



## Original

# Circuito de alta resolución en el diagnóstico de la incontinencia fecal. Satisfacción de los pacientes



Arantxa Muñoz-Duyos<sup>a,\*</sup>, Laura Lagares-Tena<sup>a</sup>, Harold Vargas-Pierolas<sup>a</sup>, Anna Rodón<sup>b</sup> y Albert Navarro-Luna<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitari MútuaTerrassa. Universitat de Barcelona, Terrassa, España

<sup>b</sup> Diplomada en Enfermería, Hospital Universitari MútuaTerrassa

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 29 de noviembre de 2016

Aceptado el 29 de abril de 2017

On-line el 8 de junio de 2017

## Palabras clave:

Incontinencia fecal  
Incontinencia anal  
Diagnóstico  
Circuito de alta resolución  
Consultas externas  
Satisfacción del paciente

## RESUMEN

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF), pese a su elevada prevalencia, sigue estando infravalorada e infradiagnosticada. La potencial afectación psicológica, el tabú asociado y el amplio abanico de síntomas hacen del diagnóstico y tratamiento un reto para el cirujano colorrectal. El objetivo de este estudio es describir un nuevo circuito de atención especializado, el circuito de alta resolución (CAR) para tratar la IF, y evaluar la satisfacción de los pacientes.

**Métodos:** Se realiza una descripción de la organización del CAR. Se analizan los datos demográficos y clínicos de los pacientes incluidos en el CAR entre febrero de 2014 y junio de 2016. Se reportan, además, los resultados de una encuesta de satisfacción sobre el CAR realizada a los pacientes incluidos.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se realizaron 321 primeras visitas: 65% (210) por IF (81% mujeres; mediana de edad 66 años). El tiempo mediano de evolución de la IF fue de 24 (rango 4-540) meses. El 79% de los pacientes (165) realizaron el CAR. El 62% respondieron a la encuesta. De estos, solo un 32% (33) habían consultado por este problema en otros centros. La mayoría, 88% (90) consideró preferible el hecho de que hicieran las pruebas diagnósticas el mismo día de la visita. El 94% (96) quedó satisfecho con la información recibida sobre la IF, valorando la consulta con una mediana de 10 (5-10) sobre 10.

**Conclusión:** Con el CAR, el paciente pasa alrededor de 2 h en las consultas externas del hospital, completando el proceso diagnóstico en el mismo día. Los resultados de satisfacción confirman que los pacientes en su mayoría prefieren este sistema.

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [amduyos@gmail.com](mailto:amduyos@gmail.com) (A. Muñoz-Duyos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.04.012>

0009-739X/© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## High-resolution circuit for the diagnosis of faecal incontinence. Patient satisfaction

### ABSTRACT

#### Keywords:

Faecal incontinence  
Anal incontinence  
Diagnosis  
High resolution circuit

**Introduction:** Despite its high prevalence, faecal incontinence (FI) is still underrated and underdiagnosed. Moreover, diagnosis and subsequent treatment can be a challenge for the colorectal surgeon because of its associated social taboo and embarrassment, and the wide range of symptoms. The aim of the present study is to describe a new high-resolution circuit (HRC) for FI diagnosis, that was implemented at our center and to evaluate patient satisfaction.

**Methods:** The structure and organization of the HRC are described. Demographic and clinical data of the patients included in the HRC between February 2014 and June 2016 were collected. Moreover, patients' satisfaction was measured through a structured survey.

**Results:** A total of 321 patients were evaluated in our pelvic floor outpatients clinic during the study period: 65% (210) of them had FI (81% women, median age 66 years). The mean time since FI onset was 24 (range 4-540) months. A total of 79% (165) of the patients were included in the HRC. 62% of them responded to the survey. Of these, only 32% (33) had consulted for FI before coming to our centre. The majority, 88% (90) considered that performing the 2 diagnostic tests the same day of the visit was a very good option. And 94% (96) were satisfied with the information received on their FI, with a median satisfaction value of 10 (5-10).

**Conclusion:** With the HRC, the patient spends about 2 h in the outpatient clinic of the hospital, but leaves with the complete diagnostic process performed. The satisfaction survey confirms that most patients prefer this system.

