



100

Preguntas frecuentes sobre la **incontinencia fecal**

DRA. ALICIA RUIZ DE LA HERMOSA GARCÍA-PARDO

100 Preguntas frecuentes sobre la incontinencia fecal

D.L.: M-8490-2023

ISBN: 978-84-09-49700-3



© 2023 Coloplast Productos Médicos, S.A.
Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier
medio y/o soporte sin el debido consentimiento previo.

Indice

Capítulo 1 - Generalidades	11
Prevalencia	12
1. ¿Cómo de frecuente es la incontinencia anal?	12
2. ¿Por qué es tan importante la incontinencia anal?	12
3. ¿Cómo podemos detectar la incontinencia anal?	12
Definición	13
4. ¿Cómo definimos lo médicos la incontinencia anal?	13
5. ¿Cómo definen los pacientes la incontinencia anal?	14
Tipos de incontinencia	14
6. ¿Cuáles son los tipos de incontinencia anal?	14
7. ¿Qué es el soiling?	14
Causas de incontinencia	14
8. ¿Cuáles son las causas de incontinencia anal?	14
9. ¿Cuál es la causa más frecuente?	16
Capítulo 2 - Historia clínica	17
Historia clínica	18
10. ¿Cómo debe ser la historia clínica de un paciente con incontinencia anal?	18
11. ¿Qué antecedentes obstétricos relevantes deben preguntarse?	18
12. ¿Qué antecedentes médicos debemos recoger en la historia clínica?	18
13. ¿Qué antecedentes quirúrgicos pueden influir en la incontinencia anal?	19
14. ¿Qué datos específicos sobre la incontinencia anal debemos registrar?	20
Hábito intestinal	20
15. ¿Es importante preguntar por el hábito intestinal?	20
16. ¿Qué es la escala de Bristol?	20
17. ¿Qué es y para qué se utiliza un diario defecatorio?	21
Medicamentos	23
18. ¿Qué medicamentos pueden influir en la continencia anal?	23
Capítulo 3 - Exploración física y valoración de la gravedad	25
19. ¿Qué podemos ver en la inspección de un paciente con incontinencia anal?	26
20. ¿Qué podemos valorar con el tacto rectal?	26
21. ¿Es necesario una exploración ginecológica?	27
22. ¿Cómo valoramos la gravedad de la incontinencia?	27
23. ¿Cuál es la escala más utilizada?	27

Capítulo 4 - Pruebas diagnósticas	29
24. ¿Qué pruebas podemos hacer desde atención especializada?	30
25. ¿En qué consiste la ecografía endoanal?	30
26. ¿Cómo se realiza la ecografía endoanal?	31
27. ¿En qué consiste la manometría anorrectal?	31
28. ¿Cómo se realiza la manometría anorrectal?	31
29. ¿A qué pacientes deberíamos pedir una manometría anal?	33
30. ¿Qué es una ecografía transperineal?	33
31. ¿Qué es una defecografía convencional?	33
32. ¿Es útil la resonancia magnética nuclear?	34
33. ¿Se utilizan pruebas electrofisiológicas?	34
Capítulo 5 - Medidas higiénicas	35
34. ¿Cuáles son las medidas higiénicas a seguir por los pacientes con incontinencia anal?	36
35. ¿Cómo podemos proteger la piel perianal?	36
36. ¿Es frecuente la aparición de dermatitis perianal asociada a la incontinencia anal?	36
37. ¿Cuál es la importancia de tratar la dermatitis perianal de los pacientes con incontinencia?	37
38. ¿Cómo podemos tratar la dermatitis perianal en los pacientes con incontinencia?	37
39. ¿Qué rutinas o hábitos defecatorios debemos recomendar a los pacientes con incontinencia anal?	38
40. ¿Puede ser útil la aplicación de un supositorio o un enema para evitar la incontinencia anal?	38
41. ¿Qué importancia tiene la postura de defecación?	38
42. ¿Cuál sería la postura correcta?	39
43. ¿Cómo hacer pujos adecuados durante la defecación?	39
Capítulo 6 - Medidas dietéticas	40
44. ¿Qué recomendaciones dietéticas podemos dar a los pacientes con incontinencia anal?	41
45. ¿Es bueno recomendar la ingesta de fibra a los pacientes con incontinencia anal?	41
46. ¿Qué alimentos deben evitarse en caso de deposiciones blandas?	42
47. ¿Existe algún alimento o grupo de alimentos prohibidos?	43

Capítulo 7 - Medidas farmacológicas	44
48. ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos que podemos emplear en la incontinencia anal?	45
49. ¿Qué medicamentos usamos cuando los pacientes tienen deposiciones excesivamente blandas?	45
50. ¿Qué usamos cuando el paciente tiene incontinencia pasiva?	46
51. ¿Qué empleamos cuando el paciente tiene diarrea por rebosamiento?	46
52. ¿Qué podemos usar para la incontinencia a gases?	46
53. ¿Qué podemos emplear para pacientes con SII-D?	46
54. ¿Qué usamos para pacientes con diverticulosis y en el síndrome de resección anterior baja (LARS)?	47
55. ¿Qué usamos cuando hay alteración de la absorción de sales biliares?	47
Capítulo 8 - Tratamiento rehabilitador	49
56. ¿Cuál es el papel del médico rehabilitador en los casos de incontinencia anal?	50
57. ¿Qué debe incluir la exploración en la consulta de Rehabilitación?	50
58. ¿Necesitará el paciente hacer rehabilitación “toda la vida”?	50
59. ¿Es posible hacer Rehabilitación en el domicilio del paciente?	50
60. ¿Cuáles son las distintas opciones de tratamiento rehabilitador?	51
61. ¿Cuál es el programa ideal de Rehabilitación para un paciente con incontinencia fecal?	51
62. ¿Cuál es el papel del fisioterapeuta en la incontinencia fecal?	51
63. ¿Son útiles los ejercicios de Kegel para la incontinencia fecal?	51
64. ¿Fortalecer el suelo pélvico mejorará siempre la incontinencia fecal?	51
65. ¿Cómo se realizan los ejercicios de Kegel correctamente en casos de incontinencia fecal?	52
66. ¿Son útiles los hipopresivos en la Incontinencia fecal?	52
67. ¿En qué consiste el biofeedback anal?	53
68. ¿Es útil la electroestimulación transanal o transvaginal?	55
Capítulo 9 - Dispositivos para control de la incontinencia anal	56
Obturadores	57
69. ¿En qué consisten los obturadores o tapones anales?	57
70. ¿Son sencillos de utilizar?	57
71. ¿Quién puede usarlos?	57
Pañales	58
72. ¿A quién debemos recomendar los pañales?	58
73. ¿Qué tipos de pañales existen?	58
74. ¿Por qué es importante conocer los distintos tipos de pañales?	60

