

Incontinencia y enfermedad crónica

RESUMEN

Objetivo: explorar la producción y contenido de la información disponible a nivel mundial sobre el abordaje de la incontinencia urinaria (IU) e incontinencia fecal (IF) y su relación con la enfermedad crónica (EC). **Materiales y métodos:** a partir de una revisión de literatura en las bases de datos Cinahl, Ovid, Scielo, Medline y Psychoinfo, entre los años 2009 y 2012, bajo los descriptores de incontinencia urinaria e incontinencia fecal, en combinación con enfermedad crónica, con su traducción al inglés, se identificaron, analizaron y clasificaron los planteamientos sobre el tema de la incontinencia según relevancia para la comprensión de la misma en la situación de EC. **Resultados:** se presentan los estudios encontrados clasificados en cinco grandes grupos sobre IU e IF que incluyen los que ilustran la magnitud del problema por su frecuencia y tipología, los que establecen relación directa entre la incontinencia y la EC, los que describen otros factores asociados con la incontinencia y con la EC, los que abordan la forma de valorar la incontinencia y los que dan aportes respecto al manejo de la IU o IF en la EC. **Conclusiones:** la literatura tiene abundante producción científica en sus dos últimos años y a nivel mundial sobre la IU pero no en igual proporción sobre la IF. Existen modelos para la valoración, medición y comprensión del fenómeno así como para la intervención y atención puntual sobre la misma. No se reportan abordajes integrales al problema de la IU e IF en personas con EC.

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria, incontinencia fecal, enfermedad crónica, enfermería. (Fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Sánchez-Herrera, B., Carrillo, G. M., Barrera-Ortiz, L. (2013). Incontinencia y enfermedad crónica. *Aquichan*. Vol. 13, No. 3, 421-432.

1 Enfermera. Master in Science of Nursing. Profesora Titular, Universidad Nacional de Colombia, Colombia. cbsanchezh@unal.edu.co
2 Enfermera. Magíster en Enfermería. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia, Colombia. gmcarrillog@unal.edu.co
3 Enfermera. Magíster en Enfermería. Profesora Titular, Universidad Nacional de Colombia, Colombia. lbarrera@unal.edu.co

Recibido: 18 de agosto de 2012
Enviado a pares: 30 de agosto de 2012
Aceptado por pares: 17 de junio de 2013
Aprobado: 17 de junio de 2013

Incontinence and Chronic Illness

ABSTRACT

Objective: The production and content of the information available globally on the problem of urinary incontinence (UI) and fecal incontinence (FI) and their relationship to chronic illness (CHD) are examined in this study. **Materials and methods:** A database literature review was conducted in CINAHL, Ovid, SciELO, MEDLINE and Psychoinfo, between 2009 and 2012, using the descriptors “urinary incontinence” and “fecal incontinence” in combination with “chronic illness”. The approaches to the issue of incontinence were identified, analyzed and classified according to relevance for understanding them in a situation involving chronic illness. **Results:** The studies found were presented classified into five main groups with respect to UI and FC; namely, those illustrating the magnitude of the problem because of its frequency and type, those establishing a direct relationship between incontinence and chronic illness, studies describing other factors associated with incontinence and with chronic illness, those on how to assess incontinence, and studies that offer input on how to manage UI and FI during chronic illness. **Conclusions:** The literature reflects abundant scientific production in the last two years and worldwide with respect to UI, but not for FI. There are models for assessing, measuring and understanding the phenomenon, and for specific intervention and care. However, no comprehensive approaches to the problem of UI and FI in persons with chronic illness were reported.

KEY WORDS

Urinary incontinence, fecal incontinence, chronic illness, nursing. (Source: DeCS, BIREME).

Incontinência e doença crônica

RESUMO

Objetivo: explorar a produção e conteúdo da informação disponível no âmbito mundial sobre a abordagem da incontinência urinária (IU) e incontinência fecal (IF) e sua relação com a doença crônica (DC). **Materiais e métodos:** a partir de uma revisão de literatura nas bases de dados Cinahl, Ovid, SciELO, Medline e Psychoinfo, entre 2009 e 2012, sob os descritores de incontinência urinária e incontinência fecal, em combinação com doença crônica, com sua tradução inglês, identificaram-se, analisaram e classificaram as proposições sobre o tema da incontinência segundo a relevância para compreensão desta na situação de DC. **Resultados:** apresentam-se os estudos encontrados classificados em cinco grandes grupos sobre IU e IF que incluem os que ilustram a magnitude do problema por sua frequência e tipologia, os que estabelecem relação direta entre a incontinência e a DC, os que descrevem outros fatores associados com a incontinência e com a DC, os que abordam a forma de valorar a incontinência e os que dão contribuições a respeito do manejo da IU ou IF na DC. **Conclusões:** a literatura tem abundante produção científica em seus dois últimos anos e no âmbito mundial sobre a IU, mas não na mesma proporção sobre a IF. Existem modelos para a valoração, medição e compreensão do fenômeno, bem como para a intervenção e atendimento pontual sobre a ela. Não se relatam abordagens integrais ao problema da IU e IF em pessoas com DC.