© 2017 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Hasta hace unas décadas, no existía ningún tratamiento eficaz para la incontinencia fecal (IF), excepto la plastia en los casos de lesión esfinteriana.

En los últimos 20 años ha surgido un interés cada vez mayor por tratar a estos pacientes, hecho que ha llevado a entender mucho mejor lo que está sucediendo cuando un paciente no es capaz de contener adecuadamente las heces y a desarrollar nuevas pruebas de imagen, herramientas de estudio y nuevos procedimientos terapéuticos.

A pesar de ello, el problema sigue estando infravalorado e infradiagnosticado: algunos médicos desconocen las opciones terapéuticas, los propios pacientes desconocen dónde deben pedir ayuda y gran parte de las instituciones sanitarias no dan soporte ni visualización a este problema, pese a su elevada prevalencia.

La incidencia reportada es variable en función de múltiples factores y de la definición de IF<sup>1</sup>, pero un estudio local concluyó que puede llegar a ser del 10,8% entre la población adulta<sup>2</sup>, una incidencia similar a la de la diabetes mellitus.

La afectación de la calidad de vida en los pacientes con IF es comparable a la de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y superior a la de otros enfermos crónicos, como los pacientes con artritis reumatoide. Aumenta proporcionalmente a la gravedad de los síntomas, sobre todo en el aspecto social y emocional<sup>3</sup>. Además, está demostrado que alteraciones crónicas en la calidad de vida pueden implicar déficits irreversibles, esencialmente en las dimensiones sociales.

El retraso diagnóstico-terapéutico en los pacientes con IF es multifactorial, pero sin duda uno de los motivos radica en los circuitos de atención sanitaria. Algunos estudios apuntan que el tiempo medio de los pacientes hasta recibir atención desde que se inicia su problema es de 55 meses (9-360)<sup>4</sup>. En el sistema de atención especializada en Cataluña el circuito habitual consiste en acudir a una primera visita al hospital, a través de una derivación desde la asistencia primaria, tras varios meses de espera según los centros. En esa primera visita, en que se dispone de unos 10 min para valorar a los pacientes, se suelen solicitar una serie de exploraciones complementarias que tardarán un tiempo variable, pero del orden de unos cuantos meses más en la mayoría de los centros.

El objetivo primario de este trabajo es describir un nuevo circuito de atención especial, el circuito de alta resolución (CAR), en los trastornos defecatorios y describir la serie de pacientes incluidos. El objetivo secundario fue evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en este circuito.

## Métodos

El CAR implica una primera visita para todos los pacientes con disfunciones defecatorias de entre 30 y 45 min, en la que el cirujano realiza de forma extensa una anamnesis y exploración física protocolizadas. En los pacientes con IF, el CAR se completa con la realización durante la misma mañana de una ecografía endoanal y una manometría anorrectal.

Durante esa semana, el paciente recibe una visita de enfermería especializada, con una duración de unos 45 min,

en la que se abordan temas dietéticos y de hábitos, se aclaran dudas y se explican posibles agravantes de la condición. Esta visita no se programa el mismo día porque consideramos importante que el paciente disponga de unos días, tras la consulta con el cirujano, para poder pensar qué dudas le han quedado.

Con el objetivo de optimizar al máximo la asistencia, se dispone de una auxiliar de enfermería que llama a los pacientes el viernes anterior a la semana de la primera visita para recordarles que deben prepararse mediante una lavativa y confirmar que acudirán a la consulta, con el objetivo de perder el mínimo número de visitas posible (fig. 1).

