

Urgencia fecal: un síntoma clave en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Fecal urgency: a key symptom in patients with inflammatory bowel disease

Francisca Carvajal¹, Paulina Núñez^{1,2}, Daniela Simian³, Karin Herrera^{1,4}, Camila Estay⁵, Edith Pérez de Arce⁵, Lilian Flores¹, Romina Fernández², Camila Maulén⁵, Pamela San Martín^{6,7}, Rodrigo Quera¹

¹ Universidad de los Andes, Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

² Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

³ Facultad Medicina Occidente Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Programa de Nutrición y Ciencia de los Alimentos, Universidad de Granada, Granada, España.

⁵ Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁶ IMPACT, Centro de Medicina Intervencional de Precisión y Terapia Celular Avanzada, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

⁷ Centro de Investigación e Innovación Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Recibido: 14/12/2025

Arbitrado por pares

Aprobado: 27/02/2026

En línea: 27/03/2026

Contribución de los autores

FC, KH, PN y RQ desarrollaron la metodología, investigación, el diseño del estudio y escribieron el artículo. PN, RQ, CM y EPA incluyeron los pacientes para este estudio. LF, RF, CM y DS realizaron el seguimiento de enfermería de los pacientes. DS, KH y PSM realizaron el análisis estadístico. Todos los autores realizaron la revisión crítica y aprobaron la versión final del artículo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiamiento

Ninguno.

Citar como

Carvajal F, Núñez P, Simian D, Herrera K, Estay C, Pérez de Arce E, et al. Urgencia fecal: un síntoma clave en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Rev Gastroenterol Peru. 2026;46(1):20-6. doi: 10.47892/rgp.2026.461.2174.

Correspondencia:

Paulina Núñez
Clínica Universidad de los Andes.
E-mail: pnunez@clinicaandes.cl

RESUMEN

La urgencia fecal (UF) es un síntoma frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), asociado a un deterioro significativo en la calidad de vida (QoL) y complicaciones clínicas. Sin embargo, suele omitirse como parámetro en los índices de actividad de la enfermedad. **Objetivos:** Evaluar prevalencia de UF y su relación con la actividad inflamatoria, calprotectina fecal (CF) y la QoL en pacientes con EII. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, transversal, en 268 pacientes atendidos entre marzo y julio de 2023 en tres centros de Santiago. Se recopiló información sociodemográfica, clínica y de biomarcadores, evaluándose la QoL mediante cuestionario IBDQ-32 y el Patient-reported outcome mediante la escala EII-Control 8. Se aplicaron pruebas de Kruskal-Wallis y chi-cuadrado para el análisis estadístico ($p < 0,05$). **Resultados:** La prevalencia de UF fue del 20%, siendo moderada a grave en un tercio de los casos. En pacientes con colitis ulcerosa, el 59% de aquellos con UF estaba en remisión sintomática frente al 98% sin UF ($p < 0,001$). En la enfermedad de Crohn, el 74% con UF estaba en remisión frente al 100% sin UF ($p < 0,001$). Además, los pacientes con UF presentaron niveles más altos de CF y un deterioro significativo en la QoL ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Estos hallazgos destacan la necesidad de incluir la UF como un parámetro relevante en la evaluación y manejo de la EII, dado su impacto en la actividad inflamatoria y deterioro en la QoL. Incorporarla podría mejorar la atención integral de los pacientes y optimizar las estrategias terapéuticas.

Palabras clave: Incontinencia Fecal; Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Calidad de Vida (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Fecal urgency (FU) is a common symptom in patients with inflammatory bowel disease (IBD), associated with a significant deterioration in quality of life (QoL) and clinical complications. However, it is often omitted as a parameter in classic disease activity indices. **Objective:** To evaluate the prevalence of FU and its relationship with inflammatory activity, fecal calprotectin, and QoL in patients with IBD. **Materials and methods:** Analytical, cross-sectional study in 268 patients treated between March and July 2023 in three centers in Santiago. Sociodemographic, clinical, and biomarker information was collected, evaluating QoL using the IBDQ-32 questionnaire and Patient-reported outcome using the IBD-Control 8 scale. Kruskal-Wallis and chi-square tests were applied for statistical analysis ($p < 0.05$). **Results:** The prevalence of FU was 20%, being moderate-severe in one third of the cases. In patients with ulcerative colitis, 59% of those with UF were in symptomatic remission versus 98% without UF ($p < 0.001$). In Crohn's disease, 74% with UF were in remission versus 100% without UF ($p < 0.001$). Furthermore, patients with UF presented higher levels of FC and a significant deterioration in QoL ($p < 0.001$). **Conclusions:** These findings highlight the need to include UF as a relevant parameter in the evaluation and management of IBD, given its impact on inflammatory activity and deterioration in QoL. Incorporating it could improve the comprehensive care of patients and optimize therapeutic strategies.

