

Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Características y factores de riesgo

Fecal incontinence in women at middle age. Characteristic and risk factors

MSc. Lic. Dayuli Díaz Acosta¹, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams¹, MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres¹, MSc. Dra. Alina J. Alerm González¹

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana, Cuba.

¹Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el impacto de la incontinencia fecal sobre la calidad de vida en las mujeres climatéricas es importante pues parece existir una estrecha asociación entre la menopausia y esta entidad.

Objetivo: describir características de la incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Identificar frecuencia de factores de riesgo, asociación con otras disfunciones y posibles causas de la incontinencia.

Método: investigación exploratorio-descriptiva, observacional, longitudinal que incluyó 22 mujeres de edad mediana. Se estudiaron factores de riesgo, tono muscular, características de la incontinencia fecal, gravedad (escala de Jorge-Wexner). Se estimaron frecuencias para variables cualitativas, medias e intervalos de confianza para cuantitativas comparados mediante Levene, test T, y Mann Whitney y Wilcoxon de dos colas para significación de 0,05. Se solicitó consentimiento y se garantizó confidencialidad para resultados.

Resultados: predominaron las mujeres mayores de 50 años (54 %). Todas tuvieron debilidad del suelo pélvico (nota "2" en 72,7 %) sin diferencias por edad ($p=0,123$) y cualidad "moderada" sin significación para edades ($p=0,883$). Prevalció frecuencia diaria, (77,3 %), pasiva (40,9 %), sólidas (54,5 %), y ensuciamiento solo en mayores. La diabetes y los partos instrumentados fueron factores de riesgo.

Conclusiones: la nota muscular fue baja en todas las pacientes. Prevalció la incontinencia fecal moderada, mujeres sin riesgos y entre de las de riesgo, la diabetes mellitus, hipertensión arterial en menor grado y obesidad, con mayor

representación las mayores de 50 años Las causas de incontinencia no pueden precisarse, aunque se asocian con mayor frecuencia a secuelas de intervenciones quirúrgicas.

Palabras clave: climaterio, incontinencia fecal, factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: the impact of the fecal incontinence about the quality of life in climacterics women is important because it seems a narrow association between the menopause and this entity.

Objective: to describe characteristic of the fecal incontinence in women of medium age. Identify frequency of risk factors, association with other dysfunctions and possible causes of the incontinence.

Method: exploratory-descriptive, observational, longitudinal investigation included 22 women of medium age, risk factors were studied, muscular tone, characteristic of the fecal incontinence, graveness (Jorge-Wexner scale). Were considered frequencies for qualitative variables, medium and IC for quantitative being compared by means of Levene, test T, and Mann Whitney and Wilcoxon the two lines for significance of 0,05. Consent was requested, guaranteeing confidentiality for results.

Results: women prevailed bigger than 50 years (54 %). All had weakness of the pelvic floor (note 2 in 72,7 %) without differences for age ($p=0,123$) and moderate quality without significance for ages ($p=0,883$). Daily frequency prevailed, (77,3 %), passive (40,9 %), solid (54,5 %), and alone "messin" in older. Diabetes and instrumental parturiciencies were risk factors.

Conclusions: the muscular note was low in all the patients. The moderate fecal incontinence prevailed, the women without risks and inside those of risk, the diabetes mellitus, arterial hypertension in smaller degree and obesity, being more represented in those older than 50 years. The incontinence causes cannot generally know more frequently associated to surgical interventions.

Key words: climacteric, fecal incontinence, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El climaterio se define como el período de tiempo que se extiende desde la madurez hasta la senectud. Es una etapa de transición de carácter involutivo, durante la cual desaparecen las menstruaciones, se pierde la capacidad reproductora y tienen lugar ciertos cambios psicológicos, que se atribuyen a la disminución progresiva de la actividad de la función ovárica. Se inicia aproximadamente a los 35 años y termina con la menopausia.¹

Las mujeres en la etapa media de la vida de 40 a 59 años de edad constituyen uno de los grupos potencialmente vulnerables a enfermedades y a bajos niveles de bienestar subjetivo. Desde el punto de vista teórico es posible plantear que por los cambios biológicos que experimenta la mujer durante el climaterio, necesite más

atención médica, bien para aliviar sus síntomas o para detectar o tratar temprano las afecciones crónicas cuya frecuencia aumenta en la posmenopausia, aunque para que esto ocurra es preciso tener fácil acceso a los recursos de salud y sentir la necesidad de atención médica.²