PALAVRAS-CHAVE

Incontinência urinária, incontinência fecal, doença crônica, enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

Para comprender la relación entre la incontinencia y la enfermedad crónica es preciso recordar que tanto la micción como la defecación son procesos dinámicos que requieren la coordinación de varios mecanismos. En primer lugar, estos son controlados por un reflejo en el centro ubicado a nivel del sacro. En el caso de la micción las vías de salida somáticas y autonómicas conducen información vía médula sobre el volumen vesical a medida que la vejiga se llena. Frente a ello se genera una respuesta motora. De esta forma, a medida que la vejiga se llena, el estímulo simpático cierra el cuello vesical, relaja la parte superior de la vejiga e inhibe el tono parasimpático; la inervación somática mantiene el tono en el piso de la musculatura pélvica, incluyendo el músculo estriado alrededor de la uretra. Cuando se presenta la micción, el tono simpático y somático disminuyen y el impulso parasimpático causa contracción vesical. Un mecanismo similar ocurre en la defecación, en donde interactúan fuerzas parasimpáticas para la evacuación y simpáticas y somáticas para la retención de la materia fecal. Los dos procesos, urinario y fecal, se encuentran orientados por los centros nerviosos mayores incluida la corteza cerebral, el cerebelo y el tallo cerebral, que cumplen un papel predominantemente inhibitorio. La alteración de estos complejos mecanismos puede generar incontinencia. En circunstancias normales, a medida que la vejiga se va llenando la presión se mantiene baja hasta que llega a 250-300 ml (siendo la capacidad de 400 a 600 ml). Al iniciar la micción normal, la presión del músculo vesical aumenta hasta exceder la resistencia de la uretra y la orina puede salir. Por ello, la alteración de la función o la falta de coordinación entre estos procesos puede contribuir a la incontinencia urinaria (IU). No hay reportes similares para los volúmenes de materia fecal (1).

El término incontinencia significa imposibilidad de contener. En el campo de la salud, incontinencia se refiere a la eliminación corporal involuntaria que puede ser de orina, denominada Incontinencia Urinaria (IU) o de materia fecal llamada incontinencia fecal (IF). La incontinencia es una condición heterogénea y potencialmente incapacitante de alta prevalencia en personas con enfermedad crónica (EC), que es difícil de curar pero puede manejarse y mejorar (1).

El presente trabajo buscó explorar el nivel de producción y contenido de la información disponible mundialmente entre los años 2009 al 2012, sobre el abordaje de la incontinencia urinaria (IU) e incontinencia fecal (IF), y su relación con la enfermedad crónica (EC).

Materiales y métodos

Se revisó la literatura reportada en las bases de datos Cinahl, Ovid, Scielo, Medline y Psycinfo, entre los años 2009 y 2012, bajo los descriptores de incontinencia urinaria e incontinencia fecal, en combinación con enfermedad crónica, con su traducción al inglés, y se identificaron y analizaron planteamientos del significado, la presentación y el abordaje de este tema. La búsqueda sistemática reportó para este periodo 307 artículos, de los cuales 40 cumplieron los criterios de inclusión por documentar, reseñar o representar específicamente la IU o la IF en situaciones de enfermedad crónica o que tuvieran relevancia para comprender o cualificar la práctica clínica. Una vez seleccionados los artículos se clasificaron y organizaron por temáticas similares. En tres casos, y con el ánimo de dar una mejor explicación o ilustración del tema, fue necesario regresar a las fuentes primarias en las que se basaron los estudios para ampliar la ilustración. Este documento incluye las tres referencias adicionales consultadas.

Resultados

Con base en el análisis de las referencias reportadas en la literatura mundial sobre la IU e IF en relación con la EC entre 2009 y 2012, se establecieron cinco grupos de estudios que incluyeron: 1) reportes que ilustran la magnitud del problema por su frecuencia y tipología; 2) reportes que establecen relación entre la incontinencia y la EC; 3) reportes que ilustran otros factores asociados con la incontinencia y con la EC; 4) reportes que precisan cómo valorar la incontinencia; 5) estudios sobre el manejo de la incontinencia en la EC. A continuación se detalla cada uno de ellos:

1. Frecuencia y tipología de la incontinencia

Ergul *et al.* (2) señalan, con base en un estudio en el que participaron 694 personas ancianas institucionalizadas, que la IU y la IF son frecuentes y que tienden a confundirse con los cambios propios del envejecimiento y, en tal sentido, es preciso clarificar sus diferencias para lograr apoyo terapéutico adecuado y oportuno (2).

Roe *et al.* (3), complementan lo anterior estableciendo que la IU es un problema de salud frecuente, que se incrementa con la edad y se presenta más en las mujeres, en las personas ancianas y en quienes están institucionalizados.

Arzu y Fatma (4), reportan la frecuencia de la incontinencia en personas ancianas institucionalizadas por diferentes problemas de salud en Turquía con un 98 % de IU y 29,1 % de IF.

Uslu *et al.* (5) también estudiaron el fenómeno en Turquía y además de determinar la alta prevalencia de la IU en personas institucionalizadas, revisaron su impacto en la calidad de vida. La IU fue reportada en 23,2 % de las personas del estudio y de ellas solo el 14,3 % buscó ayuda, con lo cual se pone en evidencia que podría haber subregistro del problema con un impacto negativo en la calidad de vida en aspectos físicos, económicos y psicosociales.

Ojengbede *et al.* (6) revisaron la prevalencia de la IU en África con 5001 mujeres de raza negra, adultas, con una edad promedio de 32 años y que vivían en Nigeria. Ellos encontraron que el 2,3 % tenía IU de estrés, el 1 % de urgencia y el 0,6 % mixta. Calificando los niveles de severidad encontraron que para el 0,5 % la IU fue severa, para el 0,1 % moderada y para el 2,2 % leve. La presencia de IU fue más frecuente en quienes tuvieron partos naturales especialmente con los casos de multiparidad.

Brito *et al.* (7) reportan la IU de estrés en el norte de Brasil señalando que el 15,34 % la tiene y que esta prevalencia no cambia con la edad. El 57,92 % señalaron haber pedido ayuda terapéutica. Sus hallazgos no mostraron asociación con variables socioeconómicas ni ginecológicas.

Fiegen *et al.* (8) evaluaron la prevalencia de la IU en mujeres indígenas del norte de los Estados Unidos para lo cual revisaron en un grupo de 234 mujeres de 18 a 80 años encontrando que en el 15,4 % se presentaba IU de estrés, en el 2,14 % IU de urgencia y en el 20,5 %, mixta.