Capítulo 10 - Tratamientos especializados	61
Neuromodulación del tibial posterior	62
75. ¿En qué consiste la neuromodulación del tibial posterior?	62
76. ¿Cuándo está indicada?	62
77. ¿Son buenos los resultados de la neuromodulación del tibial posterior?	63
Irrigación transanal	63
78. ¿En qué consiste la irrigación transanal?	63
79. ¿Existen dispositivos especiales para la irrigación transanal?	63
80. ¿Qué paciente es candidato a la irrigación?	64
81. ¿Qué beneficios aporta la irrigación?	64
Capítulo 11 - Tratamientos quirúrgicos	66
82. ¿Cuáles son los tratamientos quirúrgicos reales actuales?	67
Esfinteroplastia	67
83. ¿En qué consiste la esfinteroplastia?	67
84. ¿Cuáles son los resultados de la esfinteroplastia?	67
Neuromodulación de raíces sacras	67
85. ¿En qué consiste la neuromodulación de raíces sacras?	67
86. ¿En qué casos está indicada la neuromodulación de raíces sacras?	68
87. ¿Qué resultados tiene la neuromodulación de raíces sacras?	69
Gatekeeper	70
88. ¿En qué consiste el Gatekeeper/Sphinkeeper?	70
89. ¿En qué casos está indicado Gatekeeper/Sphinkeeper?	70
90. ¿Cuáles son los resultados de Gatekeeper/Sphinkeeper?	70
Colostomía	71
91. ¿En qué casos se necesita hacer una colostomía en un paciente con incontinencia anal?	71
Capítulo 12 - Importancia de la Atención Primaria en la incontinencia anal	72
92. ¿Cuál es la principal medida que podemos realizar desde Atención Primaria?	73
93. ¿Cuál es el papel de la enfermería en Atención Primaria?	73
94. ¿Cuál es el papel de la matrona en Atención Primaria?	74
95. ¿Es necesario solicitar alguna prueba desde Atención Primaria?	74
96. ¿Qué opciones de tratamiento conservador podemos ofrecer desde Atención Primaria?	75
97. ¿Podemos recomendar algún medicamento desde Atención Primaria?	75
98. ¿En qué momento derivar a atención especializada?	75
99. ¿Cuál es el especialista que se encarga de esta patología?	75
100. ¿Qué hago si no sé dónde enviar al paciente?	75

Prólogo

La incontinencia es una situación invalidante, estresante y vergonzante. Probablemente esto solo lo saben los que la sufren. Siempre ha sido un tema que me ha inquietado, más aún porque los conocimientos que se reciben sobre este tema durante la carrera de medicina son nulos. Durante la especialidad tampoco es una patología a la que se le preste especial importancia.

De repente un día te encuentras ante un paciente con incontinencia en la consulta y no sabes qué hacer. No puedes ayudarlo. Te cuenta que tiene miedo de salir a la calle porque no sabe cuándo se le escapará, no pasea, no va a la playa, no come con amigos, no visita a sus familiares, no se lo ha contado a su pareja, no vive. Y lo peor es que yo no puedo ayudarlo porque no sé cómo hacerlo. ¡Puedo curar a un paciente con cáncer de colon pero no sé cómo ayudar a un paciente con incontinencia!

Me puse manos a la obra y poco a poco con pequeños avances y pocos recursos conseguí grandes mejorías para muchos pacientes. Me animé a contactar con ASIA, la asociación de pacientes con incontinencia anal, de la que había oído hablar en un Máster que hice sobre patología del suelo pélvico. No sabía quienes eran y ellos no sabían quién era yo, pero de alguna manera supimos que juntos podríamos ayudar y ahora formo parte de un gran equipo multidisciplinar de médicos y pacientes que buscamos un objetivo común: dar visibilidad a la incontinencia anal y ayudar a quien lo necesite.

Seguro que habrás tenido en la consulta pacientes con incontinencia anal sentados al otro lado de tu mesa. ¿Qué le pregunto? ¿Cuál es la causa? ¿Cómo puedo tratarlo? ¿Qué pruebas necesito pedirle? ¿A qué especialista lo remito? Yo también me hice esas preguntas y si tú también te las has hecho, este libro con 100 FAQ puede ayudarte.

El objetivo de esta guía es orientar en el manejo de la incontinencia desde el paso inicial que es la detección de los casos hasta los tratamientos más especializados, pasando por los datos necesarios de la historia clínica, la exploración, las pruebas diagnósticas y los tratamientos más básicos. Está diseñado en forma de preguntas y respuestas para hacerlo más ameno y sencillo y han colaborado grandes especialistas encargados del tratamiento de esta patología en toda España. No lo abandones en un cajón. Podrías necesitarlo.

Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo

Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Editora

Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo
Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Autores

Alberto Manzanares Briega
Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria.
Centro de Salud Buenos Aires. Madrid.

Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Angels Roca Font
Presidenta de la Asociación de Incontinencia
anal (ASIA). Barcelona.