La incontinencia fecal (IF) es la pérdida del control voluntario del paso del contenido fecal o gaseoso a través del ano. Puede ser de origen orgánico o funcional. Existen tres tipos de incontinencia: por urgencia, pasiva y ensuciamiento fecal. Además, según las características del contenido se subdivide en incontinencia a gases, heces líquidas o heces sólidas.³

Aunque se trata de un padecimiento frecuente, su prevalencia es variable en dependencia de la definición utilizada y de la población estudiada. Solo un 1/3 de los pacientes son capaces de discutir su sintomatología con su médico tratante.⁴

La incidencia real en la población general es difícil de conocer con exactitud. Se han descrito prevalencias del 2,2 al 17 % en personas que viven en la comunidad y del 10 al 39 % en pacientes institucionalizados.³

En relación a los factores de riesgo que favorecen y mantienen la IF, se han descrito: historia de incontinencia, enfermedad neurológica, movilidad reducida, daño cognitivo y edad mayor de 70 años.⁵ En el caso de las mujeres resultan, además, relevantes los antecedentes de trauma obstétrico, traumas quirúrgicos y en un grupo importante no se logra identificar la causa, que probablemente se debe a la denervación de la musculatura del suelo pélvico por daño en los nervios pudendos y sacros a consecuencia de partos vaginales y anismo.^{6,7}

El impacto de la IF sobre la calidad de vida en las mujeres climatéricas es importante pues parece existir una estrecha asociación entre la menopausia y esta entidad, pero a pesar de la afectación de este síntoma sobre la vida privada y social, se reporta que menos de la mitad de las mujeres estudiadas en una investigación al respecto habían consultado a un médico como vía de buscar solución a su problema.^{8,9}

MÉTODO

Se realizó una investigación exploratorio-descriptiva, observacional y longitudinal, en el Servicio de Suelo Pélvico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), en el periodo de enero de 2015 a marzo de 2016. Se incluyeron todas las pacientes con IF atendidas en consulta, que cumplieron los requisitos, pues no se poseen antecedentes que permitan realizar el cálculo del tamaño muestral. Fueron atendidos en la consulta 123 pacientes, 61 con IF, de ellas 50 son mujeres y de estas 30 se encontraban en edad mediana, de las cuales solo 22 fueron evaluadas. La media en años fue 50,05 con una desviación estándar de 6,4. El 54 % se encontraban en la década de 50 a 59 años, mientras que el 45 % se presentó en mujeres entre 40 y 49 años.

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas en edades comprendidas entre los 40 y 59 años afectadas por IF.
- Estado psicológico mental adecuado para responder los cuestionarios.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de mediana edad con IF a causa de una enfermedad de origen neurogénico y/o neoplásico.

Método de evaluación.

Las variables utilizadas en la investigación fueron extraídas de la historia clínica y recopiladas en un modelo para recogida de información que incluyó: edad, factores de riesgo: diabetes mellitus,¹⁰ hipertensión arterial,¹¹ obesidad,¹² partos instrumentados.

Causas: desconocidas, fistula anal, hemorroides, postparto, quirúrgicas.

Tipos de IF: urgencia, pasiva, ensuciamiento fecal, doble incontinencia.^{3,13}

En el examen físico se realizó el test muscular clínico según la escala de Oxford modificada,¹⁴ y se aplicó el cuestionario escalade gravedad de Jorge y Wexner¹⁵ ampliamente utilizada por su sencillez. Una puntuación de 9 o superior permite estimar la pérdida de la calidad de vida:

- 0: asintomático.
- 20: completamente incontinente.

Recogida de información:

Los datos se obtuvieron de la historia clínica especializada y fueron llevados a un modelo de recogida de información, confeccionado para dar respuesta a los objetivos del estudio. Dichos datos se introdujeron en una base de datos en formato Excel para después ser analizados y procesados en el sistema estadístico SPSS versión 13.0.

Métodos de procesamiento y análisis de la información:

Las unidades de análisis fueron cada una de las mujeres participantes en el estudio. Se mostraron estadísticas descriptivas de las variables cuantitativas que permitieron calcular medias y desviación estándar. Se estimaron las frecuencias para las variables cualitativas.

