doi. 10.1002/nau.23279.
10. Chiang L, et al. Dually incontinent nursing home residents: clinical characteristics and treatment differences. J Am Geriatr Soc. 2000; 48 (6): 673-6. doi. 10.1111/j.1532-5415.2000.tb04727.x
11. Bump R. Racial comparisons and contrasts in urinary incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol. 1993; 81 (3): 421.
12. Mattox TF, Bhatia NN. The prevalence of urinary incontinence or prolapse among white and Hispanic women. Am J Obstet Gynecol. 1996; 174 (2): 646-8. doi. 10.1016/s0002-9378(96)70443-x
13. Remes-Troche JM, et al. Incontinencia fecal en adultos mayores. Rev Invest Clín 2004; 56 (1): 21-6.
14. Martínez ECJ, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y anal en mujeres de la zona metropolitana de Guadalajara. Ginecol Obstet Méx 2006; 74 (6): 300-5.
15. IMSS. Detección, diagnóstico y tratamiento Inicial de Incontinencia urinaria en la Mujer. Guía Práctica Clínica. 2009; 49.
16. MacLennan AH, et al. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2000; 107 (12): 1460-70. doi. 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11669.x
17. Wilson PD, et al. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 1996; 103 (2): 154-61. doi. 10.1111/j.1471-0528.1996.tb09668.x
18. Eason E, et al. Anal incontinence after childbirth. CMAJ. 2002; 166 (3): 326-30.
19. Bollard RC, et al. Anal sphincter injury, fecal and urinary incontinence: A 34-year follow-up after forceps delivery. Dis Colon Rectum. 2003; 46 (8): 1083-88. doi. 10.1007/s10350-004-7284-8

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. Acta Neurol Belg. 2018;34(7):663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8.
2. Yang M, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. doi: https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015.