La anamnesis se sistematiza y se recogen los antecedentes patológicos, quirúrgicos, obstétricos y la medicación actual. Para la caracterización de la incontinencia se pregunta por los hábitos defecatorios, la urgencia, la presencia de *soiling* o de incontinencia pasiva y se rellena la escala de St. Marks<sup>5</sup> y una valoración subjetiva del paciente sobre su estado (escala visual analógica de 0 a 10, siendo 10 la mejor puntuación). La exploración incluye la inspección de defectos en la zona perianal, evaluación del reflejo anal superficial y el de Valsalva

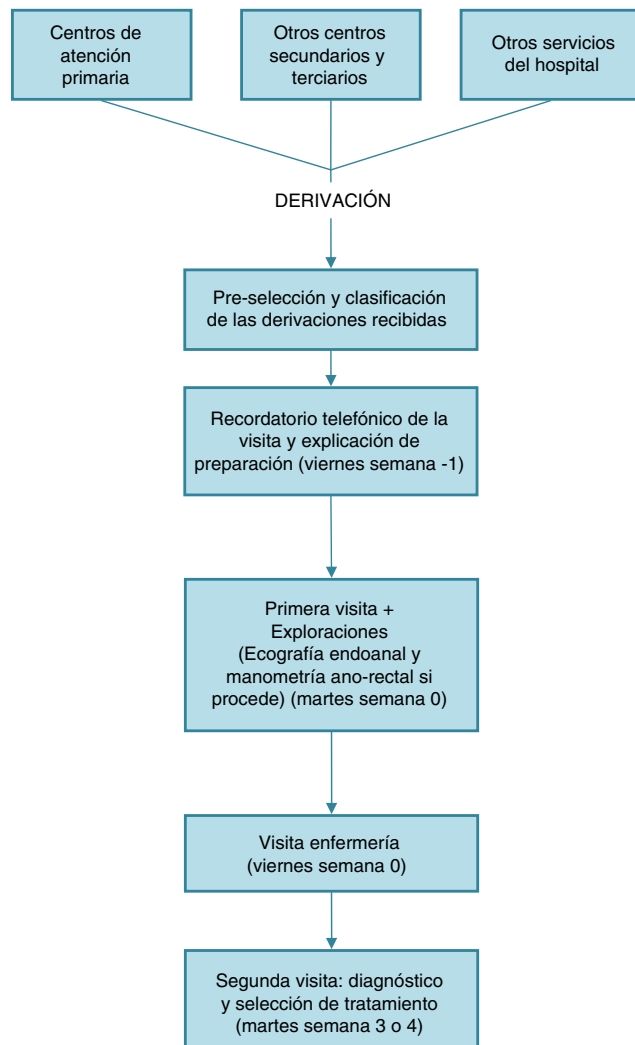
y un tacto rectal. Los resultados de las evaluaciones se recogen de forma cualitativa discreta.

Es importante que el paciente entienda que debe colaborar en su proceso diagnóstico rellenando un diario defecatorio de 3 semanas ideado en nuestro centro y que consta de 2 grandes partes: una parte cuantitativa donde debe anotar cada episodio defecatorio en una única opción y una parte cualitativa en la que se recogen variables complementarias (fig. 2). Por otra parte, la evaluación se completa mediante el test de calidad de vida específico para la IF (FIQOL)<sup>3</sup>. Finalmente se les explica qué otras exploraciones complementarias se les van a practicar.

La primera visita no puede concluir sin explicarle al paciente que vamos a ayudarlo, decirle que existen suficientes herramientas terapéuticas para tratarlo y aplicarle algunas medidas iniciales.

La consulta de satisfacción sobre el CAR se realizó mediante una encuesta estructurada (fig. 3). Esta evaluación se aplicó de manera retrospectiva a los pacientes atendidos entre febrero de 2014 y diciembre de 2015 mediante una entrevista telefónica. A los pacientes atendidos entre enero y junio de 2016 se les pasó una encuesta escrita que debían rellenar en la sala de espera una vez terminado el CAR.

El estudio de satisfacción de este circuito lo aprobó el Comité de Ética de nuestro hospital y los pacientes firmaron un consentimiento informado para entrar en el estudio y para que utilizáramos sus datos.



**Figura 1 – Circuito de la primera visita en la Unidad de Suelo Pélvico.**

## Resultados

Entre febrero de 2014 y junio de 2016 se realizaron 321 primeras vistas en la Unidad de Suelo Pélvico. Los diagnósticos fueron: incontinencia 65% (210), estreñimiento 16% (52), prolapso 3% (8), dolor perineal crónico 3% (10) y otros 13% (41).