Aitola *et al.* (9) estudiaron la prevalencia en Finlandia con un grupo de 8000 personas entre los 30 y 81 años de edad. La prevalencia de IF en el último año fue del 10,6 %, siendo más frecuente en mujeres. Las mujeres emplearon protección de la ropa interior con 9 veces más frecuencia y el 23,6 % la usó en forma permanente. Sus hallazgos señalan alta relación entre la IU y la IF. De los afectados, el 66 % sintió requerir ayuda pero solo el 27,2 % la pidió y el 10 % la recibió.

De Mello Portella *et al.* (10) estudiaron la prevalencia de IF en 190 mujeres con IU o con prolapso de un órgano pélvico. La IF se presenta en el 40,54 % de las mujeres con IU y en 27,91 % de

las que tenían un prolapso. Estos autores documentan un impacto negativo de la IF en la calidad de vida.

En resumen, estos estudios revelan que además de que la IU y la IF son frecuentes en poblaciones de diferentes partes del mundo estas se asocian de manera negativa con la calidad de vida.

La incontinencia es una condición heterogénea que va desde salida de gotas de orina al toser hasta IU total o mixta que implica IU e IF. La incontinencia afecta los aspectos físicos, psicológicos y sociales, y genera altos costos en el cuidado de la salud.

Incontinencia aguda frente a incontinencia establecida.

A partir de la literatura se pudo establecer una diferencia fundamental en la incontinencia y es su carácter de aguda frente a establecida, así como de la importancia de clasificarla para poder abordar su manejo. La incontinencia aguda se relaciona generalmente con una enfermedad pasajera o una nueva medicación, y se resuelve al tratarla o retirar el medicamento. La incontinencia establecida o de largo plazo, por el contrario, es la que persiste y se tiende a convertir en un problema crónico de salud. Se encuentran también reportados cinco grandes grupos de causas posibles de incontinencia que incluyen las urológicas, las neurológicas, las locomotoras y ambientales y las psicológicas. Comprender las causas permite hacer un manejo adecuado del problema.

Incontinencia establecida. Se puede clasificar en cuatro grupos: i) de estrés, ii) de urgencia, iii) de sobre flujo y iv) formas combinadas entre ellas (11).

Incontinencia de estrés es muy frecuente en personas mayores de ambos sexos y en mujeres jóvenes, puede ser de muy pequeñas cantidades de orina y no requerir de un tratamiento específico. Con frecuencia se asocia a soporte debilitado de tejidos que rodean la salida de la vejiga y la uretra, generados por la falta de estrógenos, por secuelas de los partos o de cirugías como la histerectomía. Los hombres eventualmente, luego de una prostatectomía transuretral, presentan este tipo de incontinencia y esta se asocia a daño en la uretra proximal.

Incontinencia de urgencia puede ser ocasionada por una variedad de desórdenes genitourinarios y neurológicos. Se asocia con vejigas inestables que tienen contracciones involuntarias, o a vejigas de baja capacidad de adaptación y que exceden las resistencias a la salida de orina generando incontinencia. En estos

casos una contracción franca puede no ocurrir, pero la presión del músculo detrusor se incrementa hasta con bajos volúmenes de orina en la vejiga. De otra parte, cuando estos síntomas se suman a un desorden neurológico se genera el denominado hiper reflejo del detrusor.

Los cambios por edad o enfermedad en la postura corporal o sus movimientos como en el caso de la tos, pueden generar contracciones vesicales involuntarias, por ello un paciente que tiene una incontinencia de estrés puede tener una vejiga inestable. Por su parte, la vejiga inestable puede ser tratada farmacológicamente y la vaginitis atrófica y la uretritis con inflamación y resequead de la mucosa puede generar irritación crónica, frecuencia urinaria, disuria, urgencia e incontinencia de urgencia. Los signos y síntomas, excepto por hallazgos microbiológicos de bacterias, son iguales a los de la infección urinaria, e incluso la bacteriuria y la poliuria algunas veces se presentan en personas con vaginitis atrófica y uretritis (11).

La retención urinaria con *incontinencia de sobreflujo* puede resultar de obstrucción funcional o anatómica de salida de orina, o de una vejiga hipotónica o no contráctil o de ambas. Las causas más frecuentes incluyen agrandamiento prostático, vejiga neuropática diabética y obstrucción uretral. El trauma raquimedular y la obstrucción anatómica en las mujeres generados por prolapso y distorsión uretral, son causas menos comunes de esta incontinencia. Varios tipos de medicamentos como anticolinérgicos, narcóticos y relajantes del músculo liso pueden contribuir a este tipo de incontinencia establecida (11).

Las *incontinencias mixtas* (de estrés, urgencia y sobreflujo) son aquellas que se presentan en combinación. Por ejemplo, una mujer con incontinencia de estrés puede tener además una vejiga inestable (11).

Incontinencia urinaria funcional o pseudoincontinencia

Por otra parte, la incontinencia funcional o pseudoincontinencia resulta cuando una persona que no tiene una afección genitourinaria no puede o no quiere ir al baño de forma oportuna. Esto puede ser por aspectos psicológicos o por baños de difícil acceso, entre otros.

Incontinencia fecal. La defecación es un proceso fisiológico que involucra múltiples mecanismos de músculos liso y estriado, inervación central y periférica, coordinación de respuestas refle-

jo, conciencia mental y habilidad física para llegar al baño. La alteración de cualquiera de estos mecanismos puede generar IF. La IF es menos frecuente que la IU (3). Sin embargo, quienes tienen IU con alguna eventualidad pueden presentar episodios de IF.