Arantxa Muñoz Duyós
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitari MútuaTerrassa. Barcelona.

Beatriz López Cano
Graduada en Enfermería.
Enfermera de Atención Primaria
y Comunitaria.
Centro de Salud Rejas. Madrid.

Carolina Sánchez Melián
Graduada en Enfermería y Diplomada en
Nutrición Humana y Dietética.
Clínica Universitaria de Navarra. Madrid.

Elena Bermejo Marcos
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Elena Viejo Martínez
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Laura Morales Ruiz
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Maite Carreras Alberti
Tesorera de la Asociación de Incontinencia anal
(ASIA). Barcelona.

María Luisa de Fuenmayor Valera
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Marta Barceló López
Especialista en Medicina de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Marta González Bocanegra
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Patricia Ortega Domene
Especialista en Cirugía General y del Aparato
Digestivo.
Hospital Universitario Infanta Leonor.
Madrid.

Rebeca Pérez-Bolivar Morcuende
Matrona.
Centro de Salud Buenos Aires. Madrid.

Rus Torrecilla Estesó
Diplomada en Fisioterapia.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Yovana Rodríguez Maldonado
Diplomada en Enfermería, Experto en
Estomaterapia y Máster en Coloproctología
para Enfermería.
Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Acrónimos

ACV	Accidente cerebro vascular
ASIA	Asociación incontinencia anal
DAI	Dermatitis asociada a incontinencia
DSP	Disfunciones del Suelo Pélvico
EAI	Esfínter anal interno
EII	Enfermedad inflamatoria intestinal
IA	Incontinencia anal
IF	Incontinencia fecal
IMC	Índice de masa corporal
LARS	Síndrome de resección anterior baja
PCR	Proteína C reactiva
SII	Síndrome de intestino irritable
SII-D	Síndrome de intestino irritable predominio diarrea
VSG	Velocidad de sedimentación globular
RT	Radioterapia

Capítulo 1



Generalidades

Autora:

Dra. Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo.

Prevalencia

1. ¿Cómo de frecuente es la incontinencia anal?

Mucho más de lo que pensamos. A día de hoy la IA sigue siendo un tabú y el hecho de que el paciente no relate sus síntomas fácilmente al médico que le atiende, hace pensar que exista una cierta infraestimación de la prevalencia. Además, existe gran dificultad a la hora de evaluar los estudios ya que no existe uniformidad en la definición de incontinencia, en las herramientas para medirla y en el tipo de población estudiada.

Los datos clásicos nos hablaban de una prevalencia del 2% pero los estudios más recientes describen un 7,7% (rango entre el 2 y el 20%). Si nos centramos en la población mayor de 70 años estas cifras llegan al 15% y mucho más si nos referimos a pacientes institucionalizados en los que esta cifra puede llegar al 30-45% y en el caso de pacientes institucionalizados con demencia asciende al 80%. Volviendo a la población general, en una revisión sistemática se observa que la prevalencia varía en función de la inclusión o no de la incontinencia a gases en la definición de IF. Si se incluye, la prevalencia varía del 2 al 24%, mientras que si se excluye se reduce de 0,4 al 18%. En cualquier caso, cifras muy elevadas si lo comparamos con enfermedades más “conocidas y habituales”. En España sabemos por el estudio di@bet.es que el 13,8% de los españoles mayores de 18 años tiene diabetes tipo 2, una cifra muy preocupante, pero eso quiere decir que hay más personas con incontinencia anal que con diabetes. Es cierto que la diabetes se asocia con un número muy elevado de fallecimientos, pero la incontinencia anal produce muertes en vida por el aislamiento social que conlleva. ¿De verdad sigues pensando que la incontinencia anal es sólo una enfermedad de ancianos o algo poco importante?

2. ¿Por qué es tan importante la incontinencia anal?

La importancia radica en la gran afectación de la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Como comentábamos antes conlleva un aislamiento social y llega a afectar a la esfera laboral, familiar y sexual. El miedo a los escapes condiciona que no quieran salir de casa o de su ambiente controlado y de confort. No importa cómo sean de frecuentes los escapes o la gravedad que presenten en las escalas porque, aunque solo tengan un escape al mes, la incertidumbre de cuándo, dónde y cómo le sucederá, y el estado de alerta que acompaña a esa incertidumbre lo sufren a cada minuto, a cada hora y cada día. Es una enfermedad que se sufre los 365 días del año y la gran mayoría de las ocasiones en silencio.

3. ¿Cómo podemos detectar la incontinencia anal?

La mejor manera es preguntar a nuestros pacientes. Está demostrado que una actitud proactiva permite detectar pacientes con incontinencia anal que de otra manera no nos lo contarían. Los estudios demuestran que solo entre un 10 y un 30%

de los pacientes con incontinencia consultan con su médico por este motivo. La mayoría se sienten avergonzados, piensan que no tienen solución o piensan que es poco importante. Si nosotros no preguntamos, el paciente no nos lo contará. Los estudios demuestran, que la mayoría de los pacientes prefieren que sea el médico quien pregunte directamente sobre la incontinencia.



Definición

4. ¿Cómo definimos lo médicos la incontinencia anal?

La incontinencia anal se define como la incapacidad para retener el contenido intestinal ya sean heces sólidas, líquidas o gases, hasta el momento y lugar socialmente aceptados. Si no incluimos los escapes de gases en la definición y solo nos referimos a los escapes de heces, el término correcto sería incontinencia fecal, cuyo uso está más generalizado.

5. ¿Cómo definen los pacientes la incontinencia anal?

La incontinencia para los pacientes es una situación agotadora ya que se esfuerzan constantemente por esconderlo. Intentan ocultar la vergüenza, la humillación, el temor al escape, el enfado. Al mismo tiempo se las arreglan para buscar un baño, asearse, cambiarse de ropa y volver a su vida normal como si nada hubiera pasado pero además pensando que en cualquier momento les puede volver a suceder. Cuando le preguntamos a los pacientes qué es para ellos la incontinencia anal, estas son algunas de sus respuestas: “La incontinencia es para mí no hacer mi vida normal”, “Humillación”, “Para mí la incontinencia es lo peor que me ha podido pasar, es una desesperación, depresión, asco a mí misma, obsesión, impotencia”.