Keywords: Fecal Incontinence; Inflammatory Bowel Diseases; Quality of Life (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), que incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), se caracterizan por brotes recurrentes de inflamación gastrointestinal ⁽¹⁾. Aunque en Latinoamérica se ha observado un aumento en la incidencia de la EII, los datos epidemiológicos siguen siendo limitados en esta región ^(2,3). En Chile, estudios locales han reportado un incremento en los diagnósticos y hospitalizaciones asociados a esta patología ^(4,5).

Los pacientes con CU suelen presentar síntomas como fatiga, diarrea con sangre y dolor abdominal ⁽¹⁾. No obstante, la urgencia fecal (UF) e incontinencia fecal han cobrado mayor relevancia debido a su impacto significativo en la calidad de vida de estos pacientes ⁽⁶⁾. La UF, definida como la necesidad repentina e imperiosa de evacuar, afecta entre el 75% y el 90% de los pacientes con CU, de los cuales aproximadamente el 50% reporta al menos un episodio diario ⁽⁷⁾. Este síntoma puede presentarse tanto en pacientes con CU distal como extensa ⁽⁸⁾, y es más frecuente en aquellos con actividad inflamatoria en comparación con los pacientes en remisión ⁽⁸⁾.

Aunque el índice de Mayo parcial (IMp) se utiliza para evaluar la respuesta y remisión sintomática en pacientes con CU ^(9,10), ni este ni el índice reportado por los pacientes (PRO) incluyen la UF como variable de medición. Recientemente, se demostró que la UF es uno de los factores más relevantes para la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con EII, superando incluso a la frecuencia de las deposiciones o la presencia de sangrado rectal ⁽¹¹⁾. Además, se ha sugerido que los pacientes con UF tienen un mayor riesgo de hospitalización, uso de corticoides y la necesidad de colectomía ⁽¹²⁾.

A pesar de la alta prevalencia de la UF y su importancia en la calidad de vida (QoL) de los pacientes con CU, no existen datos nacionales ni en Latinoamérica que exploren la relación entre este síntoma y los brotes de actividad inflamatoria.

Por ello, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de la UF en pacientes con EII y analizar su relación con indicadores clínicos, biomarcadores inflamatorios y la QoL en pacientes en seguimiento en los Programas de EII de tres hospitales clínicos de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal y multicéntrico en pacientes con diagnóstico confirmado de EII atendidos entre marzo y julio de 2023 en tres centros de la Región Metropolitana de Chile.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de EII mediante evaluación clínica,

colonoscopia, histología e imagenología; evaluación de calprotectina fecal (CF) realizada dentro del mes previo; y seguimiento activo en los programas de EII de los centros participantes y que hayan respondido la encuesta de calidad de vida y el cuestionario EII-Control. Ambas encuestas se enviaron a los pacientes por correo electrónico, con el fin de garantizar la privacidad de sus respuestas. Estos cuestionarios posteriormente fueron recibidos por la enfermeras del programa de EII, para su posterior análisis.

Exclusión: Pacientes con antecedentes de cirugía por EII, radioterapia pélvica, embarazo o incapacidad para responder encuestas.

Recolección de datos

Se recopiló información demográfica y clínica a partir de registros médicos y la plataforma REDCap. La actividad inflamatoria se definió utilizando los siguientes índices

Colitis ulcerosa (CU): Índice de Mayo parcial (IMp)

remisión (0-1), actividad leve (2-4), moderada (5-6) y grave (7-9).

Enfermedad de Crohn (EC): Índice de Harvey-Bradshaw (IHB)

remisión (< 5), actividad leve (5-7), moderada (8-16) y grave (> 16).

Definiciones

Actividad por biomarcador: CF ≥ 250 $\mu\text{g/g}$ indica actividad inflamatoria; < 250 $\mu\text{g/g}$ indica remisión ⁽¹⁰⁾.

Urgencia fecal (UF): Se utilizó la escala numérica de UF que va desde el 0 sin urgencia fecal hasta 10 siendo la peor urgencia fecal en las últimas 24 horas. Se clasifica en 0-1 remisión, 2-4 urgencia leve, 5-7 moderada y > 8 se consideró grave ⁽¹³⁾.