2. Asociación de la incontinencia con la enfermedad crónica

La relación entre la incontinencia y la EC es muy alta. La incontinencia es una condición muy frecuente en personas con enfermedad crónica y debe ser tomada en cuenta en su cuidado. Al respecto, von Gontard *et al.* (12) revisaron la IU en las personas con síndrome de Prader-Willi, caracterizado por retardo mental, baja estatura, obesidad e hipogonadismo. En su estudio incluyeron a 118 personas con dicho síndrome encontrando que la IU es más frecuente en ellos que en personas sanas. Su estudio aporta a una nueva mirada del cuidado que las personas con el síndrome de Prader-Willi requieren.

Foley *et al.* (13) estudiaron 5.474 personas mayores de 70 años que vivían en la comunidad con el propósito de determinar la relación entre la IU y el riesgo aumentado de caídas, encontrando que hay una relación positiva en todos los tipos de IU que se presentaron, señalando además que cuanto más amplia es la pérdida de orina, mayor es el riesgo de caída. Más aún, las caídas se asociaron con una peor calidad de vida en quienes tenían IU.

Busuttill-Leaver (14) señala que la IU no es una enfermedad, es un síntoma de alguna causa subyacente y que se asocia con enfermedades crónicas como diabetes y depresión. Las personas con IU reportan sentimientos de aislamiento social, soledad y estrés, sin embargo, los autores encontraron que al tratar la causa de base y manejar el síntoma mejora la calidad de vida.

Sinclair y Ramsay (15) estudiaron el impacto psicosocial de la incontinencia y documentan, entre otros, que entre 25-50 % de las mujeres con IU tienen disfunción sexual. Jha *et al.* (16) corroboran con su estudio estos hallazgos reflejando cómo se genera un círculo vicioso que tiende a la cronicidad.

El estudio adelantado por Hrisanfov y Häggglund (17), en Suecia, buscó la prevalencia y el estatus de la IU entre 728 personas de 50-75 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) atendidas en programas de atención primaria. Ellos encontraron que en este, como en otros casos, la prevalencia es mayor

en mujeres y en cualquier caso, elevada, con 49,6 % en el caso femenino y 30,3 % en los hombres. Sus resultados muestran asociación positiva del sobrepeso y los accesos de tos con predominio de la IU de estrés, con 52,4 % de los casos positivos y se encontró goteo posmicción en el 66,3 % de los hombres. La IU alteró las actividades cotidianas en la mayor parte de los casos, en especial en las mujeres; sin embargo, fueron ellas quienes más ayuda pidieron. Recomiendan los autores que en los planes de cuidado de los pacientes con EPOC se incluyan la cuidadosa valoración de la presencia de IU y su manejo consecuente.

En resumen, a pesar de la elevada frecuencia de la incontinencia y su asociación con la EC, solo aparecen reportes de casos muy especiales en algunas EC.

3. Factores asociados

La vejez como época de la vida en que hay mayor EC.

Uno de los factores que más se relaciona con la IU y la IF es el envejecimiento. Envejecer genera modificaciones que pueden favorecer la aparición de incontinencia sin que esta sea parte normal del mismo. Dentro de estos cambios están la disminución de la capacidad vesical, el incremento de la orina residual, las contracciones vesicales involuntarias que pueden llegar a generar frecuencia y urgencia, lo cual con la falta de movilidad puede generar incontinencia. La disminución de la presión uretral máxima, especialmente en las mujeres, se relaciona a su vez con la disminución de los estrógenos y pérdida de elasticidad en las estructuras pélvicas femeninas, predisponiendo a la incontinencia de estrés. La pérdida de estrógenos puede ocasionar también vaginitis atrófica, lo cual genera síntomas de disuria y urgencia, y predispone al desarrollo de infección urinaria e incontinencia de urgencia. En los hombres el agrandamiento prostático puede generar incontinencias de urgencia o sobreflujo (1).

Infección urinaria como un factor de riesgo. La infección urinaria y sus síntomas de urgencia, frecuencia y disuria, se asocian con la incontinencia (1).

Los medicamentos que reciben algunas personas con EC como factor de riesgo. Los medicamentos que se dan a las personas con enfermedad crónica como: i) diuréticos que incrementan el volumen y la frecuencia urinaria; ii) los que afectan la inervación vesical autónoma, el vaciamiento vesical y la uretra, como los anticolinérgicos, que causan retención con incontinencia

de sobre flujo, y los bloqueadores alfa adrenérgicos que disminuyen la resistencia de la salida de orina y el tono uretral; iii) las drogas sedantes e hipnóticas que disminuyen la conciencia sobre la necesidad de evacuar o la habilidad de llegar al baño (1).

Cambios por edad y multiparidad. Khori y Alkhateeb (18), en su estudio adelantado en un hospital de Jordania sobre la incidencia de IU y sus factores de riesgo con 500 participantes señalan que en ellas el 36,4 % reportó tener algún tipo de IU, aunque la mayor parte de estas mujeres no tenía problemas de salud relacionados. De ellas, el 73,6 % presentó IU de estrés, asociada con la edad, la paridad por vía vaginal y la menopausia. Esta IU se presentó con goteo al toser o estornudar en 76,4 %.

El estreñimiento. En el caso de la IF, las causas más comunes se relacionan con desórdenes neurológicos y colorrectales así como con problemas de estreñimiento frecuentes en la EC asociada a baja movilidad o a uso de laxantes. La limitación en el movimiento unida a baja ingesta de líquido y fibra hace que se endurezca la materia fecal, se irrite el recto y resulta generando moco y líquido. Este líquido gotea alrededor de la masa impactada de materia fecal y precipita la incontinencia. El estreñimiento es difícil de definir, técnicamente indica menos de tres deposiciones por semana, aunque muchas veces el término se utiliza para describir un paso difícil de las heces por el recto y ano o una percepción de evacuación incompleta (19).

4. Valoración clínica en la incontinencia

A continuación se enuncian los aspectos genéricos más significativos para tener en cuenta en la valoración clínica de los casos de incontinencia (Tabla 1).