Una paciente de ASIA (Asociación Incontinencia Anal), dijo en una entrevista que es una patología “muda, sorda y ciega” y es cierto ya que los pacientes no lo quieren contar, los sanitarios muchas veces no lo sabemos escuchar y la sociedad no lo quiere ver.

Tipos de incontinencia

6. ¿Cuáles son los tipos de incontinencia anal?

Podemos distinguir tres tipos de incontinencia:

- Incontinencia anal: es la incapacidad de retener los gases.
- Incontinencia pasiva: se trata de escapes fecales de forma inconsciente, sin haber tenido previamente deseo defecatorio. Puede ser de escasa cantidad o incontinencia pasiva completa.
- Urgencia defecatoria: consiste en la necesidad urgente de evacuar con necesidad de correr para llegar a un aseo pero sin la presencia de escape.
- Incontinencia de urgencia: es la incapacidad de retener las heces a pesar de correr para intentar evacuar en el aseo.

7. ¿Qué es el soiling?

Se trata del ensuciamiento o manchado de la piel perianal o de la ropa interior, sin llegar a considerarse incontinencia anal aunque puede llegar a ser igual de molesto. Puede ser continuo o postdefecatorio y se asocia a frecuentes problemas de dermatitis e irritación perianal.

Causas de incontinencia

8. ¿Cuáles son las causas de incontinencia anal?

Lo primero que debemos saber es que es una condición que no forma parte del envejecimiento normal. Distinguimos 7 grandes grupos según la etiopatogenia:

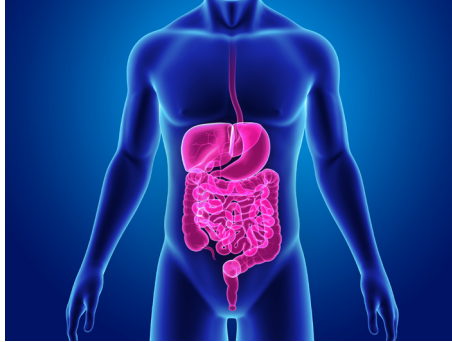
- **Incontinencia fecal muscular obstétrica:** pacientes con lesiones del esfínter

anal externo o ambos esfínteres que debutan con incontinencia al poco tiempo de producirse el parto, o que desarrollan incontinencia fecal antes de la menopausia (lesión oculta). La incidencia de lesiones esfinterianas en primíparas oscila entre el 35%-41%, aunque solo un tercio tienen síntomas.

- **Incontinencia fecal muscular no obstétrica:** pacientes con cirugía anal previa o traumatismo anal con lesiones musculares que justifican la incontinencia.



- **Incontinencia fecal neurológica:** pacientes con trastornos neurológicos que se asocian frecuentemente a incontinencia anal, con integridad de ambos esfínteres. En este grupo estarían la demencia, Parkinson, ACV, tumores cerebrales, esclerosis múltiple, traumatismos medulares, compresión medular, mielitis, cirugía pélvica que lesiona el sacro o sus raíces.
- **Incontinencia fecal congénita:** es la ligada a malformaciones anorrectales congénitas.
- **Incontinencia fecal multifactorial:** presentan varios factores que en sí mismos no son causa imprescindible de incontinencia pero que asociados entre ellos o a la edad y la debilidad intrínseca del suelo pélvico pueden causar incontinencia. Entre estos factores destacarían la multiparidad, partos distócicos, estreñimiento crónico o cirugías anales sin lesión esfinteriana.
- **Incontinencia fecal colorrectal:** se trata de pacientes sin lesión esfinteriana que debutan con la incontinencia tras tratamiento de neoplasia de recto, incontinencia fecal rádica, incontinencia fecal por hábito deposicional diarreico no corregible (cirugía bariátrica o pancreática, resecciones intestinales extensas, EII, SII, diverticulosis, malabsorción, intolerancias, colecistectomía, celiaquía, colitis colágena), incontinencia fecal por o tras prolapso de recto.



• **Incontinencia fecal Idiopática:** Son pacientes sin defectos en las exploraciones anatómicas y de fisiología ano-rectal, ni factores de riesgo asociados pero que presentan incontinencia.

9. ¿Cuál es la causa más frecuente?

La incontinencia en la mayoría de las ocasiones presenta un origen multifactorial. La causa más común de lesión estructural de los esfínteres anales es el trauma obstétrico y es la causa más frecuente en mujeres jóvenes. En varones mayores de 70 años la causa más frecuente es la RT secundaria a cáncer de próstata. Cada vez es más frecuente ver pacientes con incontinencia anal como consecuencia de tratamientos de cáncer de recto, ya que con los avances tecnológicos se consigue realizar una cirugía preservadora de esfínteres, pero presentan lo que se denomina síndrome de resección anterior baja.

Bibliografía

1. Ng KS, Sivakumaran Y, Nassar N, Gladman MA. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors--A Systematic Review. *Dis Colon Rectum*. 2015;58(12):1194-1209. doi:10.1097/DCR.0000000000000514
2. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, Parry BR. The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(8):1341-1349. doi:10.1007/s10350-004-0593-0
3. Wainstein C, Quera R, Quijada MI. Incontinencia fecal en el adulto: un desafío permanente. *Rev Med Clin Condes* 2013;24(2):249-261.
4. Ribas Y, Coll M, Espina A, et al. Initiative to improve detection of faecal incontinence in primary care: The GIFT Project. *Fam Pract*. 2017;34(2):175-179. doi:10.1093/fampra/cmz004
5. Kunduru L, Kim SM, Heymen S, Whitehead WE. Factors that affect consultation and screening for fecal incontinence. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(4):709-716. doi:10.1016/j.cgh.2014.08.015
6. Muñoz-Duyos A, Navarro-Luna A, Marco-Molina C. Propuesta de una nueva clasificación de consenso para la incontinencia fecal. *Cir Esp* 2008;83:235-41.
7. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993 Dec 23;329(26):1905-11.
8. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg*. 2003 Nov;90(11):1333-7.
9. Thekkinkattil D.K., Lim M., Stojkovic S.G., Finan P.J., Sagar P.M., Burke D. A classification system for fecal incontinence based on anorectal investigations. *Br J Surg*.2008; 95:222-8.