Las pruebas estadísticas utilizadas para comparar grupos fueron el test de Levene para comparación de varianzas, test T para diferencia de medias, U de Mann-Whitney y el test de signos y rangos de Wilcoxon. Las pruebas se realizaron a un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

La evaluación de la fuerza de contracción de la musculatura del suelo pélvico como indicador del estado muscular se relaciona con la gravedad de la incontinencia pues en la medida que el músculo esté más potente puede mejorar la función

esfinteriana. Ninguna de las pacientes alcanzó el valor de fuerza muscular correspondiente al tono fisiológico o ideal, capaz de mantener una contracción que es 5 (Tabla 1). Más del 70 % tuvo una evaluación muscular de 2, y esta cifra describe un músculo débil, con leves indicios de contracción, sin desplazamiento muscular, pero sí aumento del tono muscular. Solo una mujer tuvo nota muscular 3 que responde a una moderada contracción sostenida más de 5 s sin resistencia.

Tabla 1. Frecuencia de valores de la nota muscular según grupo de edad

Nota muscular	De 40-49 años		De 50-59 años	
	Nº	%	Nº	%
1	1	10,0	4	33,34
2	8	80,0	8	66,66
3	1	10,0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
Total	10	100	12	100

Fuente: Modelo recogida de la información

Al estratificar la muestra en los dos grupos de edades, se observó que el mayor porcentaje de mujeres con la calificación inferior, es decir 1, se concentró en el grupo de 50-59 años, siendo el porcentaje mayor que en las mujeres menores (33,34 % vs 10,0 %). Ninguna de las mayores alcanzó una calificación de 3, como ocurrió en las más jóvenes, donde al menos una tuvo mejor fuerza muscular.

Al calcular las medias de las calificaciones obtenidas por las mujeres para la nota muscular en ambos grupos se encontró que en el grupo de edades comprendidas entre 50-59 años fue de 1,67 y en las más jóvenes de 2,00.

Se hicieron evidentes las diferencias en los intervalos de confianza, donde el valor superior en las mujeres de más edad (1,35-1,98) fue 1,2 veces inferior al de las más jóvenes (1,66-2,34).

Si bien las mujeres mayores de 50 años mostraron peores indicadores para la fuerza de contracción de la musculatura del suelo pélvico, y los valores de las medias (2,00 vs 1,67) reflejaron esta desventaja, las pruebas estadísticas utilizadas para comparar ambos grupos (test de Levene, test T, U de Mann-Whitney y Wilcoxon) mostraron que no existen diferencias significativas entre estas edades.

La tabla 2 describe la gravedad de la IF evaluada con el cuestionario de Jorge y Wexner. El 50 % de las pacientes tuvieron una incontinencia moderada y el 27 % correspondió a pacientes graves, en las cuales la situación se torna más difícil porque en ocasiones tienen que utilizar medios de protección para realizar sus actividades cotidianas.

Tabla 2. Distribución según gravedad de la IF (Escala Wexner-Jorge)

Gravedad	Frecuencia en las mujeres	
	Nº	%
Leve	5	27,0
Moderada	11	50,0
Grave	6	27,3
Total	22	100

Fuente: Cuestionario de gravedad de Jorge y Wexner

Teniendo en cuenta que en la escala Wexner-Jorge, una puntuación de 9 indica gravedad y pérdida de la calidad de vida. Se realizó una distribución por grupo de edades para dos rangos, de 0-10 identificado como menor gravedad y de 11-20 como peor.

En la tabla 3 se mostraron las frecuencias de valores para dos rangos de la escala de Wexner, pudo observarse que la mayoría de las mujeres quedaron en el rango de 11-20, que se corresponde con las formas moderada a grave, sin que se observen diferencias de frecuencia entre los grupos de edades.

Tabla 3. Frecuencia de valores de la gravedad de la incontinencia en rangos (escala Wexner) según grupo de edad

Rango de escala	De 40-49 años		De 50-59 años	
	Nº	%	Nº	%
0-10	4	40,00	4	33,34
11-20	6	60,00	8	66,66
Total	10	100	12	100

Fuente: Cuestionario de Gravedad de Jorge y Wexner

Al calcular las medias para las puntuaciones alcanzadas por las mujeres en la escala de gravedad (11,80 para el intervalo de 40-49 años y 12 para el de 50-59 años) y los intervalos de confianza (9,62-13,28 para el grupo de 40-49 y 9,95-14,05 para el de 50-59) se encontró un ligero aumento no significativo en el grupo de 50-59 años. Las pruebas estadísticas utilizadas para comparar ambos grupos (test de Levene, test T, U de Mann-Whitney y Wilcoxon) mostraron que no existen diferencias significativas entre estas edades.