Ness (19) estudió cómo la IF afecta la calidad de vida de las personas y la experiencia positiva de hacer una valoración adecuada para definir las causas del problema y poderlo manejar de manera efectiva.

Con respecto a la disponibilidad de instrumentos de validación han sido reportados y pueden ser útiles para clínicas de asesoría urológica. Chang *et al.* (20) tradujeron el cuestionario internacional de asesoría en incontinencia – Versión corta (ICIQ-UI SF), del inglés al taiwanés y reportan altos niveles de validez y confiabilidad.

Puede decirse que la valoración de una persona con EC que tenga IU o IF debe ser general puesto que sus causas se asocian

Tabla 1. Aspectos generales para tener en cuenta en la valoración clínica de la incontinencia

Herramientas de valoración	Aspectos para tener en cuenta
Historia clínica- Anamnesis	Características de la incontinencia aguda frente a establecida. Problemas de salud actuales. Medicamentos. Impacto de la incontinencia en el paciente y en el cuidador. Aparición de la incontinencia, frecuencia, tiempo (horario) en el que se presenta, cantidad de orina evacuada, sensación vesical, síntomas de urgencia frente a estrés, síntomas genitourinarios asociados (disuria, hematuria, tenesmo) o síntomas gastrointestinales asociados (estreñimiento, diarrea, dolor, distensión). Nivel de movilidad, estado mental, acceso a los baños.
Examen físico	General, movilidad, piel, abdominal, rectal, genital, inervación lumbosacra.
Laboratorios clínicos	Uroanálisis, urocultivo, glucosa sérica, calcio sérico.

Fuente: elaboración propia con base en la revisión de la literatura.

a diferentes razones y se manifiestan de formas distintas. La sistematización puede ser útil para no perderse en este procedimiento.

5. Manejo de la incontinencia

Aunque con mucha frecuencia la incontinencia no es curable, siempre puede ser manejada de forma que los pacientes estén más cómodos, los cuidadores menos sobrecargados y se minimice el costo del cuidado y las complicaciones.

Para el manejo de la incontinencia es fundamental determinar las necesidades de los pacientes, plantear los problemas prioritarios sobre los que se desea intervenir, y determinar los resultados esperados, que sean consecuentes con la condición clínica del usuario, el impacto a corto y largo plazo, y los recursos con los que se cuenta.

Miller y Miller (21), con base en su estudio de IU en los hombres, asociada a la hiperplasia prostática benigna, proponen el uso de la herramienta de valoración Índice de síntomas de la Asociación Americana de Urología (AUASI, por sus siglas en inglés) como base para definir el tratamiento. Señalan las autoras que este tipo de IU se asocia al goteo involuntario y a síntomas del tracto urinario bajo de urgencia, frecuencia y nicturia.

Medidas de soporte. Dentro de las medidas de soporte se cuentan la actitud positiva, la disponibilidad de baños alter-

nos (pato, cómoda), el entrenamiento vesical, evitar complicación iatrogénica, las ropas protectoras, los pañales, las técnicas comportamentales (entrenamiento vesical, horarios, condicionamiento), los cuidados de la piel, los horarios y el seguimiento. A continuación se detallan algunas de las más utilizadas.

Con frecuencia las personas mayores o quienes tienen su movilidad limitada manejan bien la incontinencia con horarios y limitan sus actividades sociales. Cuando tienen un problema adicional agudo o se encuentran en un medio restrictivo como el hospital, por lo general el balance se rompe. Es también frecuente que problemas de salud que generan poliuria (p. e. diabetes o hipercalcemia), ocasionen incontinencia (1).

De otra parte, la impactación fecal es un problema frecuente en las personas con enfermedad crónica que genera limitación. No es muy claro por qué esta se socia a la IU pero muchas veces al resolver los problemas de defecación la incontinencia mejora.

Jain *et al.* (22), con base en una revisión de la literatura, señalan que hay conflicto en la evidencia entre la efectividad del sling transuretral en la IU mixta. En el caso de la IU de urgencia la curación reportada es en promedio del 56,4 % mientras que en la IU de estrés varió entre el 85-97 %. Aunque recomiendan el empleo de estos aditamentos, sugieren seguimientos longitudinales a estos tratamientos.

Petros (23), buscando separar la IU de urgencia con la de estrés conocida y manejada como IU mixta, señala que si coexisten deben ser identificadas y manejadas de manera individual con el fin de lograr un mejor impacto. Solo puede hablarse, según este autor, de IU mixta si ambos síntomas son generados por laxitud en el ligamento pubouretral.

Ejercicio y fortalecimiento vesical. Tanto el ejercicio de la musculatura pélvica como el reentrenamiento vesical con seguimiento y horarios han sido documentados.

Roe *et al.* (3), en la revisión de manejo de la IU, señalan que el manejo más usado de la incontinencia fue el uso de pañales y acceso al baño con horario y recordación frecuente. Aunque se ven avances al documentar la práctica y la valoración de la incontinencia en las últimas tres décadas, aún se requiere mucho más.

Hanzaree y Steggall (24) describen el manejo de la IU. Dentro de sus aportes señalan los ejercicios de Kegell y cómo realizarlos (Tabla 2).

Tabla 2. Ejercicios de Kegell para fortalecer el piso pélvico

Propósito	Fortalecer la musculatura del piso pélvico para ayudar a aumentar el soporte de la vejiga y la uretra. Mejorar la circulación al periné y mejorar el tono del piso muscular.
Pasos	Contraer los músculos del periné o piso pélvico como si se tratara de evitar que salga un gas intestinal. Los músculos subirán y se centrarán.
	Empleando el mismo grupo de músculos simule interrumpir un chorro de orina. NO debe ser real para evitar evacuación incompleta.
	Evite pujar o agacharse mientras hace el ejercicio. Exhale aire con la boca abierta mientras realiza el ejercicio.
	La contracción debe ser intensa sin involucrar los muslos o las nalgas.
	La contracción debe durar de 5-10 segundos y si no se logra, trabajar para llegar a ello.
	Descansar 10 segundos entre cada contracción.
	Realice este ejercicio 10 veces cuando esté sentada.
	Luego haga varias contracciones rápidas-subiendo el piso pélvico, reteniendo un segundo y soltando. Busque hacerlo por 10 veces cada vez.
Estos ejercicios de contracciones lentas y rápidas deben hacerse 3-4 veces por día.	