Capítulo 2



Historia clínica

*Autora:
Dra. Elena Viejo Martínez.*

Historia Clínica

10. ¿Cómo debe ser la historia clínica de un paciente con incontinencia anal?

Debe ser lo más exhaustiva posible recogiendo antecedentes obstétricos, antecedentes médicos y quirúrgicos relacionados con la incontinencia y posibles medicamentos que afecten la continencia. Además se debe preguntar sobre el tipo de incontinencia y la frecuencia con la que se presenta, características de las deposiciones y hábitos defecatorios.

11. ¿Qué antecedentes obstétricos relevantes deben preguntarse?

Durante la anamnesis de la paciente con incontinencia anal es muy importante revisar la historia ginecológica. Debe preguntarse el número de gestaciones y de partos vaginales, si algún parto fue prolongado (especialmente en el expulsivo) o con necesidad de instrumentación (sobre todo uso de fórceps y ventosa).

Se han detectado en partos con fórceps hasta el 80- 83 % de laceraciones ocultas del esfínter anal. Así mismo es importante si se realizó **episiotomía** o si hubo un **desgarro** durante el mismo y si éste fue reparado. Hasta el 40% de las pacientes refieren incontinencia anal tras un desgarro del esfínter anal, aunque la lesión se identifique y repare en el parto. También se debe preguntar si algún recién nacido presentó elevado **peso al nacer** o algún embarazo fue gemelar o múltiple.

Es importante preguntar si tras los partos presentó incontinencia anal, aunque fuera transitoria, lo que nos haría pensar en una posible lesión nerviosa por tracción y elongación del pudendo que se recuperó posteriormente. Sabemos que entre los 3-6 meses después de un parto vaginal o por cesárea el 13-25% de las mujeres refieren síntomas de incontinencia anal y que esta cifra se reduce al 1-6% a los 12 meses.

12. ¿Qué antecedentes médicos debemos recoger en la historia clínica?

Es fundamental recoger una serie de antecedentes médicos que pueden estar relacionados con el desarrollo de incontinencia anal. El primer dato clínico importante es la **edad**, seguido de historia de **tabaquismo** (efectos deletéreos de la nicotina en el tránsito colónico y la distensibilidad rectal), **enolismo** u **obesidad** (relacionados con el aumento de la presión intrabdominal y debilitamiento del suelo pelviano) y **menopausia**.

Enfermedades médicas como la **diabetes mellitus** (causa de neuropatía autonómica, presión disminuida del esfínter anal interno), **enfermedad inflamatoria intestinal** (puede producir proctitis con pérdida de la distensión rectal y alteraciones del hábito intestinal), **síndrome de intestino irritable**, **enfermedad diverticular**, **colitis colágena**, **antecedentes de radioterapia** (alteración de la distensibilidad rectal), **sífilis**, **alteraciones congénitas rectales** (agenesia o atresia rectal, fístulas cloacales, enfermedad de Hirschsprung...), **estreñimiento crónico**.

Es importante conocer si existen **intolerancias alimentarias** que modifiquen el tránsito intestinal (lactosa, sorbitol, fructosa) o síndromes de **malabsorción**.

Se debe preguntar por **patologías neurológicas**, tanto **centrales** (demencia, enfermedad de Parkinson, ACV, tumor cerebral...) como **medulares** o de raíces sacras (esclerosis múltiple, traumatismo medular, meningocele, compresión medular por tumores, espondilosis cervical, mielitis, espina bífida, agenesia sacra, traumatismo sacro...) que pueden causar pérdida de la sensibilidad rectal y/o denervación muscular.

Antecedentes de lesiones de esfínter anal accidental o **traumático** (empalamiento o fractura pélvica).

En pacientes ancianos institucionalizados preguntar por antecedentes de impactación fecal previa (prevalencias de hasta el 42%), ya que produce diarrea o incontinencia por rebosamiento debido a una constante inhibición del tono del esfínter anal interno permitiendo la fuga de heces alrededor de la impactación.

Es también muy importante preguntar por la **coexistencia de incontinencia urinaria**.

13. ¿Qué antecedentes quirúrgicos pueden influir en la incontinencia anal?

Existen cuatro grandes grupos de intervenciones quirúrgicas que debemos tener en cuenta en los pacientes con incontinencia anal:

- **Cirugía proctológica:** esfinterotomías o la inyección de toxina botulínica para el tratamiento de la fisura anal, hemorroidectomía y tratamiento de fístulas perianales. Todas ellas pueden llegar a dañar el esfínter anal interno o el esfínter anal externo y producir incontinencia en más del 18% de los pacientes operados.
- **Cirugía pélvica:** como neoplasia rectal o anal, cirugía por prolapso de recto, cirugía prostática o ginecológica ya que pueden dañar los nervios pélvicos o lesión directa del esfínter anal interno durante una anastomosis colorrectal con las endograpadoras.
- **Cirugía abdominal:** Colectomía, resecciones intestinales, cirugía de la obesidad con bypass gastroyeyunal, gastrectomías, resección pancreática o en general cualquier cirugía que implique malabsorción, disminución de la superficie de absorción con diarrea o alteración de la absorción de sales biliares.
- **Cirugías de columna vertebral:** con posible lesión de raíces nerviosas.