En la tabla 4 se mostraron las principales causas referidas por las pacientes para su incontinencia. Predominaron las causas quirúrgicas (33 %), seguidas de las causas desconocidas. Las menos frecuentes fueron las relacionadas con el parto y el posparto, que según describe la literatura mundial es uno de los factores de riesgo que más inciden en la IF, aunque así no se demuestre en el presente estudio, lo que pudiera estar dado por el tamaño de la muestra.

Tabla 4. Distribución de las causas de la IF

Causas	Frecuencia	
	Nº	%
Desconocidas	6	28,5
Fístula	1	4,8
Hemorroides	5	23,8
Postparto	2	9,5
Quirúrgicas	7	33,3

Fuente: Modelo recogida de la información.

La tabla 5 muestra la frecuencia de los factores de riesgo estudiados en esta investigación según los grupos de edades. La diabetes mellitus se presentó en el 18 % de las pacientes, la hipertensión arterial en el 13,6 %, los partos instrumentados en el 9 %, y la obesidad en el 4,5 %, siendo algo superior en las pacientes de 50-59 años, sin significación estadística.

Tabla 5. Frecuencia de factores de riesgo según grupo de edades

Factor	De 40-49 años		De 50-59 años	
	Nº	%	Nº	%
Diabetes mellitus	1	10,0	3	25,0
Hipertensión arterial	1	10,0	2	16,66
Obesidad	0	0,0	1	8,33
Partos instrumentales	1	10,0	1	8,33
Sin factores de riesgo	7	70,0	5	41,66
Total	10	100	12	100

Fuente: Modelo recogida de la información

Sin factores de riesgo conocidos se encontró el 54,5 % de las mujeres estudiadas, donde se aprecia que las más jóvenes tienen menos factores de riesgo conocidos.

DISCUSIÓN

En relación a la edad de aparición, el presente estudio coincide con un reporte que afirma que la principal causa de IF femenina es el daño esfinteriano de origen obstétrico, el cual suele manifestarse entre la quinta y séptima década de la vida.¹⁶

Según Anido (2010), la incidencia se incrementa en la medida en que transcurre el envejecimiento, además de estar asociada a otros trastornos del suelo pélvico, es más frecuente en mujeres porque el aparato reproductor femenino posee una disposición anatómica y funcional que es afectada por el parto por vía vaginal y el estreñimiento severo de larga evolución, más habitual en este sexo.¹⁷

Este conocimiento cobra mayor importancia porque actualmente en Cuba las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 59 años representan alrededor del 12,2 % de la población general y el 24,4 % de la población femenina, con tendencia a continuar en aumento dada la actual transición demográfica. ¹⁸

La severidad de la incontinencia influye en las decisiones de tratamiento y el deterioro que esta condición provoca en la calidad de vida, por las afectaciones en las relaciones personales, de pareja, familiares y socio laborales, con toma de decisiones que pueden llegar hasta el abandono de su rol social para confinarse al hogar donde le esperan un grupo de responsabilidades propias de su rol de género a las que tiene que enfrentarse en la vida cotidiana y desatender su salud, lo que lesiona y rebaja aún más su autoestima y su enfrentamiento a su problema de salud. ¹⁹

En relación a los procedimientos quirúrgicos, un estudio de Nyam demuestra que la esfinterotomía lateral interna produce IF en el 45 % de los sujetos (el 53,4 % de las mujeres y el 33,3 % de los varones)²⁰ que puede ser, en ocasiones, una incontinencia leve y transitoria de manera que a los 5 años de la cirugía únicamente el 6 % presenta incontinencia a gases, el 8 % ensuciamiento y el 1 % incontinencia a heces sólidas.

De esa misma manera, los pacientes sometidos a resección del colon o del recto, principalmente cuando se realiza pancolectomía con anastomosis ileoanal con reservorio (colitis ulcerosa, poliposis familiar, etc.), con frecuencia presentan incontinencia a heces, sobre todo nocturna, por ausencia de capacidad de almacenamiento, presencia de heces líquidas y, en ocasiones, lesión del esfínter interno inherente al tipo de cirugía. ¹³

En la literatura se reporta que un factor de riesgo para el desarrollo de la IF es la diabetes mellitus, con una frecuencia entre 5 y 15 %. ³ Un reciente estudio ²¹ donde se evaluaron los síntomas gastrointestinales en 15 000 adultos, encontró que 13 % de los pacientes con diabetes mellitus (54/423) tuvieron IF. En otro estudio, la frecuencia de IF en pacientes con diabetes mellitus fue de 32 %. La disminución en la sensación rectal, así como la hipotonía esfínteriana y el componente polineuropático son los principales mecanismos de incontinencia en el diabético. ³

Otros autores ^{21,22} han propuesto que el mecanismo primario en estos pacientes es una neuropatía de los nervios pudendos.