Los pacientes diagnosticados de incontinencia (81% mujeres; mediana de edad: 66 años [rango 16-88]) procedían tanto del área de influencia (65%; n = 136), como de otros centros de Cataluña (32%; n = 67) y de otras comunidades autónomas (3%; n = 7). El índice de ausencias en esta consulta (visitas concertadas a las que los pacientes no acudieron) fue del 5%.

En el momento de la valoración, los pacientes con incontinencia (n = 210) presentaban una puntuación media en la escala de St. Marks de 12 (rango 0-24) y una valoración subjetiva media de la calidad de vida de 3 (rango 0-9) sobre 10. El tiempo de evolución medio de la incontinencia en el momento de la consulta fue de 24 meses (rango 4-540) (tabla 1).

El 79% de estos pacientes (165) se incluyeron en el CAR. Los motivos para no realizarlo fueron: por consideración médica (56%; n = 25), por tener ya el estudio completo (27%; n = 12), porque el paciente no aceptó realizarse las pruebas (2%; n = 1) o por error en el circuito (15%; n = 7).

De los pacientes evaluados entre febrero de 2014 y diciembre de 2015 (241 primeras visitas, el 67% de ellas por incontinencia), se contactó telefónicamente a 105 pacientes, de los cuales contestaron 69 (66%). Las razones para no contactar al resto de los pacientes fueron: tener un nivel cognitivo bajo (n = 4) o ser mayores de 75 años (n = 13) (tabla 2). A partir de febrero de 2016 se entregó la encuesta a 33

Responda a estas preguntas poniendo un palito cada vez que le ocurra alguna de las siguientes situaciones	DÍA						
	1	2	3	4	5	6	7
1. He ido corriendo al cuarto de baño pero HE LLEGADO A TIEMPO y no se me ha escapado nada.							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO.							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a hacer de vientre normal SIN TENER QUE CORRER							
NUMERO TOTAL DE VECES QUE HE HECHO DE VIENTRE (sume los palitos de las preguntas 1,2,3 y 4)							

Es importante que al final del día, responda a cada pregunta. (Rodee con un círculo la respuesta)	DÍA							
	1	2	3	4	5	6	7	
¿Lleva hoy una compresa?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha manchado hoy un poco la compresa o la ropa interior?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Cómo ha sido la caca hoy?	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda
¿Ha tomado hoy algún laxante? Apunte qué laxante	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha tomado hoy algo para estreñir? Apunte qué ha tomado	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Ha realizado hoy maniobras especiales para mejorar su continencia (lavativas, supositorios...)?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
¿Sus escapes le han perjudicado en su actividad social, sexual o laboral en el día de hoy?	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

**Figura 2 – Diario defecatorio diseñado en nuestro centro para pacientes con incontinencia fecal, en el que se recogen todos los tipos de incontinencia y hábito defecatorio, entre otras variables.**

pacientes (77%) con incontinencia que fueron incluidos en el CAR en este periodo.

En total, el 62% de los pacientes (102) con IF que realizaron el CAR respondieron a la encuesta. De estos, solo un 32% (33) habían consultado por este problema en otros centros. La

mayoría, el 88% (90), consideró preferible el hecho de que hicieran las pruebas diagnósticas el mismo día de la visita. El 94% (96) quedó satisfecho con la información recibida sobre la IF, valorando la consulta con una mediana de 10 (rango 5-10) sobre 10 (tabla 3).

Edad: _____	Sexo: Femenino Masculino
1. ¿Ha consultado en algún otro centro por este problema?	
Si No	
2. ¿Hubiera preferido que le hicieran las pruebas en diferentes días?	
Si No	
3. ¿Ha quedado satisfecho con la información recibida sobre su problema?	
Si No	
4. ¿Cómo valoraría del 0 al 10 (siendo 10 la máxima valoración) la atención recibida?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. ¿Desea hacer algún comentario adicional?	