Auto-reporte del paciente (PRO) y calidad de vida

- **PRO:** Cuestionario EII-Control traducido y validado ^(14,15).
Subscore "EII Control 8" (0-16 puntos); remisión ≥ 13 .
Escala Análoga Visual (VAS) (0-100); buen control > 85.
- **Calidad de vida:** Cuestionario IBDQ-32 ⁽¹⁶⁾, clasificado como:
Excelente (> 200), buena (151-199), regular (101-150) y mala (< 100).

Análisis estadístico

Dado que este estudio fue exploratorio y la prevalencia de la UF no ha sido previamente estudiada en nuestra

población, no se realizó un cálculo formal del tamaño muestral. En su lugar, se incluyó una cohorte de 268 pacientes provenientes de los tres centros participantes.

Las variables categóricas se describieron utilizando frecuencias absolutas y relativas, mientras que las continuas se resumieron utilizando la mediana y el rango intercuartílico (RIC). La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov confirmó que las variables continuas no seguían una distribución normal, lo que justificó el uso de pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos.

Para la comparación de dos grupos, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis y las variables categóricas fueron evaluadas con la prueba de chi-cuadrado. El análisis estadístico se realizó utilizando los programas SPSS versión 29 y STATA versión 15.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por los comités de ética de cada centro (CEC2023015 y 08057/2023), cumpliendo las normas de la Declaración de Helsinki. Los datos se recopilaron de manera anónima, garantizando la confidencialidad. Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

RESULTADOS

De los 268 pacientes incluidos en el estudio, el 70% eran mujeres, con una mediana de edad de 40 años y una duración promedio de la enfermedad de 6 años. El diagnóstico más frecuente fue CU, que afectó al 71% de los pacientes, mientras que el 29% presentó EC, principalmente de fenotipo inflamatorio y con compromiso colónico e ileocolónico. Al momento del análisis, el 91% de los pacientes se encontraba en remisión clínica, y el 60% reportó un buen control de la enfermedad según los resultados de PRO (EII control 8).

En cuanto al tratamiento, la mesalazina oral fue la terapia más utilizada (51%), seguida de la terapia biológica (41%), especialmente adalimumab e infliximab (Tabla 1).

Prevalencia y características de la UF

La UF se presentó en el 20% de los pacientes (53/268), de los cuales un tercio experimentó formas moderadas o graves. Respecto a las características sociodemográficas, el 76% de los pacientes con UF eran mujeres, con una mediana de edad de 41 años. Además, el 64% de estos pacientes tenía diagnóstico de CU, predominantemente colitis izquierda y extensa. En el caso de los pacientes con EC, el 36% reportó UF, siendo el fenotipo inflamatorio el más prevalente en este grupo (30/36) (Tabla 2).

UF y actividad de la enfermedad

En pacientes con CU, el 59% de aquellos con UF se encontraban en remisión sintomática, en contraste con el 98% de los pacientes sin UF. En cuanto a la EC, el 100% de

Tabla 1. Características de los participantes.

	Total participantes N = 268
Variables sociodemográficas	
Edad (Me; RIQ)	40 (16-81)
Sexo (n, %)	
Hombre	81 (30,2)
Mujer	187 (69,8)
Duración de la enfermedad años (Me; RIQ)	6 (2-11)
Características de la enfermedad (n, %)	
Colitis ulcerosa	191 (71,3)
Extensa	69 (25,7)
Colitis izquierda	66 (24,6)
Proctitis	34 (12,7)
No clasificado	21 (7,8)
Enfermedad de Crohn	77 (28,7)
Inflamatorio	64 (23,9)
Estenosante	6 (2,2)
Fistulizante	4 (1,5)
No clasificado	3 (1,5)
Localización en enfermedad de Crohn	
Colónica	29 (37)
Ileal	22 (29)
Ileocolónica	26 (33)
Manifestaciones extraintestinales	84 (31,3)
Terapia farmacológica (n,%)	
Mesalazina oral	137 (51,1)
Mesalazina supositorios	64 (23,9)
Sulfasalazina	7 (2,6)
Corticoides	19 (7,1)
Azatioprina	65 (24,3)
Metotrexato	7 (2,6)
Sin tratamiento	8 (3)
Terapia biológica	110 (41)
Adalimumab	55 (20,5)
Infliximab	30 (11,2)
Golimumab	23 (8,6)
Ustekinumab	2 (0,7)
Actividad clínica (n,%)	
Índice de Mayo parcial (n= 191)	
Remisión	173 (90,6)
Activo	17 (8,9)
No reportado	1 (0,5)
Índice de Harvey Bradshaw (n=77)	
Remisión	72 (93,6)
Activo	5 (6,4)
EII- Control 8 (PRO)	
Remisión	161 (60,1)
Activo	107 (39,9)
Calidad de vida (n%)	
Mala calidad de vida	19 (7,1)
Regular calidad de vida	53 (19,8)
Buena calidad de vida	139 (51,9)
Excelente calidad de vida	57 (21,3)

n: frecuencia absoluta - %: frecuencia relativa porcentual - Me: mediana - RIQ: rango intercuartil - EII: Enfermedad inflamatoria intestinal

Tabla 2. Perfil sociodemográfico, clínico y de calidad de vida según presencia de urgencia fecal.