Los partos instrumentados constituyen un factor de riesgo importante, aunque en esta muestra solo hay dos mujeres que refirieron este antecedente. Como dato a señalar se encuentra que ambas pacientes tuvieron partos instrumentados, relacionaron su IF con este evento y ambas tienen incontinencia urinaria asociada. ¹⁷

La IF puede presentarse muchos años después del parto, causada por el daño del esfínter, partos instrumentados, trabajos de parto prolongados, tamaño aumentado del feto y presentación occitoposterior del mismo. ¹⁷

Los daños en el tejido conectivo y las fibras nerviosas, así como la compresión de estas estructuras, representan directa o indirectamente traumas que son responsables de los defectos del soporte y función de órganos pélvicos y de los órganos adyacentes. Las laceraciones grado 3 representan riesgo de IF. ²³

La episiotomía y el parto instrumentado tienen un impacto independiente y significativo en la incontinencia anal y urinaria después del parto.²⁴

La obesidad también constituye un factor de riesgo aunque en este estudio solo se reporta una mujer (4,5 %). La obesidad mórbida se asocia con un significativo aumento de síntomas de IF y con la severidad de la misma, dificultad expulsiva, sin que la función sexual se vea afectada.²⁵

La prevalencia de la hipertensión se correlaciona directamente con la edad en el sexo femenino y con la presencia de obesidad. El problema suele ser silencioso.²⁶

El embarazo por sí mismo representa un riesgo para el suelo pélvico. Existe la hipótesis que las hormonas secretadas durante el embarazo están ligadas a cambios en los tejidos conjuntivos, que disminuyen la fuerza tensora y favorecen la incontinencia. Hay suficiente evidencia de que el trauma obstétrico, durante el parto vaginal, puede producir incontinencia urinaria e IF.^{7, 27}

Estudios publicados en la literatura consultada²⁸ exponen que uno de los factores más frecuentes de incontinencia son las lesiones neurológicas y estructurales esfinterianas provocadas durante el parto. La existencia de lesión muscular esfinteriana visible (desgarro grado III) se asocia a primiparidad, peso del feto mayor de 4 kg, posición occipito posterior y utilización de fórceps. La rotura del esfínter anal externo tras desgarros grado III causa IF o urgencia fecal en el 47 % de los pacientes⁸ y se mantiene a los 5 años del parto.

La relación temporal entre existencia de lesiones esfinterianas mínimas y la presencia de IF no está claramente establecida; en la mayoría de las mujeres con antecedentes de partos que presentan IF y lesiones esfinterianas detectadas por ecografía, la incontinencia aparece en edades tardías (2 o 3 décadas tras el parto)²⁹ por lo que deben existir factores asociados que precipitan la clínica (edad, cirugía anal, menopausia, cambios de hábito).

También la literatura reporta que las mujeres que han tenido parto vaginal tienen mayor prevalencia de síntomas del piso pélvico que aquellas que solo han tenido sus hijos por cesárea. Esta asociación es más importante para incontinencia de esfuerzo con mucha menor evidencia para otros trastornos del piso pélvico.²⁹ La operación cesárea tiene un efecto protector, aunque no demostrado por completo. Estos hallazgos han estimulado el estudio del impacto de la rehabilitación del piso pélvico con buenos resultados.³⁰

CONCLUSIONES

La nota muscular fue baja en todas las pacientes, con medias de 2,00 y 1,67 para ambos grupos respectivamente y ninguna de las mayores de 50 años alcanzó cifras medias de fuerza muscular, sin que las diferencias resultaran estadísticamente significativas.

La gravedad de la incontinencia que prevaleció fue la moderada, sin significación estadística que permitiera atribuir al envejecimiento los comportamientos de la incontinencia.

Predominaron las mujeres sin riesgos y entre los factores de riesgo: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial en menor grado y la obesidad, más representadas en las mayores de 50 años.