Fuente: adaptado de Hanzaree y Steggall (24).

Liebergall-Wischnitzer *et al.* (25) compararon la efectividad de los ejercicios musculares circulares (método Paula) con el método de entrenamiento de músculos del piso pélvico desarrollados ambos durante doce semanas, frente a la función sexual y la calidad de vida de mujeres con IU de estrés. Los dos métodos resultaron efectivos, sin diferencias significativas entre ellos.

Los medicamentos. Inhiben o mejoran la contracción vesical, fortalecen o relajan el esfínter o mejoran el nivel hormonal (estrógenos).

La cirugía. Se realizan entre otras la suspensión del cuello vesical, la prostatectomía, la implantación de esfínteres, el cabestrillo o anillo uretral y el ensanchamiento vesical.

Malak (26) estudió el papel de la cirugía antiincontinencia en la IU de estrés señalando que esta debe ser una opción para quienes requieren o tienen antecedente de una cirugía de prolapso vaginal.

Svenningsen *et al.* (27) revisaron 137 casos de IU oculta como un factor predictor de IU de estrés posterior a la cirugía del prolapso de un órgano pélvico y encontraron una asociación significativa entre estos factores. Sin embargo, la IU no es un factor de identificación para la necesidad quirúrgica.

La Universidad de Maryland - Medical Center ofrece información pública y evidencia sobre los diferentes tratamientos quirúrgicos para manejo de la IU de estrés (esfuerzo) (28).

Glavind *et al.* (29) hicieron seguimiento de largo término (1-5 años) a la operación de cabestrillo suburetral (tensión free vaginal tape®) en 173 pacientes y encontraron que a pesar de algunas quejas, las pruebas objetivas mostraron resultados definitivos de mejoría.

Bekker *et al.* (30) revisaron la cirugía para la IU en la función sexual de las mujeres sin encontrar cambios posquirúrgicos sobre la frecuencia o satisfacción en sus relaciones pero sí una disminución en la IU durante las mismas.

Inyección de macroplástico. Varios clínicos investigadores han evaluado métodos de inyección de macroplástico que puede hacerse bajo anestesia local en un procedimiento ambulatorio para corregir la IU de estrés en mujeres y señalan que este implante es efectivo a corto, mediano y largo plazo, que es bien aceptado para corregir este síntoma y que tiene pocos efectos colaterales (30-33).

Los aparatos mecánicos o estimulación eléctrica. Hay diferentes tipos de estimulación. Entre estos se encuentra la estimulación percutánea del nervio tibial que se realiza con una aguja-electrodo fina sobre el tobillo mientras el paciente está sentado durante 30 minutos. Al terminar, e inmediatamente después del tratamiento, estará en condiciones de reanudar la actividad regular. Esta estimulación se usa para la vejiga hiperactiva y los síntomas asociados de urgencia urinaria, frecuencia urinaria e incontinencia de urgencia. El mecanismo lleva impulso eléctrico a lo largo del nervio tibial y luego al plexo del nervio sacro, los nervios responsables del control de la función vesical o fecal. No puede ser usado en quienes tienen marcapasos, desfibriladores o implantables, individuos con tendencia a hemorragia excesiva, individuos con daño nervioso que pudiera impactar en el funcionamiento del nervio tibial o del piso pélvico percutáneo, o en mujeres embarazadas o que planean quedar embarazadas.

Ghoniem *et al.* (34) adelantaron un piloto para manejar síntomas de IF con estimulación cutánea del nervio tibial que es un procedimiento ambulatorio sencillo. Este estímulo demostró importante mejoría mientras se mantuvo el tratamiento bajando episodios de entre 19,6 más o menos 21,0 a 9,9 más o menos 15 a las seis semanas y a 3,6 más o menos 4,8 al año.

Caremél *et al.* (35) buscaron describir los efectos de una modulación en el centro sacro en 51 pacientes que entre 2005 y 2010 recibieron este manejo. La principal indicación para esta modulación fue la IU de urgencia y 59,5 % con IF. Encontraron que aproximadamente la mitad de los pacientes (48,7 %) recibieron beneficio con este tipo de tratamiento. En especial se beneficiaron los que tenían incontinencia urinaria y fecal.

Leroi (36) hizo una revisión de la literatura sobre el rol de la neuromodulación sacra en la incontinencia doble, encontrando reportes de eficiencia entre el 30 y el 100 % de efectividad en pacientes con seguimiento de mediano plazo. Sugiere el autor que se trabaje en la investigación de estos mismos efectos a largo plazo.

Knorst *et al.* (37) estudiaron un grupo de 48 mujeres de edades entre los 35 y los 78 años en quienes la IU se asociaba al prolapso, a quienes hicieron estimulación eléctrica transvaginal y ejercicios del piso pélvico durante 15 sesiones semanales. Los autores encontraron que el 87,5 % de las participantes lograron la continencia, independientemente del tipo de IU que tuvieran.

Hogewoning *et al.* (38) valoraron la eficiencia del Miniarco (MiniArc) para curar la IU de estrés. Para ello estudiaron a 77 pacientes operadas con seguimiento de un año, tiempo después del cual el 68 % mostró mejoría y 44 % continencia. La cinta vaginal sin tensión (TVT) por sus siglas en inglés, mostró mayor efectividad.