**Figura 3 – Encuesta de satisfacción con el CAR.**

## Discusión

El paciente con disfunciones defecatorias suele presentar una gran variabilidad de síntomas. La potencial afectación psicológica, el complejo y el tabú asociados a esta dolencia, así como la escasa atención que muchos de los pacientes han recibido hasta llegar a nuestras consultas, implican que el diagnóstico y posterior tratamiento puedan resultar un reto para el cirujano colorrectal. Todo ello implica que el tiempo de atención en la primera visita no puede ser escaso.

El espacio diagnóstico en la IF debe desarrollarse desde la base de la empatía, con tiempo suficiente para realizar una anamnesis extensa y una exploración física metódica. Así mismo, se debe ser muy riguroso en la recogida de la información para poder sacar conclusiones eficientes.

**Tabla 1 – Características basales de los pacientes con incontinencia fecal (n = 210)**

	n (%)	Mediana (rango)
Mujeres	177 (81)	
Mediana edad (años)		66 (16-88)
Tiempo de evolución de IF (meses)		24 (4-540)
St. Marks basal		12 (0-24)
Valoración subjetiva basal		3 (0-9)
Procedencia:		
Área de influencia	136 (65)	
Otras áreas de Cataluña	67 (32)	
Otras comunidades autónomas	7 (3)	

**Tabla 2 – Realización del circuito de alta resolución y de la encuesta de satisfacción (n = 210)**

Realización del CAR	n	%
Pacientes que realizan el CAR	165	79
Motivos por los que no se realiza CAR:		
Consideración médica	25	56
Estudio hecho previamente	12	27
Error en el circuito	7	15
El paciente no acepta	1	2
Encuesta telefónica (febrero de 2014- diciembre de 2015)		
Pacientes llamados	105	86
No contestan	36	34
Contestan	69	66
Pacientes no llamados	17	14
Por ser mayor de 75 años	13	
Por nivel cognitivo bajo	4	
Encuesta presencial (enero- junio 2016)		
Contestan a la encuesta	33	77
No contestan a la encuesta	10	23
Total pacientes que responden	102	62

El diseño de este tipo de atención en un circuito organizado de alta resolución implica aumentar el tiempo de visita considerablemente, hasta 1 h 15 min incluyendo visita, exploración, ecografía y manometría anorrectal. Con el CAR, el paciente pasa alrededor de 2 h en las consultas externas del hospital, pero sale con el proceso diagnóstico completo. La

encuesta de satisfacción confirma que los pacientes en su mayoría prefieren este sistema.

Dado que se invierte un tiempo considerable en las visitas del CAR, la organización administrativa es esencial. Requiere el esfuerzo de llamar a los pacientes pocos días antes para confirmar que acudirán a la consulta y perder el mínimo número de visitas posible. En nuestra primera experiencia, utilizando esta medida, solamente ha habido un 5% de ausencias.

El establecimiento de este tipo de circuitos implica grandes ventajas: el paciente disminuye el número de visitas al hospital, se prepara para las exploraciones solo una vez y se reduce el tiempo de espera hasta obtener un enfoque diagnóstico completo. Por otra parte, el profesional que acaba de terminar la anamnesis puede sacarle mayor rentabilidad a las exploraciones realizadas en el mismo momento.

Sin embargo, se deberían incorporar otras medidas que mejoren el circuito, para evitar gastar recursos sanitarios en pacientes que no los necesitan. Según nuestra experiencia, un 12% (25/210) de las visitas que estaban programadas para realizar CAR finalmente no lo completaron porque el profesional no consideró al paciente candidato a exploraciones complementarias. Con la formación de los médicos de atención primaria respecto al manejo higiénico-dietético o, en algunos casos, el tratamiento farmacológico de la IF, podría mejorarse este aspecto.

Otra forma de mejorar el circuito pasa por la participación creciente de enfermería especializada en trastornos defecatorios. En algunos centros europeos, el primer contacto del paciente lo realiza enfermería, a excepción de aquellos pacientes candidatos directamente a tratamiento quirúrgico. Los pacientes se remiten a la consulta del cirujano colorrectal solamente en caso de que el tratamiento conservador ofrecido (dieta, medicación, *biofeedback*) no sea eficaz. Según la experiencia de centros con gran volumen, hasta un 40% de los pacientes se pueden manejar desde la consulta de enfermería<sup>6</sup>. En una segunda fase está programado mejorar el CAR incorporando una primera visita de enfermería antes de la visita del cirujano en un grupo seleccionado de pacientes. Esta mejora en el circuito es posible que implique un ahorro importante de exploraciones complementarias, puesto que los pacientes que respondan al tratamiento conservador ya no llegarán a entrar en el circuito de exploraciones.

