

ARTÍCULO ORIGINAL

La incontinencia fecal no es una situación irremediable. Faecal incontinence is not an irremediable condition.

Dayuli Díaz Acosta,^I Elsa María Rodríguez Adams,^{II} Jacqueline C. Martínez Torres,^{III} José Ángel García Delgado,^{IV} Yahima Abreu Pérez,^V Ricardo Martínez Perea.^{VI}

- I** Licenciada en Cultura Física Terapéutica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- II** Licenciada en Cultura Física Terapéutica, Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- III** Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación, Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- IV** Especialista de II Grado en Medicina Física y Rehabilitación, Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- V** Licenciada en Terapia Física y Rehabilitación. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- VI** Licenciado en Cultura Física Terapéutica. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La incontinencia fecal es el escape involuntario de gases o heces a través del orificio anal, que expresa una función anómala de la región ano rectal, lo cual causa un problema higiénico, social y psicológico de los pacientes que lo padecen conllevando un deterioro en su calidad de vida.

Métodos. Se realizó un estudio preliminar, exploratorio, descriptivo, en 62 pacientes remitidos al servicio de disfunciones de suelo pélvico del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, aquejado de incontinencia fecal, y diagnosticados por la clínica y estudios electromiográficos. Los pacientes se dividieron en dos grupos según el cuadro clínico inicial: el grupo 1 con incontinencia fecal grado II o III y que padecieron la enfermedad por un periodo menor de un año de evolución, a los que se les aplicó la electroterapia superficial; más magnetoterapia y ejercicios de Kegel y el grupo 2, pacientes con incontinencia fecal grado I, con más de un año de evolución de la enfermedad a los que se les aplicó a la vez la electroterapia superficial con la intracavitaria, más la magnetoterapia y

ejercicios de Kegel. Resultados. En los casos evaluados predominó el sexo femenino (72 %), con edades mayores de 55 años, La respuesta clasificada de mejor fue de un 90% para el grupo 2 y de un 66% en el grupo 1. Conclusiones. Los pacientes de ambos grupos evolucionaron favorablemente; obteniendo un mayor por ciento de respuestas de mejor con la terapia intracavitaria más la superficial, lo cual nos justifica continuar con la terapéutica propuesta. Palabras clave: incontinencia fecal, disfunción de suelo pélvico

ABSTRACT

Introduction. The fecal incontinence is the involuntary escape of gases or grounds through the anal hole that expresses an anomalous function of the region anus rectal which causes a hygienic, social and psychological problem of the patients that suffer it bearing deterioration in the quality of life of these. Methods. A preliminary report of an exploratory, observational and descriptive study was made in 62 patients remitted to the service of disfunciones of pelvic floor of the service of Physical Medicine and Rehabilitation of the Medical Surgical Research Center, suffered of fecal incontinence, and diagnosed by the clinic and electromyography studies. These patients were divided in two groups according to initial symptoms. Group 1: Patients with fecal incontinence second or third degree, and evolution less than one year y group 2, fecal incontinence first degree with more than a year of..evolution Group 1 were applied, the magnetotherapy, electro superficial stimulation and exercises of pelvic floor, and group 2, magneto therapy, electro stimulation superficial and intracavitaria and exercises of floor pelvic Results. In the evaluated cases feminine sex was predominant (72%), with ages bigger than 55 years, The classified answer of better was of 90% for the group 2 and of 66% in the group 1. Conclusions. The patients of both groups evolved favorably; obtaining a bigger percent of answers of better with the therapy intracavitaria but the superficial one, that which justifies us to continue with the therapy proposal. Key words: fecal

incontinence, pelvic floor dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal (IF), está definida como el escape involuntario de gases o heces a través del orificio anal, lo que causa un problema higiénico y social. No es una enfermedad propiamente dicha, sino un síntoma clínico, que expresa una función anómala de la región recto anal. Se considera leve, cuando el paciente mancha ligeramente la ropa interior, o no puede controlar la emisión de heces sueltas ocasionalmente, y es grave cuando presenta una pérdida incontrolada de heces de consistencia normal.¹ Conlleva a un deterioro en la calidad de vida de los pacientes, pudiendo llevar a sociopatías graves. Numerosos pacientes afectados de incontinencia fecal, adoptan hábitos sociales y conductas de evitación de las relaciones personales y laborales.²

Son muy pocos los pacientes que manifiestan el problema a su médico, esto ocurre porque se sienten vergüenza y por considerarlo como parte de un proceso de envejecimiento o por desconocer que existen varias alternativas de tratamiento.