Los catéteres. Hay de varios tipos: suprapúbicos, externos y sondas o catéter temporal o sonda vesical permanente. Las sondas solo para medición de orina estricta, por problemas de piel o para cuando hay retención que no puede corregirse por otra vía y no es factible cateterización intermitente.

Ouslander (39) y Schnelle (40) estudiaron los costos del cuidado de la IU. Ellos señalan que el uso de sondas es más costoso que el de pañales. Sin embargo, las horas dedicadas al cuidado pueden reflejar una realidad diferente frente a este hallazgo.

Baker y Ward-Smith (41) describen las condiciones especiales para el manejo de la IU en la cercanía a la muerte. Señalan que el manejo de la IU en los pacientes terminales debe tener consideraciones especiales que den dignidad y mejoren la calidad de vida. Sin importar la causa, generalmente la IU es estresante para el paciente y por ello las intervenciones deben satisfacer sus preferencias sociales, emocionales, psicológicas y sus necesidades físicas. Las intervenciones, además de ser apropiadas, deben ser respetuosas y acatar el deseo de cada individuo.

El estreñimiento y la impactación fecal. El manejo adecuado del estreñimiento previene la impactación fecal y la IF resultante. Lo primero para manejar el estreñimiento es revisar qué lo puede generar y cuando es un problema relativamente agudo es necesario mirar si hay enfermedad del colon, desórdenes endocrinos o metabólicos, depresión o efectos colaterales de las drogas. La dieta adecuada, incluidos líquidos y fibra, es importante para prevenir el estreñimiento. Mejorar la movilidad, la postura corporal y el tiempo y espacio adecuados para la defecación son pasos importantes. La privacidad y aprovechar el reflejo gastrocólico (presente pocos minutos después de comer) es importante. Los medicamentos para el estreñimiento deben ser empleados con cautela para prevenir que se genere un colon atónico o catártico.

La IF de origen neurológico es algunas veces susceptible de mejorar con terapia de retroalimentación, aunque cuando hay demencias de por medio es difícil obtener cooperación del paciente. Para algunos de estos pacientes es a veces necesario programar enemas un número determinado de veces a la semana. Por últi-

mo, los aditamentos especiales para las personas que tienen IF pueden ser de utilidad para prevenir complicaciones y desgaste a los cuidadores.

Markland *et al.* (42) revisaron los efectos de la pérdida de peso en la IF en 338 mujeres y encontraron una relación positiva entre la disminución de peso, los mejores hábitos nutricionales y el control de la IF.

Conclusiones

El tema de la IU y la IF ha sido ampliamente documentado en la literatura mundial entre los años 2009-2012. Hay más literatura disponible sobre la IU que sobre la IF. Los estudios que reportan frecuencia y tipología en conjunto muestran que las IU e IF son problemas importantes asociados con la EC. Los estudios que establecen relación directa entre la incontinencia y la EC muestran

cómo esta es un factor de riesgo para la aparición de IU e IF. Los estudios que ilustran otros factores asociados con la incontinencia y con la EC se vinculan a la edad, la enfermedad aguda sobreagregada y la historia ginecológica. No se tienen reportes en el género masculino. Los que abordan la forma de valorar la incontinencia permiten en conjunto señalar que a partir de una adecuada valoración se puede establecer un adecuado enfoque del problema. Por último, los estudios que dan aportes con respecto al manejo de la IU o IF en la EC señalan tendencias terapéuticas múltiples sobre las que se continúa construyendo evidencia. Llamamos la atención a dos aspectos especiales: 1) no se establece en algunos estudios clara diferencia entre la vejez y la EC; 2) no se reporten abordajes integrales al problema de la IU e IF en personas con EC.

Teniendo en cuenta el impacto de la IU e IF en la vida de las personas con EC el tema debe continuar explorándose en estudios posteriores.

Referencias

1. Kane R, Ouslanter J, Abrass I. *Essentials of Clinical Geriatrics*. 6th Edition. USA: Mc Graw Hill; 2008.
2. Ergul A, Nezihe B, Habibe E, Onay Y, Funda G. The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(23):3290-3298.
3. Roe B, Flanagan L, Jack B, Barrett J, Chung A, Shaw C, et al. Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;67(2):228-250.
4. Arzu I, Fatma A. The identification of urinary and fecal incontinence in older people and its effects over life quality: briefing and training. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2011;5(1):15-23.
5. Uslu S, Uysal Y, Sari D, Şahin S, Tekin N, Şenuzun F. Urinary incontinence at the women living in a nursing home and the quality of life of the women with urinary incontinence. *HealthMed*. 2011;5(5):1050-1057.
6. Ojengbede O, Morhason-Bello I, Adedokun B, Okonkwo N, Kolade C. Prevalence and the associated trigger factors of urinary incontinence among 5000 black women in sub-Saharan Africa: findings from a community survey. *BJU International*. 2011;107(11):1793-1800.
7. Brito L, Brito L, Chein M, Malheiros E, Duarte T, Pinto-Neto A. Stress urinary incontinence in climacteric women in a northeastern Brazilian municipality: a household survey. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(5):639-645.
8. Fiegen M, Benson K, Hanson J, Prasek J, Hansen K, VanEerden P. The prevalence of urinary incontinence in American Indian women from a South Dakota tribe. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(4):473-479.
9. Aitola P, Lehto K, Fonsell R, Huhtala H. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. *Colorectal Disease*. 2010;12(7):687-691.
10. De Mello Portella P, Feldner PC, da Conceição JC, Castro RA, Sartori GF, Girão M. Prevalence of and quality of life related to anal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *European Journal of Obstetrics & Gynecology & Reproductive Biology*. 2012;160(2):228-231.