**Tabla 3 – Respuestas a la encuesta de satisfacción con el circuito de alta resolución (n = 102)**

Pregunta	Respuesta	n	%
¿Ha consultado en algún otro centro por este problema?	Sí	33	32
	No	72	67
	Ns/nc	1	1
¿Hubiera preferido que le hicieran las pruebas en días diferentes?	Sí	2	2
	No	90	88
	Ns/nc	10	10
¿Ha quedado satisfecho con la información recibida sobre su problema?	Sí	96	94
	No	3	3
	Ns/nc	3	3
		<b>Mediana</b>	<b>Intervalo</b>
¿Cómo valoraría del 0 al 10 (10 es la máxima valoración) la atención recibida?		10	5-10

Ns/nc: no sé/no consta.



El establecimiento del CAR reduce el tiempo en el que el paciente completa su diagnóstico y comienza el tratamiento, sin embargo, no mejora el problema del retraso en el acceso del paciente a un centro especializado.

En un estudio realizado para determinar la incidencia de IF entre los pacientes de atención primaria, cabe destacar que solo uno de los 56 pacientes con IF (10,8% de 518 pacientes entrevistados) acudía al médico de cabecera por este motivo<sup>2</sup>, el resto confesaron tener este problema ante la pregunta del profesional. Thomas et al. evidenciaron en el Reino Unido diferencias significativas entre la prevalencia detectada mediante una encuesta postal y los datos que se obtenían de los servicios sanitarios comunitarios, hecho que evidenció la falta de consulta de la población ante esta afección<sup>7</sup>.

Varios estudios se han centrado en averiguar los motivos por los que los pacientes no consultan al médico acerca de la IF. Barlett et al. identificaron los siguientes motivos principales: ausencia de síntomas de IF en el momento de la consulta, el paciente no identificó como un problema la IF, vergüenza, el paciente consideró que el médico estaba muy ocupado, el paciente prefirió centrarse en el motivo principal de la consulta<sup>8</sup>. En un estudio posterior, Kunduru et al. concluyeron que la vergüenza, a pesar de ser muy importante para muchos pacientes, no es un factor diferencial entre los pacientes que consultan y los que no. Detectaron 2 factores principales relacionados con mayor consulta: la gravedad de la condición y el conocimiento acerca de la IF y los posibles tratamientos disponibles<sup>9</sup>.

Desde nuestra experiencia, sabemos que muchos profesionales de atención primaria confiesan que no preguntan por la IF, entre otras cosas porque no tienen suficientes conocimientos para abordarla y plantear vías de solución eficaces. Un estudio reciente demuestra que la implementación de algunas medidas de formación y una actitud proactiva con preguntas directas sobre IF puede mejorar la detección en los centros de asistencia primaria<sup>10</sup>.

Por otra parte, algunos estudios discuten sobre quién debe tener la responsabilidad principal en la detección de la IF: ¿Debe preguntar el profesional o debe consultar el paciente? Los pacientes entrevistados en un estudio confesaron que contestarían a preguntas acerca de esta condición en caso de ser preguntados por el profesional sanitario y que preferirían que fuera este el que iniciara la conversación. Sin embargo, por su parte, algunos profesionales consideraron responsabilidad del paciente comentar los síntomas en caso de querer recibir tratamiento y muy pocos consideraron la IF como diagnóstico médico<sup>8,11</sup>.