Entre las diversas causas que pueden provocar una incontinencia fecal, podemos señalar, las lesiones obstétricas (episiotomías en la línea media, desgarros obstétricos, partos largos, partos instrumentados), anomalías congénitas de uno o ambos esfínteres anales, heces blandas o urgencias intestinales, estreñimiento, daño nervioso o muscular, cirugía ginecológica, prostática o rectal (cirugía de abscesos peri anales, fístulas, hemorroidectomías o esfínterotomías), hemorroides o prolapsos rectales graves, colectomía o cirugía del intestino, consumo excesivo y crónico de laxantes, todo lo cual hace que los músculos del ano y del intestino se distiendan y debiliten.^{1,2}

La prevalencia real de la incontinencia no se conoce. Está demostrado que muchos pacientes no admiten su incontinencia, aunque se les pregunte de manera directa. A pesar de ello, estudios prospectivos estiman prevalencias entre un 2 y un 7% de la población general y hasta un 20% en ancianos. La incidencia se incrementa con la edad y con otras afecciones del suelo pélvico. La IF es más frecuente en mujeres, principalmente por motivos de disposición anatómica y funcional del aparato

reproductor femenino y también por el traumatismo asociado al parto por vía vaginal, así como el estreñimiento severo de larga evolución más frecuente en este sexo.²

Otros estudios refieren, que es un problema común de atención sanitaria y afecta del 5% al 10% de los adultos de la comunidad, con un 1% a 2% que manifiesta una repercusión significativa en las actividades diarias.³

El predominio de incontinencia fecal, en mujeres que viven en la comunidad menores de 40 años es de 6% y de 15%, en las mujeres de más edad. Entre los hombres, la incontinencia fecal se presenta entre 6% a 10%. De los portadores de incontinencia fecal, 50% tendrán también incontinencia urinaria. La severidad de incontinencia fecal aumenta con la edad.⁴

El tratamiento puede ser conservador y/o quirúrgico. Las intervenciones quirúrgicas están dirigidas a corregir anatómicamente y funcionalmente el recto, ano, suelo pélvico o esfínteres anales. Las intervenciones conservadoras consisten en adaptaciones dietéticas, medicación, materiales absorbentes, y fisioterapia, debiendo ser evaluado su uso antes que el tratamiento quirúrgico.^{5,6} La Rehabilitación y Fisioterapia, está dirigida al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico, retroalimentación biológica, entrenamiento del globo rectal y el estímulo eléctrico.⁷⁻¹⁰ El demostrar la utilidad de la aplicación de la electroterapia superficial unida a la magnetoterapia más ejercicios aplicados al suelo pélvico, así como la comparación con los resultados del mismo esquema anterior, pero usando electroterapia intracavitaria y superficial, a la vez, constituyó el objetivo de este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, observacional, descriptivo, de 351 pacientes que se remitieron a la consulta de disfunción de suelo pélvico, del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ), en el periodo de julio del año 2007 a noviembre del 2011, de los cuales 67 fueron diagnosticados de incontinencia fecal por diversas causas, con estudios electromiográficos comprobatorios del suelo pélvico.

Los pacientes, fueron evaluados por el médico especialista que confeccionó la historia clínica especializada, revisó y/o indicó exámenes complementarios, corroboró

el diagnóstico e indicó la pauta de tratamiento que consistió en:

Terapia magnética del suelo pélvico: 50Hz al 50% durante 15 minutos por ciclos de 10 días en la región pélvica.

Electro estimulación: Se utilizó corriente TENS excito motriz con frecuencias entre 5 y 300 hz para provocar una estimulación de los músculos del suelo pélvico, con la intensidad (mA) mejor tolerada por el paciente, con electrodos colocados superficialmente y/o intracavitaria. En la técnica superficial se ubica un electrodo en el abdomen debajo del ombligo y un bifilar en la zona perineal, mientras que en la intracavitaria se introduce un electrodo rectal. En el biofeedback¹¹ el paciente realiza el ejercicio de contracción de la región perineal durante el tiempo del estímulo eléctrico.

Ejercicios de Kegel: Ideados por el Dr. Arnold Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico. Hay varias maneras de realizar los ejercicios, pero todos se basan en contraer y relajar el músculo pubococcígeo o PC (también conocido como uno de los músculos del suelo pélvico) repetidas ocasiones, con el objetivo de incrementar su fuerza y resistencia, y así prevenir o evitar la incontinencia urinaria y otros problemas relacionados.¹² Existen dos tipos de ejercicios clásicos de fortalecimiento del suelo pélvico:

- 1- Contracciones lentas: Contraer los músculos como si se intentase detener la orina, tirándolos hacia arriba, mantenerlos así de 5 a 10 segundos mientras se respira suavemente. Relajar músculos durante 5 segundos más.
- 2- Contracciones rápidas: Contraer y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda durante 2 ó 3 minutos.