11. Jean M. Shultz, Urinary incontinence. *Nursing*. 2010;33.
12. Von Gontard A, Didden R, Sinnema M, Curfs L. Urinary incontinence in persons with Prader-Willi Syndrome von gontard et al. urinary incontinence in persons with prader-willi syndrome. *BJU International*. 2010;106(11):1758-1762.
13. Foley A, Loharuka S, Barrett J, Mathews R, Williams K, McGrother K, et al. Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study. *Age & Ageing*. 2012;41(1):35-40.
14. Busuttil-Leaver R. Chronic diseases and incontinence. *Practice Nurse*: 2011;41(14):32-36.
15. Sinclair AJ, Ramsay IN. The psychosocial impact of urinary incontinence in women. *Obstetrician & Gynaecologist*. 2011;13(3):143-148.
16. Jha S, Strelley K, Radley S. Incontinence during intercourse: myths unravelled. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(5):633-637.
17. Hrisanfow E, Hägglund D. The prevalence of urinary incontinence among women and men with chronic obstructive pulmonary disease in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(13/14):1895-1905.
18. Khori F, Alkhateeb M. The incidence and risk factors of urinary incontinence. *Middle East Journal of Age & Ageing*. 2012;9(2):3-7.
19. Ness W. Fecal incontinence: causes, assessment and management. *Nursing Standard*. 2012;26(42):52-60.
20. Shioh-Ru C, Kuang-Ho C, Ting-Chen C, Ho-Hsiung L. A Taiwanese version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire - Urinary Incontinence Short Form for pregnant women: instrument validation. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(5/6):714-722.
21. Miller S, Miller M. Urological Disorders in Men: Urinary Incontinence and Benign Prostatic Hyperplasia. *Journal of Pharmacy Practice*. 2011;24(4):374-385.
22. Jain P, Jirschele K, Botros S, Latthe P. Effectiveness of midurethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*. 2011;22(8):923-932.
23. Petros P. Mixed urinary incontinence-time to uncouple urgency from stress? *International Urogynecology Journal*. 2011;22(8):919-921.
24. Hanzaree Z, Steggall M. Treatment of patients with urge or stress urinary incontinence. *Nursing Standard*. 2010;25(3):41-46.
25. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner D, Lavy Y, Manor O, Woloski AC. Sexual Function and Quality of Life of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial Comparing the Paula Method (Circular Muscle Exercises) to Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Exercises. *Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(6):1613-1623.
26. Malak M. The role of anti-incontinence surgery in management of occult urinary stress incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(7):823-825.
27. Svenningsen R, Borstad E, Spydsaug A, Sandvik L, Staff A. Occult incontinence as predictor for postoperative stress urinary incontinence following pelvic organ prolapse surgery. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(17):843-849.
28. University of Maryland Medical Center. Obstetrics, Gynecology and Reproductive Health. Minimally Invasive Bladder Repair for Stress Urinary Incontinence. [Citado 2012 jun 25]. Disponible en: http://www.umm.edu/womenscenter/bladder_repair.htm
29. Glavind K, Glavind E, Fenger-Gron M. Long-term subjective results of tension-free vaginal tape operation for female urinary stress incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(5):585-588.
30. Bekker M, Beck J, Putter H, Venema P, Nijeholt AL, Pelger R, et al. Sexual Function Improvement Following Surgery for Stress Incontinence: The Relevance of Coital Incontinence. *Journal of Sexual Medicine*. 2009;6(11):3208-3213.
31. Gumus, Ilknur Inegol; Kaygusuz, Ikbali; Derbent, Aysel; Simavli, Serap; Kafali, Hasan. Effect of the Macroplastique Implantation System for stress urinary incontinence in women with or without a history of an anti-incontinence operation. *International Urogynecology Journal*. 2011;22(6):743-749.

32. Peeker R, Edlund C, Wennberg L, Fall M. The treatment of sphincter incontinence with periurethral silicone implants (Macroplastique). *Scand J Urol Nephrol*. 2001;36:194-198.
33. Meulen H, Berghmans M, Nieman M, Kerrebroeck V. Effects of Macroplastique Implantation System for stress urinary incontinence and urethral hypermobility in women. *Int Urogynecol J*. 2009;20:177-183.
34. Ghoniem G, Corcos J, Comiter C, Westney OL, Herschorn S. Durability of urethral bulking agent injection for female stress urinary incontinence: 2-year multicenter study results. *J Urol*. 2010;183:1444-1449.
35. Caremel R, Damon H, Ruffion A, Chartier-Kastler E, Gourcerol G, Michot F, et al. Can Sacral Neuromodulation Improve Minor Incontinence Symptoms in Doubly Incontinent Patients Successfully Treated for Major Incontinence Symptoms? *Urology*. 2012;79(1):80-85.
36. Leroi A. The role of sacral neuromodulation in double incontinence. *Colorectal Disease. Supplement*. 2011;13:15-18.
37. Knorst M, Cavazzotto K, Henrique M, Resende T. Physical therapy intervention in women with urinary incontinence associated with pelvic organ prolapse. *Brazilian Journal of Physical Therapy / Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2012;16(2):102-107.
38. Hogewoning C, Ruhe I, Bekker M, Putter H, DeRuiter M, Pelger R, et al. The MiniArc sling for female stress urinary incontinence: clinical results after 1-year follow-up. *International Urogynecology Journal*. 2012;23(5):589-595.
39. Ouslander JG, Kane RL. The costs of urinary incontinence in nursing homes. *Medical Care*. 1984;22(1):69-79.
40. Schnelle JF, Sowell VA, Traughber B, Hu TW. A behavioural analysis of the labour cost of managing continence and incontinence in nursing home patients. *Journal of Organizational Behaviour Management*. 1988;9(2):137-153.
41. Baker B, Ward-Smith P. Urinary Incontinence Nursing Considerations at the End of Life. *Urologic Nursing*. 2011;31(3):169-172.
42. Markland A, Richter H, Burgio K, Myers D, Hernandez A, Subak L. Weight loss improves fecal incontinence severity in overweight and obese women with urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*. 2011;22(9):1151-1157.