14. ¿Qué datos específicos sobre la incontinencia anal debemos registrar?

Debemos realizar una anamnesis detallada de la incontinencia fecal, el tiempo de evolución de los síntomas, intensidad y frecuencia de los síntomas, la asociación con incontinencia urinaria o prolapsos, variabilidad en el tiempo y posibles factores desencadenantes, presencia de episodios nocturnos, si se ha modificado su hábito intestinal, el número de deposiciones diarias y consistencia de las heces y el grado de afectación de la calidad de vida. Debemos diferenciar mediante la anamnesis el tipo de incontinencia que presentan, si se trata de una incontinencia pasiva, una urgencia defecatoria o una incontinencia de urgencia. En el caso del manchado de la ropa interior (soiling) hay que diferenciar si es de predominio postdefecatorio o si se produce en cualquier momento del día. Así mismo debemos diferenciar si la incontinencia es para heces sólidas, líquidas o gases y el grado de sensación rectal.

Habito intestinal








15. ¿Es importante preguntar por el hábito intestinal?

Sí, es importante preguntar al paciente sobre el hábito intestinal puesto que este tiene un impacto importante en el desarrollo y evolución de la incontinencia fecal. La baja ingesta de fibra o el esfuerzo defecatorio prolongado en pacientes con estreñimiento crónico o anismo pueden provocar daños del nervio pudendo. La diarrea es un factor importante en el desarrollo de incontinencia. Los estudios demuestran que la presencia de deposiciones excesivamente blandas es un factor de riesgo independiente a todos los otros mecanismos y que puede aumentar el riesgo de incontinencia hasta 53 veces y por tanto es la primera medida a corregir.

16. ¿Qué es la escala de Bristol?

Es una escala visual desarrollada por la Universidad de Bristol que clasifica la forma de las heces en siete grupos. Mediante esta escala se ha demostrado que la forma de las heces se correlaciona bien con el tiempo de tránsito intestinal total medido por gammagrafía o con marcadores radioopacos de forma que los tipos 1, 2 y 3 representan heces duras y se correlacionan con tiempos de tránsito lento, el tipo 4 heces blandas, tránsito regular y los tipos 5, 6 y 7 heces como puré o líquidas, tránsito muy rápido (diarrea).

La importancia de esta escala es que permite al paciente ver un dibujo con la forma de las heces y, además, al lado del mismo se explica la consistencia y la forma poniendo ejemplos fácilmente reconocibles. Además permite unificar la descripción y que todos entendamos lo mismo.

Escala de Bristol	
	TIPO 1 Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad
	TIPO 2 Con forma de salchicha, pero compuesta de fragmentos duros apilados
	TIPO 3 Como una salchicha, pero con grietas en la superficie
	TIPO 4 Como una salchicha lisa y suave
	TIPO 5 Trozos pastosos con bordes bien definidos
	TIPO 6 Pedazos blandos y esponjosos con bordes irregulares
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

17. ¿Qué es y para qué se utiliza un diario defecatorio?

Los diarios defecatorios son una serie de preguntas a rellenar por los pacientes diariamente sobre los episodios de incontinencia, medidas a adoptar y la repercusión de dichos episodios en su calidad de vida. Confieren una mayor fiabilidad a la evaluación clínica por su carácter cuantitativo. Debe rellenarlo por un periodo mínimo de 2-3 semanas.

Responda a estas preguntas, poniendo un palito cada vez que le ocurra una de las siguientes situaciones	Día						
	1	2	3	4	5	6	7
He tenido que ir corriendo al cuarto de baño pero HE LLEGADO A TIEMPO y NO se me ha escapado nada							
He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
He ido a hacer de vientre normal SIN TENER QUE CORRER							
Número total de veces que hecho de vientre este día (Sume todos los palitos DE ESTE DÍA)							



Respuesta a estas preguntas	Día						
	1	2	3	4	5	6	7
¿Ha necesitado hoy compresa?	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no
¿Ha manchado hoy un poco la compresa o la ropa interior?	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no
¿Cómo ha sido la caca hoy?	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal	Dura Blanda Normal
¿Ha tomado hoy algún laxante? Apunte abajo qué tomó	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no
¿Ha tomado hoy algo para estreñirse? Apunte abajo qué tomó	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no
¿Ha realizado hoy maniobras especiales para mejorar su continencia (enemas, supositorios...)?	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no
Sus escapes, ¿le han perjudicado hoy en su actividad social, sexual o laboral?	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no	sí no

Medicamentos

18. ¿Qué medicamentos pueden influir en la continencia anal?

Numerosos fármacos pueden alterar la consistencia y frecuencia de las deposiciones y alterar la función mental de los pacientes contribuyendo a la incontinencia fecal. Es importante preguntar por la toma de laxantes, fármacos anticolinérgicos, antidepresivos, cafeína, relajantes musculares, olmesartan, metformina, tratamientos hormonales en mujeres postmenopáusicas, antibióticos, etc.