Las causas de incontinencia por lo general no se pueden precisar, las más frecuentes fueron: las intervenciones quirúrgicas y las desconocidas.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Couto Núñez D, Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social, Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, 2003 (101).
2. Díaz Llanes G. La mujer de edad mediana y su satisfacción con la vida en poblaciones cubanas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007.
3. Mínguez Pérez M. Calidad de vida en los trastornos funcionales digestivos. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27(Supl 3):39-48.
4. Wainstein CG, Quera R. Incontinencia fecal desafío permanente. *Rev Med Clin Condes.* 2013; 24(2) 249-261.
5. Whitehead WE, Wald A, Diamant E, Enck E, Pemberton J, Rao S. Functional disorders of the anus and rectum. En: Drosman D, Corazziari E, Talley N, Thompson W, Withehead W, editors. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. McLean Degnon Associates, 2000. p. 483-532.
6. Freeman R. Can we prevent childbirth-related pelvic floor dysfunction? *BJOG.* 2013; 120:137-40.
7. Lacima G, Espuña M. Progresos en gastroenterología. Patología del suelo pélvico. *Gastroenterol Hepatol.* 2008; 31(9):587-95.
8. Bener A, Saleh N, Burgut FT. Prevalence and determinants of fecal incontinence in premenopausal women in an Arabian community. *Climacteric.* 2008 Oct;11(5):429-35.
9. Rodríguez Adams EM, Alerm González A, Casal Hechevarria M C. Calidad de vida en incontinencia urinaria. En: tratamiento rehabilitador integral de la disfunción del suelo pélvico. Cap. 4. Editorial Académica Española, 2012. p. 20.

10. Rodríguez A, Polavieja P, Reviriego J, Serrano M. Prevalence of the metabolic syndrome and consistency in its diagnosis in type 2 diabetic patients in Spain. *Endocrinol Nutr.* 2010; 57(2):60-70.
11. Sixth report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med.* 1997; 157(21):2417.
12. Rodríguez Adams E. M. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir.* 2012; 4 (1): 244-259.
13. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmulling C, Neugebauer E, et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg.* 1995;2:216-22.
14. Hagen S, Stara D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 7:12. CDOO3882.
15. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993;36:77-97.
16. Hannaway CD, Hull TL. Fecal incontinence. Department of Colorectal Surgery, Digestive Disease Institute, Cleveland Clinic, Cleveland. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008 Jun; 35(2):249-69.
17. Anido Escobar V, Díaz Drake Z, Martínez López R, García Menocal J, García Jordá E. Estudio de la motilidad anorrectal en mujeres, con incontinencia fecal. *Rev Habanera Ciencias Méd.* 2010Dic; 9(5).
18. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, 2016.
19. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2014; 40(1).
20. Nyam M, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:1306-10.
21. Remes-Troche JM. Incontinencia fecal en adultos mayores. *Rev Invest Clín.* 2004;56(1):21-6.
22. Wang JY, Patterson TR, Hart SL, Varma MG. Fecal incontinence: does age matter? Characteristics of older vs. younger women presenting for treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2008 Apr;51(4):426-31.
23. Organización Panamericana de la Salud. Unidad género, etnia y salud. Indicadores Básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington, DC: OPS, 2004. (Serie Paltex).
24. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011 Oct; 118(4):777-84.

25. Byung-Cheol L, Jongsoon L. Cellular and molecular players in adipose tissue inflammation in the development of obesity-induced insulin resistance. *Biochim Biophys Acta*. 2014; 1842: 446-62.
26. Piñera Crehuet S, González Pérez U, Bayarre Veá H. Construcción de un cuestionario de autovaloración de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Trabajo de terminación de Maestría en Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1995.
27. Cheetham MJ, Malouf AJ, Kamm M. Fecal incontinence. *Gastroenterol Clin N Am*. 2001; 30:115-30.
28. Boreham MK, Richter HE, Kenton KS, Nager CW, Gregory WT, Aronson MP, et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:1637-42.
29. Norton C, Cody J D, Hosker G. Biorretroalimentación y/o ejercicios efinterianos para el tratamiento de la incontinencia fecal en adultos. *Cochrane Review*, 2007.
30. Martínez JC. Caracterización de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014; 40(1) La Habanaene-mar.

Recibido: 30 octubre 2016

Aceptado: 2 enero 2017

MSc. Lic. Dayuli Díaz Acosta. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana, Cuba. Email: dayulida@infomed.sld.cu