Se aplicó durante el tratamiento y se orientó a realizar en el domicilio tres veces por día, 10 repeticiones de 10 segundos de duración cada una, con una pausa de descanso de 10 segundos entre repeticiones. Estos tratamientos se pueden realizar solos o combinados una vez por día, 5 días a la semana por dos semanas luego del cual fue reevaluado por su médico de asistencia.

La Incontinencia se clasificó en Grado I, II, y III como sigue:

Grado I: (< 1/mes)

Grado II: (1/mes-1/sem)

Grado III: (> 1/sem)

La muestra se dividió en dos grupos según el cuadro clínico inicial, el grupo 1 con incontinencia fecal grado II o III y que padecen la enfermedad por menos tiempo, a los que se les aplicó la electroterapia superficial; más magnetoterapia y ejercicios de Kegel y el grupo 2, pacientes con incontinencia fecal grado I, con más de un año de evolución de la enfermedad a los que se les aplicó a la vez la electroterapia superficial con la intracavitaria, más la magnetoterapia y ejercicios de Kegel.

La evaluación evolutiva de los pacientes se realizó según criterios obtenidos de nuestra experiencia práctica, de acuerdo a lo expresado por el paciente en cuanto a su sintomatología y lo evidenciado por el médico en el examen físico evolutivo. Los pacientes se clasificaron en:

Curado: Eliminación total de las pérdidas de heces y gases.

Mejor: Disminución de las pérdidas de heces o gases o disminución del grado de la IF.

Peor: Cambios negativos de los síntomas y problemas encontrados.

Abandono: Paciente que no realiza al menos las 10 primeras sesiones de tratamiento

Los resultados se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS

La tabla No. 1, muestra la distribución de los pacientes según edad y sexo, predominando el sexo femenino con 47 pacientes para un 75.8% y solo 15 pacientes masculinos, representado por un 21.2%.

Tabla No. 1. Distribución de pacientes por grupos edades y sexo.

Grupos de edades(años)	Total de Pacientes	Sexo				Total	
		Femenino		Masculino			
		No.	%	No.	%	No.	%
< 30	10	6	9.6	4	6.45	10	16.2
30-45	9	7	11.2	2	3.2	9	14.5
46-55	15	13	20.9	2	3.2	15	24.2
>55	28	21	33.9	7	11.2	28	45.1
Total	62	47	75.8	15	24.2	62	100.0

La tabla No. 2, muestra las combinaciones de tratamiento y la evolución de los pacientes post – tratamiento. En el grupo 1, 2 pacientes se reportaron como curados y 12 continuaron en tratamiento con una evolución satisfactoria para un 77,1% en 48,5 sesiones terapéuticas como promedio. En el grupo 2, 1 estuvo curado y los otros 40 con una evolución favorable en 40 sesiones promedio, para un 93,1%. Debemos destacar que a este segundo grupo se le aplicó tratamiento intracavitario debido a su condición clínica inicial, luego de su evaluación médica especializada y comprobar en ellos daños más severos, con secuelas postquirúrgicas y una evolución más prolongada, además de haber probado otras alternativas de tratamientos anteriores sin encontrar solución a su enfermedad, y con una situación más crónica antes de llegar al servicio de rehabilitación. Es importante señalar, que en ambos grupos, todos los pacientes mostraron algún grado de respuesta (todos mejoraron los síntomas y problemas encontrados) o empeoraron.

Tabla No. 2. Sesiones promedio y evolución según tratamiento.

Tto.	Cantidad de pacientes	Sesiones promedio	Evolución				
			Curado	%	Mejor	%	Abandono
Grupo 1	18	48.5	2	11.1	12	66.0	4
Grupo 2	44	40	1	2.2	40	90.9	3
Total	62	35	3	4.8	52	83.8	1

p=,0059

DISCUSIÓN

Raguè J.M.⁸, reporta que las técnicas de rehabilitación ocasionan un incremento de la fuerza de contracción voluntaria máxima de los músculos del suelo pélvico y una mejoría del umbral de percepción rectal, lo que conduce a unos resultados clínicos excelentes: curación en el 50% de los pacientes y mejoría en el 75%; asimismo el efecto del tratamiento, se mantiene en el tiempo y no presenta ningún efecto secundario.

En la casuística acumulada de los pacientes portadores de alguna disfunción del suelo pélvico, el 17.6% correspondía a incontinencia fecal, hallazgo superior a lo reportado en la literatura consultada (5-15%), independientemente que existe un predominio de la incontinencia urinaria, los pacientes con incontinencia fecal son renuentes a informar el problema tanto a personas cercanas como al personal de la salud, y porque muchos médicos desconocen la existencia de tratamientos eficaces, las personas aquejadas por esta discapacidad sufren innecesariamente esta incontinencia y se sigue reportando un grupo mínimo del que realmente necesita de estos tratamientos. Coincidiendo con lo referido por autores consultados, en nuestra revisión, existe un predominio del sexo femenino^{2,4} y mayor incidencia en las edades mayores de 55 años, coincidiendo con algunos reportes de la literatura que señalan que es un problema común de la atención sanitaria y dan cifras de prevalencia entre un 5% a 10% de los adultos de la comunidad, con un 1% a 2% que manifiesta una repercusión significativa sobre las actividades diarias y que se torna más frecuente con el avance de la edad.⁹ La etiología de la incontinencia fecal es multifactorial. Se reporta, que existen diferencias entre las causas que provocan la incontinencia en mujeres de diversas edades que han solicitado tratamiento, debiendo identificarse las características de cada paciente.