Bibliografía

1. Del Río C, S. Biondo y J. Marti-Rague, Fecal incontinence. Patient assessment and classical treatments. *Cir Esp*, 2005; 78 Suppl 3: 34-40. doi:10.1016/s0009-739x(05)74642-x
2. Parés D, Pera M, Cartanyà A y cols. Results from a specialist directed national survey about clinical evaluation of fecal incontinence. *Cir Esp*. 2009;86(3):154-158. doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.030
3. Laycock J. Patient assesment In *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*. Laycock J and J Haslam (Eds). ISBN1-85233-224-7 Springer. Verlag London Limited 2002:45-54
4. Bellicini N, Peter J Molloy, Phillip Caushaj y cols. Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 2008;53(1):41-46. doi:10.1007/s10620-007-9819-z
5. Browning GG, Parks AG. Postanal repair for neuropathic faecal incontinence: correlation of clinical result and anal canal pressures. *Br J Surg*. 1983;70(2):101-104. doi:10.1002/bjs.1800700216
6. Miller R, Bartolo DC, Locke-Edmunds JC y cols. Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg*. 1988;75(2):101-105. doi:10.1002/bjs.1800750204
7. Pescatori M, Anasasio G, Bottini C y cols. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum*. 1992;35(5):482-487. doi:10.1007/BF02049407
8. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97. doi:10.1007/BF02050307
9. Maeda Y, Parés D, Norton C y cols. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(4):436-442. doi:10.1007/s10350-007-9157-4
10. Rockwood, T.H. y cols. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9-17. doi:10.1007/BF02237236
11. Minguez, M., et al., Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(4):490-499. doi:10.1007/s10350-006-0514-5
12. Madoff, R.D., et al., Faecal incontinence in adults. *Lancet*. 2004;364(9434):621-632. doi:10.1016/S0140-6736(04)16856-6
13. Macmillan, A.K., et al., Design and validation of a comprehensive fecal incontinence questionnaire. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(10):1502-1522. doi:10.1007/s10350-008-9301-9

Capítulo 3



Exploración física y valoración de la gravedad

Autora:

Dra. Patricia Ortega Domene.

19. ¿Qué podemos ver en la inspección de un paciente con incontinencia anal?

Realizaremos la exploración física preferiblemente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), valorando la presencia de cicatrices perianales y anales (heridas obstétricas, episiotomías o incluso secundarias a traumatismos previos), irritaciones o dermatitis (típica de IF crónica al mantener la región húmeda y contaminada), patología perianal intervenida (cicatrices de hemorroidectomía, fistulotomía, esfinterotomía, exéresis de lesiones perianales...) o patología perianal actual (sospecha de orificios fistulosos, fisura anal, tumoraciones perianales...). Se valorará también el cierre del canal anal, la existencia de un ano patuloso (abierto) y la presencia de soiling. Valoraremos el reflejo anocutáneo (su ausencia sugerirá daño neurológico) y la maniobra de Valsalva.

Además en la inspección podemos ver la presencia de prolapso (cistocele, rectocele, uretrocele, histerocele, prolapso rectal) y la existencia de descenso perineal, con ayuda de la maniobra de Valsalva.

20. ¿Qué podemos valorar con el tacto rectal?

Con el tacto rectal descartaremos patologías anorrectales o tumoraciones perianales. En los pacientes con IF, el tacto rectal ofrece información sobre la longitud del canal anal, el tono basal o en reposo y el tono del esfínter anal externo durante la maniobra de contracción (pidiendo al paciente que contraiga o intente aguantar una ventosidad). Podemos valorar también el tono del músculo puborrectal (introduciendo profundamente el dedo índice, dirigiéndolo hacia el sacro y pidiendo al paciente que realice una contracción). El tacto rectal es también útil para valorar el ángulo anorrectal, posibles defectos esfinterianos palpables y el espesor del cuerpo perineal (mediante exploración bimanual recto-vaginal). La musculatura del suelo pélvico se puede cuantificar con la escala de Oxford de 0 a 5.

Escala de OXFORD para la valoración de la contractilidad de la musculatura del suelo pélvico	
0/5	Ausencia de contracción
1/5	Contracción muy débil
2/5	Contracción débil
3/5	Contracción moderada con tensión mantenida
4/5	Contracción buena. Mantenimiento de la tensión con resistencia
5/5	Contracción fuerte. Mantenimiento de la tensión con fuerte resistencia

21. ¿Es necesario una exploración ginecológica?

Debemos considerarla como parte de la exploración física de la paciente con IF para evaluar el resto de compartimentos del suelo de la pelvis, así como posibles prolapsos asociados (cistocele, rectocele, enterocele, uretrocele, histerocele, prolapso rectal), especialmente cuando existan antecedentes obstétricos.

22. ¿Cómo valoramos la gravedad de la incontinencia?

Es importante tratar de cuantificar la IF e indagar en la repercusión que tiene sobre la calidad de vida del paciente. El modo de estratificar la gravedad de la IF eliminando el componente subjetivo será utilizando escalas, pues no existe un índice fisiológico que lo refleje de forma exacta. De este modo podremos orientar nuestra estrategia terapéutica y comparar resultados tras el tratamiento.

23. ¿Cuál es la escala más utilizada?

Con respecto a las escalas disponibles, son muy numerosas y no hay un consenso universal. Browning y Parks en 1983 fueron pioneros en proponer una escala basada en el grado, frecuencia y naturaleza.

Escala de IF de Browning y Parks	
Categoría	Descripción
1	Continencia normal a sólidos, líquidos y gases
2	Continencia para sólidos y líquidos pero no para gases
3	Continencia para sólidos únicamente. Presencia de fuga fecal
4	Incontinencia completa.

Otras escalas posteriores han sido las de Miller y cols. en 1988 o la de Pescatori y cols. en 1992 Pero la más utilizada en la práctica clínica es la escala de IF desarrollada por Wexner en 1993 y que, además de valorar la consistencia del escape, incorpora su impacto en actividades cotidianas del paciente (uso de compresas, alteración del estilo de vida).

Escala de incontinencia fecal de Wexner-Cleveland					
	No	Ocasional (< 1 /mes)	Semanal (<1/mes, >1/sem)	Frecuente (>1/sem)	Diaria
Aire	0	1	2	3	4
Heces líquidas	0	1	2	3	4
Heces sólidas	0	1	2	3	4
Compresa	0	1	2	3	4
Alteración estilo de vida	0	1	2	3	4

La escala propuesta por el grupo del Hospital St. Mark's, además de valorar el tipo

de incontinencia (para sólidos, líquidos, gases o imposibilidad de realizar una vida normal), añadió otros aspectos: uso de medicación astringente, si lleva pañal o utiliza tampón y si el paciente es capaz de diferir la defecación 15 minutos.