Con relación a este aspecto, la responsabilidad de los cirujanos colorrectales pasa por la divulgación de la enfermedad y sus tratamientos en foros profesionales. Por otra parte, debemos considerar clave la labor que pueden desarrollar los propios pacientes. La Asociación para la Incontinencia Anal (ASIA; [www.asiasupport.org](http://www.asiasupport.org)) se creó en el año 2012 y está realizando actualmente múltiples actividades de soporte a los pacientes con IF, así como una importante labor en su desestigmatización. Contribuye, además, en la difusión e intenta ayudar a los pacientes en su acceso a centros especializados. Un reciente estudio sobre las barreras que tienen los pacientes para pedir ayuda propone la promoción de programas divulgativos sobre IF y sus posibles tratamientos para mejorar este aspecto<sup>12</sup>.

Finalmente, no debemos olvidar que el acceso a algunos recursos sanitarios especializados está limitado en algunas regiones sanitarias, y los pacientes quedan confinados a su área de influencia, sin opción a ser derivados a centros que tengan equipos especializados o acceso a tratamientos específicos. La denuncia de esta situación debe potenciarse para que las distintas administraciones se sensibilicen e intenten cambiarla.

La IF afecta a múltiples dimensiones de la calidad de vida de los pacientes. Debido a su carácter tabú, los pacientes no confiesan su problema y, por múltiples problemas de gestión de los recursos sanitarios, el acceso a centros especializados no es fácil para muchos de ellos. Con el CAR se pretende mejorar la calidad de la atención de nuestros pacientes, así como optimizar los recursos invertidos y disminuir el tiempo de estudio para que reciban tratamiento lo antes posible. Según los resultados de la encuesta, los pacientes están satisfechos con la atención recibida en este tipo de consulta y prefieren hacer todas las pruebas diagnósticas en el mismo día.

---

### Autoría/colaboración

AM-D diseñó del estudio. LL-T y HV-P realizaron la adquisición y recogida de datos. AM-D y LL-T se ocuparon del análisis e interpretación de los resultados. AM-D, LL-T y AN-L redactaron el artículo. Todos los autores realizaron la revisión crítica y aprobación de la versión final.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en este estudio.

---

### Agradecimientos

A Cristina Pérez por su labor de coordinación de los pacientes atendidos en este circuito.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop. *Am J Gastroenterol.* 2015;110:127-36.
2. Maestre Y, Parés D, Vial M, Bohle B, Sala M, Grande L. Prevalence of fecal incontinence and its relationship with bowel habit in patients attended in primary care. *Med Clin (Barc).* 2010 Jun 12;135:59-62.
3. Rockwood T. Are you worried about bowel accidents? Quality of life in fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2008 Sep.;51. 1434.
4. Muñoz-Duyos A, Navarro-Luna A, Brosa M, Pando JA, Sitges-Serra A, Marco-Molina C. Clinical and cost effectiveness of

- sacral nerve stimulation for faecal incontinence. *Br J Surg.* 2008;95:1037-43.
5. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut.* 1999;44:77-80.
  6. Duelund-Jakobsen J, Haas S, Buntzen S, Lundby L, Bøje G, Laurberg S. Nurse-led clinics can manage faecal incontinence effectively: results from a tertiary referral centre. *Colorectal Dis.* 2015;17:710-5.
  7. Thomas TM, Egan M, Walgrove A, Meade TW. The prevalence of faecal and double incontinence. *Community Med.* 1984;6:216-20.
  8. Bartlett L, Nowak M, Ho YH. Reasons for non-disclosure of faecal incontinence: A comparison between two survey methods. *Tech Coloproctol.* 2007;11:251-7.
  9. Kunduru L, Kim SM, Heymen S, Whitehead WE. Factors that affect consultation and screening for fecal incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;13:709-16.
  10. Ribas Y, Coll M, Espina A, Jiménez C, Chicote M, Torné M, et al. Initiative to improve detection of faecal incontinence in primary care: The GIFT Project. *Fam Pract.* 2017 Feb 13. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz004> [Epub ahead of print].
  11. Dunivan GC, Heymen S, Palsson OS, von Korff M, Turner MJ, Melville JL, et al. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202. 493. e1-6.
  12. Whitehead WE, Palsson OS, Simren M. Treating fecal incontinence: An unmet need in Primary Care medicine. *N C Med J.* 2016;77:211-5.