El tratamiento médico, puede ser útil en casos de incontinencia fecal asociada a alteraciones en la fisiología de la defecación, en pacientes que demuestran integridad anatómica esfinteriana y del piso pélvico. Es útil, en casos de incontinencia parcial secundaria a una disminución del tono del esfínter anal interno, en pacientes con alteraciones de la sensibilidad y/o distensibilidad rectal, en casos de descenso perineal

y neuropatía pudenda, en algunos casos con daño neurológico, y debe formar parte del tratamiento integral del paciente con incontinencia fecal.

Si bien, tradicionalmente se había empleado la cirugía como método de elección para tratar la incontinencia fecal, actualmente se prefieren métodos menos invasivos para resolver este síntoma y se reporta¹⁰, que los pacientes que han recibido tratamientos no invasivos han obtenido mejoría sin recidivas y han manifestado satisfacción con los resultados de estos tratamientos. El tratamiento conservador comprende el manejo intestinal y la retroalimentación anal o biofeedback.⁵ El biofeedback, constituye una terapia de reeducación de la continencia que ha demostrado producir un incremento de la continencia de al menos el 70-80% en los pacientes seleccionados para esta terapia¹¹, por lo que se corrobora lo comunicado en la literatura^{6,9}, sobre los beneficios de la utilización del biofeedback y los ejercicios de suelo pélvico en el tratamiento de la incontinencia fecal. Además en nuestros casos empleamos la magnetoterapia, por los conocidos beneficios en el organismo de este agente físico.^{6, 9,10}

Teniendo en cuenta que no existen en nuestro país trabajos anteriores acerca de la combinación de estos procedimientos de medicina física como tratamiento para la incontinencia fecal, tomamos como referencia los resultados de esta investigación, que constituye un elemento novedoso en este campo. Hay reportes del empleo de múltiples abordajes no invasivos, técnicas psicológicas, ejercicios físicos, procedimientos de distensión pélvica, biorretroalimentación, alternativas diversas basadas en la medicina tradicional y la osteopatía y medicina física, pero no con el empleo de la magnetoterapia y electroterapia estimulativa combinadas, por lo que esta sería primera vez, que se utilizaría en Cuba.

No encontramos referencias de otros autores, con combinaciones de tratamiento físico como el nuestro, por ello, estudios a más largo plazo y mayor casuística permitirán concluir y evidenciar la eficacia objetiva de estas terapias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- *España M. Salinas J. Tratado de Uroginecología. Incontinencia Urinaria. Medicina STM, Editores. SL 2004. Cap 31.p.48-9.*

- 2- Muñoz-Duyos A, Montero J, Navarro A, García-Domingo M, Marco C. *Incontinencia fecal: neurofisiología y neuromodulación. Cir Esp. 2004;76(2):65-70.*
- 3- Hannaway CD, Hull TL. *Fecal incontinence. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008;35(2):249-69.*
- 4- Ortiz H, Marzo J, Armendáric P, Landefeld MD; Barbara J. *Bowers Prevention of Faecal and Urinary Incontinence in Adults. Annals. Originally published on 2008.p.143-49.*
- 5- Charúa Guindic L, Navarrete Cruces T. *Incontinencia Fecal. Rev Med Hosp Gen Mex. 2006;69(1):36-45.*
- 6- Norton C, Kamm MA. *Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults--a systematic review. Aliment Pharmacol Ther. 2001;15(8):1147-54.*
- 7- Wad A. *Faecal Incontinence in the Elderly Epidemiology and Management. Drugs and Aging. 2005;22(2);131-39.*
- 8- Ragué JM. *Trastornos del suelo pélvico. Cir Esp. 2005;77(5):254-7.*
- 9- Christiansen J. *Treatment of faecal incontinence in surgical specialist practice. Ugeskr Laeger. 2008;170(47):3867-70.*
- 10-Enck P. *Biofeedback training in disordered defecation. A critical review. Dig Dis Sci.1993;38(11):1953-60.*

Recibido: 7 de junio de 2012

Aceptado: 15 de agosto de 2012

Dayuli Díaz Acosta. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11B,
Siboney, Playa, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: dayulida@infomed.sld.cu