	Urgencia fecal N= 53 (19,8%)	Sin urgencia fecal N = 215 (80,2%)	Valor p
Variables sociodemográficas			
Edad (Me; RIQ)	41 (29-49)	39 (28-49)	0,599
Sexo (n, %)			0,313
Mujer	40 (75,5)	147 (68,4)	
Hombre	13 (24,5)	68 (31,6)	
Características generales de la EII			
Tipo de enfermedad (n, %)			0,227
Colitis ulcerosa	34 (64,2)	157 (73,0)	
Enfermedad de Crohn	19 (35,8)	58 (27,0)	
Extensión de la CU (n, %)			0,802
Extensa	11 (20,8)	58 (27,0)	
Colitis izquierda	11 (20,8)	55 (25,6)	
Proctitis	4 (7,5)	30 (14)	
Fenotipo EC (n, %)			0,196
Inflamatorio	16 (30,2)	48 (22,3)	
Estenosante	3 (5,7)	3 (1,4)	
Fistulizante	0 (0)	4 (1,9)	
Tratamiento actual de la EII (n, %)			
5-ASA	37 (69,8)	124 (57,7)	0,106
Esteroides	7 (13,2)	12 (5,6)	0,005
Inmunomoduladores	15 (28,3)	57 (26,5)	0,792
Terapia biológica	24 (45,3)	86 (40,0)	0,292
Sin tratamiento	1 (1,9)	7 (3,3)	0,508
Actividad de la EII			
Índice parcial de mayo para CU (Me; RIQ)	2 (0-4)	0 (0-0)	<0,001
Harvey -Bradshaw para EC (Me; RIQ)	2 (0-5)	0 (0-0)	<0,001
Calprotectina fecal µg/g (Me; RIQ)	205 (54,5 -604)	50 (25,7-141)	<0,001
≥250 µg/g (n, %)	26 (49,1)	39 (18,1)	
Antecedente de hospitalizaciones (n, %)	8 (15,1)	34 (15,8)	0,544
Calidad de vida y PRO (Me; RIQ)			
IBDQ-32	138 (98-174)	186 (160-199)	<0,001
EII- Control 8 (PRO)	8 (4-14)	14 (12-16)	<0,001
EII- Control Total (PRO)	15 (10-19)	19 (16-21)	<0,001
VAS (PRO)	75 (50-91)	99 (80-100)	<0,001

n: frecuencia absoluta - %: frecuencia relativa porcentual - Me: mediana - RIQ: rango inter cuartil - EII: Enfermedad inflamatoria intestinal - CU: colitis ulcerosa - EC: enfermedad de Crohn - 5 ASA: ácido 5 amino salicílico - PRO: Auto-reporte del paciente - IBDQ-32: cuestionario de calidad de vida de 32 ítems - VAS: escala visual análoga.

los pacientes sin UF estaban en remisión, mientras que este porcentaje disminuyó al 74% entre los pacientes con UF.

La presencia de UF mostró una asociación significativa con una mayor actividad clínica de la enfermedad. En pacientes con CU, la mediana del IMp fue de 2 en el grupo con UF, comparado con 0 en quienes no la presentaban ($p<0,001$). De forma similar, en pacientes con EC, el IHB fue más alto en los pacientes con UF (mediana de 2) en comparación con aquellos sin UF (mediana de 0) ($p<0,001$).

Según los PRO, el 70% de los pacientes con UF presentaron enfermedad activa por puntaje EII control-8 ($p<0,001$).

Además, la escala análoga visual (VAS) para evaluar el control de la enfermedad mostró peores resultados en los pacientes con UF, (mediana de 75 vs 99; $p<0,001$).

UF y biomarcadores

El análisis de biomarcadores reveló que el 49% de los pacientes con UF presentaron niveles elevados de CF superiores a 250 µg/g, con una mediana de 205 µg/g (RIQ 55 – 604). Por el contrario, el grupo sin UF presentó una mediana de 50 µg/g (RIQ 26 – 141) lo que indica una asociación significativa entre la presencia de UF y una mayor actividad inflamatoria por biomarcador ($p<0,001$).

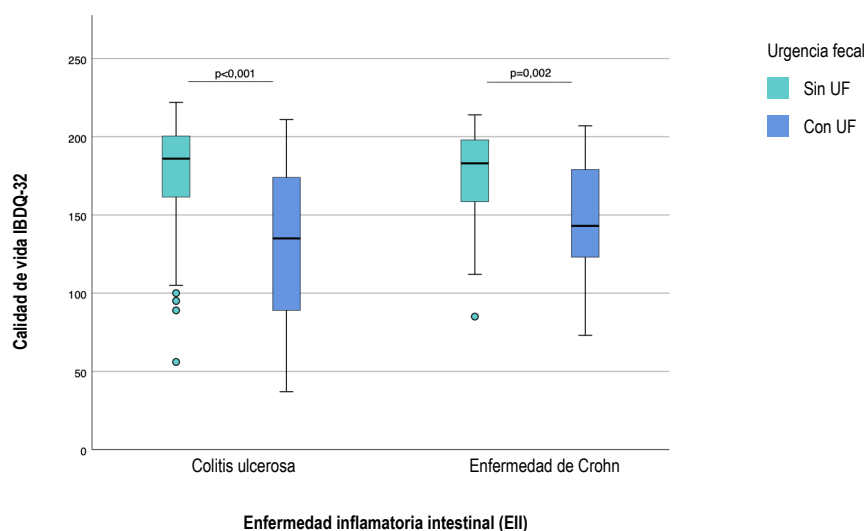


Figura 1. Comparación de la calidad de vida entre pacientes con y sin urgencia fecal, según el tipo de EII.

UF y calidad de vida

La calidad de vida de los pacientes con UF fue considerablemente inferior en comparación con aquellos que no presentaron este síntoma. En el cuestionario IBDQ-32, el grupo con UF mostró una mediana de 138 (RIC 98-174), mientras que el grupo sin UF presentó una mediana de 186 (RIC 160-199) ($p < 0,001$). Este deterioro en la calidad de vida se reflejó en los cuestionarios PRO: los pacientes con UF obtuvieron una mediana de 8 en el EII control-8 y 75 en la escala VAS de control de la enfermedad, en comparación con mejores resultados en el grupo sin UF (Tabla 2). Al analizar la calidad de vida entre pacientes con y sin UF según el tipo EII, se observaron diferencias significativas en los puntajes totales de calidad de vida ($p < 0,05$). Además, el grupo con UF presentó una mayor variabilidad en los resultados en comparación con el grupo sin UF (Figura 1).

UF y terapia

En cuanto a la terapia actual, el 45% de los pacientes con UF estaban recibiendo tratamiento biológico, especialmente anti-TNF (adalimumab e infliximab), en comparación con el 40% de los pacientes sin UF. Además, el uso de mesalazina fue más frecuente en el grupo con UF (70%) que en el grupo sin UF (58%). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de hospitalización ni en las tasas de colectomía entre ambos grupos (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La UF es un síntoma significativo, dado su asociación a una mayor carga social y deterioro de la calidad de vida de

los pacientes con EII especialmente en aquellos con CU. Estudios previos han reportado que más del 80% de los pacientes con CU y alrededor del 60% de los pacientes con EC experimentan UF al menos una vez al día, lo que refleja la alta prevalencia de este síntoma en ambas enfermedades^(17,18). En nuestra cohorte, el 20% de los pacientes con EII presentó UF, lo que es consistente con los resultados de otros estudios considerando que la mayoría de nuestros pacientes se encontraba en remisión clínica. Además se observó una mayor prevalencia en mujeres y en pacientes con CU. Así mismo, la UF también fue más común en aquellos con actividad inflamatoria, dada la relación entre la inflamación crónica y la aparición de este síntoma⁽¹⁹⁾.

En el estudio de Jairath *et al.*⁽²⁰⁾ que incluyó 30 pacientes con CU y EC que habían presentado UF en los últimos 6 meses, se observó que el 87% de los pacientes con CU y el 100% de los pacientes con EC refirieron la presencia de UF, en asociación principalmente con dolor abdominal, generando una carga de estrés y miedo llevando a cambios conductuales y estrés psicológico agravando la sintomatología asociada a la enfermedad y deteriorando la calidad de vida de estos pacientes. En este estudio se realizaron encuestas cualitativas y semiestructuradas para la pesquisa de UF como el autoreporte de pacientes para evaluación de otros síntomas. En otro estudio que incluyó 593 pacientes con EII en donde se realizaron encuestas online de urgencia e incontinencia fecal, se observó que el 98% de los pacientes con CU y en el 96% de los pacientes con EC presentaron UF. Al evaluar a pacientes en remisión, el 27% señaló haber presentado UF en algún momento de la semana⁽²¹⁾. En nuestro estudio la prevalencia de UF en el grupo total es menor a lo descrito previamente. Esto podría

deberse a las diferencias en los criterios diagnósticos, el tipo de encuesta utilizado para evaluar la presencia de UF y que la mayoría de nuestros pacientes se encontraba en remisión clínica al momento de la evaluación.

Es importante considerar que la presencia de UF no siempre es mencionada por los pacientes de forma espontánea. En el estudio de Wespi *et al.*, el 23% de los pacientes nunca había mencionado la presencia de este síntoma a su equipo tratante, probablemente por la vergüenza social asociada a esta ^(21,22). Dada la importancia de la UF, la Food and Drug Administration ha sugerido incorporar su evaluación en los estudios clínicos y en la práctica clínica habitual ⁽²³⁾. En este contexto la utilización de PROs específicos como herramienta de evaluación específica cobra mayor importancia ⁽²⁰⁾.

En relación con los factores asociados a la UF, nuestros hallazgos destacan una asociación clara entre UF y un mayor índice de actividad de la enfermedad, evidenciado tanto por los índices clínicos como por los biomarcadores (CF). Esto refuerza la hipótesis de que la UF puede actuar como un marcador de actividad inflamatoria en pacientes con EII. En el estudio de Danwas *et al.* ⁽²⁴⁾, en pacientes con CU y EC la UF se asoció a pacientes mayores, con actividad clínica con aumento de las deposiciones a más de 4 al día, y disminución de la consistencia, presencia de sangrado rectal y dolor abdominal moderado a grave. Este síntoma se puede presentar tanto en CU distal como extensa ⁽⁸⁾ y en EC principalmente con compromiso colónico e ileocolónico ⁽²⁵⁾. Además, se observó que niveles elevados de CF en pacientes con CU se asoció a UF leve a moderada-grave, no así en EC donde la CF no fue un predictor de UF ⁽²⁵⁾. En nuestro estudio vemos que más de la mitad de los pacientes con UF se encontraban con actividad clínica activa evaluado por el IBD control-8 y con mayor tendencia en los índices de actividad clínica de Mayo parcial y de HB, así como casi la mitad de los pacientes con UF tuvieron una CF elevada en comparación con los que no presentaban UF.

Aunque la terapia biológica ha demostrado ser efectiva en el manejo de la EII, su impacto específico en la mejoría de la UF aún no ha sido suficientemente investigado. Algunos estudios sugieren que la mejoría de la UF podría ser un efecto secundario beneficioso del tratamiento biológico ⁽²⁶⁾. En la actualidad, la UF se ha establecido dentro de los tres factores principales en la satisfacción a la terapia ⁽²⁶⁾, lo que ha estimulado a evaluar este síntoma en los distintos estudios. En el estudio ACHIEVE que incluyó a pacientes con CU moderada a grave en tratamiento con upadacitinib, un inhibidor selectivo de janus kinasas, se observó mejoría de la UF en asociación a la remisión clínica ⁽²⁶⁾. Por otro lado, un estudio que evaluó mirikizumab, un anticuerpo monoclonal anti p19 de la interleucina 23, en pacientes con CU moderada a grave, se evidenció una reducción en la UF en comparación con placebo tanto en inducción como en mantenimiento ⁽²⁷⁾.

Finalmente, el impacto de la UF en la calidad de vida queda demostrado en nuestro estudio al observar que los

pacientes con UF presentaron un mayor deterioro de ésta objetivado por cuestionarios IBDQ32 y en los auto-reportes de pacientes. Esto va en concordancia con lo señalado en la literatura con los distintos instrumentos de medición ^(21, 28).

Nuestro estudio presenta limitaciones como su diseño observacional y transversal, que impide establecer relaciones causales, y la ausencia de un cálculo formal del tamaño muestral, lo que podría limitar la generalización. Además, la alta proporción de pacientes en remisión clínica podría haber subestimado la prevalencia de UF en aquellos con actividad de la enfermedad y por otro lado la gran proporción de pacientes del sexo femenino que se incluyó en nuestro trabajo, donde pueden presentar otras causas de UF como disfunción del piso pélvico.

Entre las fortalezas, destaca la evaluación de UF en tres centros, con resultados consistentes entre las poblaciones. A pesar de la remisión sintomática en la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio, se demuestra la importancia de una evaluación clínica continua de este síntoma subrayando su relevancia en la atención integral de la EII.

En conclusión, este estudio evidencia que la UF afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes con EII incluso en remisión clínica, con una mayor incidencia en mujeres y en aquellos con CU. Se asocia de manera significativa con una mayor actividad clínica y niveles elevados de CF, lo que subraya que no es solo es un síntoma subjetivo, sino un marcador fiable de la actividad inflamatoria subyacente, especialmente en el contexto de afectación distal. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la UF como un objetivo clave en la evaluación y tratamiento de la EII. Además, el uso de herramientas como los PROs y escalas validadas para objetivar la UF e incontinencia fecal resultan fundamentales para realizar un seguimiento más preciso en la práctica clínica. Se requieren mayores estudios para evaluar la UF acorde al sexo, dado otras causas como disfunción del piso pélvico que pueden sesgar los resultados.

En definitiva, la urgencia fecal debe ser reconocida como un objetivo terapéutico clave, y su medición rigurosa y validada es fundamental para avanzar en el tratamiento de la EII.

Agradecimientos

Karin Herrera agradece al Programa de Excelencia "Nutrición y Ciencias de los Alimentos" de la Universidad de Granada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 2017;389(10080):1756-1770. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32126-2.
2. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, Ferraz JGP, Saad-Hossne R, Toro M. *et al.* Progression of inflammatory bowel

- diseases throughout Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(2):304-312. doi: 10.1016/j.cgh.2019.06.030.
3. Windsor JW, Kaplan GG. Evolving Epidemiology of IBD. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(8):40. doi: 10.1007/s11894-019-0705-6
 4. Simian D, Quera R. Inflammatory Bowel Disease in Latin America: A Systematic Review. *Value Health Reg Issues*. 2019;20:19-20. doi: 10.1016/j.vhri.2018.10.005.
 5. Jaime F, Riutort MC, Alvarez-Lobos M, Hoyos-Bachilloglu R, Camargo CA Jr, Borzutzky A. Solar radiation is inversely associated with inflammatory bowel disease admissions. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(6-7):730-737. doi: 10.1080/00365521.2017.1307444.
 6. Dubinsky MC, Panaccione R, Lewis JD, Sands BE, Hibi T, Lee SD, *et al.* Impact of Bowel Urgency on Quality of Life and Clinical Outcomes in Patients With Ulcerative Colitis. *Crohn's Colitis* 360. 2022;4(3):otac016. doi: 10.1093/crocol/otac016.
 7. Petryszyn PW, Paradowski L. Stool patterns and symptoms of disordered anorectal function in patients with inflammatory bowel diseases. *Adv Clin Exp Med*. 2018;27(6):813-818. doi: 10.17219/acem/68986.
 8. Rao SS, Holdsworth CD, Read NW. Symptoms and stool patterns in patients with ulcerative colitis. *Gut*. 1988;29(3):342-5. doi: 10.1136/gut.29.3.342.
 9. Nuñez F P, Mahadevan U, Quera R, Bay C, Ibañez P. Treat-to-target approach in the management of inflammatory Bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44(4):312-319. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.06.032.
 10. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, *et al.* STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160(5):1570-1583. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.
 11. Louis E, Ramos-Goñi JM, Cuervo J, Kopylov U, Barreiro-de Acosta M, McCartney S, *et al.* A Qualitative Research for Defining Meaningful Attributes for the Treatment of Inflammatory Bowel Disease from the Patient Perspective. *Patient*. 2020;13(3):317-325. doi: 10.1007/s40271-019-00407-5.
 12. Sninsky JA, Barnes EL, Zhang X, Long MD. Urgency and Its Association With Quality of Life and Clinical Outcomes in Patients With Ulcerative Colitis. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(5):769-776. doi: 10.14309/ajg.0000000000001685.
 13. Dubinsky MC, Irving PM, Panaccione R, Naegeli AN, Potts-Bleakman A, Arora V, *et al.* Incorporating patient experience into drug development for ulcerative colitis: development of the Urgency Numeric Rating Scale, a patient-reported outcome measure to assess bowel urgency in adults. *J Patient Rep Outcomes*. 2022;6(1):31. doi: 10.1186/s41687-022-00439-w.
 14. Vicente Lidón R, García López S, Corsino Roche P, Boudet Barraca JM, Sanz Segura P, García Cámara P, *et al.* Translation into Spanish and validation of a short questionnaire to measure the control of inflammatory bowel disease from the patient's perspective: IBD-Control, EII-Control. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(7):524-534. doi: 10.1016/j.gastrohep.2021.08.001.
 15. Bodger K, Ormerod C, Shackcloth D, Harrison M; IBD Control Collaborative. Development and validation of a rapid, generic measure of disease control from the patient's perspective: the IBD-control questionnaire. *Gut*. 2014;63(7):1092-102. doi: 10.1136/gutjnl-2013-305600.
 16. Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ-32) de la enfermedad inflamatoria intestinal [Spanish translation, adaptation, and validation of the 32-item questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease (IBDQ-32)]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99(9):511-9. doi: 10.4321/s1130-01082007000900006.
 17. Newton L, Randall JA, Hunter T, Keith S, Symonds T, Secrest RJ, *et al.* A qualitative study exploring the health-related quality of life and symptomatic experiences of adults and adolescents with ulcerative colitis. *J Patient Rep Outcomes*. 2019;3(1):66. doi: 10.1186/s41687-019-0154-x.
 18. Dulai PS, Jairath V, Khanna R, Ma C, McCarrier KP, Martin ML, *et al.* Development of the symptoms and impacts questionnaire for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2020;51(11):1047-1066. doi: 10.1111/apt.15726.
 19. Limdi JK, Vasant DH. Anorectal Dysfunction in Distal Ulcerative Colitis: Challenges and Opportunities for Topical Therapy. *J Crohn's Colitis*. 2016;10(4):503. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv217.
 20. Jairath V, Hunter Gible T, Potts Bleakman A, Chatterton K, Medrano P, McLafferty M, *et al.* Patient Perspectives of Bowel Urgency and Bowel Urgency-Related Accidents in Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(10):1831-1842. doi: 10.1093/ibd/izae044.
 21. Wespi N, Vavricka S, Brand S, Aepli P, Burri E, Misselwitz B, *et al.* Fecal urgency and incontinence in inflammatory bowel disease perceived by physician and patient: Results from the Swiss fecal urgency survey. *United European Gastroenterol J*. 2025;13(3):392-401. doi: 10.1002/ueg2.12657.
 22. Dubinsky MC, Watanabe K, Molander P, Peyrin-Biroulet L, Rubin M, Melmed GY, *et al.* Ulcerative Colitis Narrative Global Survey Findings: The Impact of Living With Ulcerative Colitis-Patients' and Physicians' View. *Inflamm Bowel Dis*. 2021;27(11):1747-1755. doi: 10.1093/ibd/izab016.
 23. Food and Drug Administration. Ulcerative Colitis: Clinical Trial Endpoints Guidance for Industry [Internet]. Rockville: FDA; 2022 [citado 17 octubre del 2025]. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/158016/download>
 24. Dawwas GK, Jajeh H, Shan M, Naegeli AN, Hunter T, Lewis JD. Prevalence and Factors Associated With Fecal Urgency Among Patients With Ulcerative Colitis and Crohn's Disease in the Study of a Prospective Adult Research Cohort With Inflammatory Bowel Disease. *Crohn's Colitis* 360. 2021;3(3):otab046. doi: 10.1093/crocol/otab046.
 25. Wang C, Ishizuka T, Tanaka M, Matsuo K, Knight H, Harvey N, *et al.* Bowel Urgency in Patients with Ulcerative Colitis and Crohn's Disease: A Cross-Sectional Real-World Survey in Japan. *Adv Ther*. 2024;41(1):431-450. doi: 10.1007/s12325-023-02726-4.
 26. Ghosh S, Sanchez Gonzalez Y, Zhou W, Clark R, Xie W, Louis E, *et al.* Upadacitinib Treatment Improves Symptoms of Bowel Urgency and Abdominal Pain, and Correlates With Quality of Life Improvements in Patients With Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *J Crohn's Colitis*. 2021;15(12):2022-2030. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjab099.
 27. Dubinsky MC, Clemow DB, Hunter Gible T, Li X, Vermeire S, Hisamatsu T, *et al.* Clinical Effect of Mirikizumab Treatment on Bowel Urgency in Patients with Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis and the Clinical Relevance of Bowel Urgency Improvement for Disease Remission. *Crohn's Colitis* 360. 2022;5(1):otac044. doi: 10.1093/crocol/otac044.
 28. Nigam GB, Limdi JK, Bate S, Hamdy S, Vasant DH. Fecal Urgency in Ulcerative Colitis: Impact on Quality of Life and Psychological Well-Being in Active and Inactive Disease States. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;22(8):1731-1733.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2023.12.019.