Escala de St. Mark's (0= Perfecto. 24=Incontinencia completa)					
	Nunca	< 1 /mes	< 1/sem	>1/sem	> 1/día
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gases	0	1	2	3	4
¿El problema le impide realizar una vida normal social, sexual, laboral?	0	1	2	3	4
¿Toma astringentes?	NO	0		SI	2
¿Lleva compresa, tampón o pañal?	NO	0		SI	2
¿Puede diferir la defecación 15 min?	NO	4		SI	0

También se emplean otras escalas que se centran más en la calidad de vida del paciente, como la "Fecal Incontinence Quality of Life" y su adaptación y validación al castellano. Existen también escalas generales de calidad de vida (SF-12, SF-36 o Manchester). En un intento por aunar criterios han surgido propuestas como la Escala Comprehensive Fecal Incontinence Questionnaires o C-FIQ de Macmillan y cols, que contempla aspectos etiológicos, clínicos y epidemiológicos.

Bibliografía

1. Del Río C, S. Biondo y J. Martí-Rague, Fecal incontinence. Patient assessment and classical treatments. *Cir Esp*, 2005; 78 Suppl 3: 34-40. doi:10.1016/s0009-739x(05)74642-x
2. Parés D, Pera M, Cartanya A y cols. Results from a specialist directed national survey about clinical evaluation of fecal incontinence. *Cir Esp*. 2009;86(3):154-158. doi:10.1016/j.ciresp.2009.01.030
3. Laycock J. Patient assesment In Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Laycock J and J Haslam (Eds). ISBN1-85233-224-7 Springer. Verlag London Limited 2002:45-54
4. Bellicini N, Peter J Molloy, Phillip Caushaj y cols. Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 2008;53(1):41-46. doi:10.1007/s10620-007-9819-z
5. Browning GG, Parks AG. Postanal repair for neuropathic faecal incontinence: correlation of clinical result and anal canal pressures. *Br J Surg*. 1983;70(2):101-104. doi:10.1002/bjs.1800700216
6. Miller R, Bartolo DC, Locke-Edmunds JC y cols. Prospective study of conservative and operative treatment for faecal incontinence. *Br J Surg*. 1988;75(2):101-105. doi:10.1002/bjs.1800750204
7. Pescatori M, Anasatasio G, Bottini C y cols. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum*. 1992;35(5):482-487. doi:10.1007/BF02049407
8. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97. doi:10.1007/BF02050307
9. Maeda Y, Parés D, Norton C y cols. Does the St. Mark's incontinence score reflect patients' perceptions? A review of 390 patients. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(4):436-442. doi:10.1007/s10350-007-9157-4
10. Rockwood, T.H. y cols. Fecal Incontinence Quality of Life Scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43(1):9-17. doi:10.1007/BF02237236
11. Minguez, M., et al., Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(4):490-499. doi:10.1007/s10350-006-0514-5
12. Madoff, R.D., et al., Faecal incontinence in adults. *Lancet*. 2004;364(9434):621-632. doi:10.1016/S0140-6736(04)16856-6
13. Macmillan, A.K., et al., Design and validation of a comprehensive fecal incontinence questionnaire. *Dis Colon Rectum*. 2008;51(10):1502-1522. doi:10.1007/s10350-008-9301-9

Capítulo 4



Pruebas diagnósticas

Autoras:

Dra. Marta González Bocanegra.

Dra. Marta Barceló López.

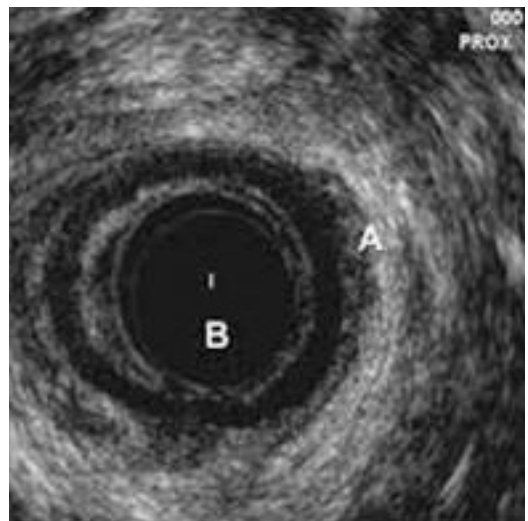
24. ¿Qué pruebas podemos hacer desde atención especializada?

Son necesarias algunas pruebas básicas como una **anuscopia** que permite valorar la existencia de masas, hemorroides, fisuras o la presencia de moco, sangre o pus. A veces también es conveniente una **rectoscopia rígida** que valora el estado de la ampolla rectal o una **colonoscopia completa** si se sospechan otras patologías. Puede ser útil también una **radiografía abdominal** para descartar impactación fecal incluso en pacientes con ampolla recta vacía, ya que pueden tener una impactación fecal alta.

Además realizaremos otras **pruebas más específicas** como son la ecografía endoanal, ecografía transperineal, la manometría anorrectal, la defecografía (convencional o por resonancia magnética) o estudios electrofisiológicos.

25. ¿En qué consiste la ecografía endoanal?

Es una prueba que nos permite valorar el estado de los músculos que forman el aparato esfinteriano del ano, detectando posibles defectos por cirugías previas, traumatismos o atrofias; valorar estructuras adyacentes como el tabique recto-vaginal y detectar posibles patologías asociadas como la presencia de trayectos fistulosos o colecciones ocultas. Se realiza mediante una sonda de ultrasonidos que abarca los 360° y tiene un diámetro de unos 10-15 mm. Se introduce por el ano protegida por un preservativo y lubricada con gel ecográfico o lubricante. Es una prueba con una alta sensibilidad y especificidad en identificar defectos en ambos esfínteres cuando es efectuada por personal experimentado. Es un examen fundamental para evaluar a los pacientes con incontinencia anal y la información que nos aporta nos permite tomar mejores decisiones sobre los tratamientos que podemos ofrecer.



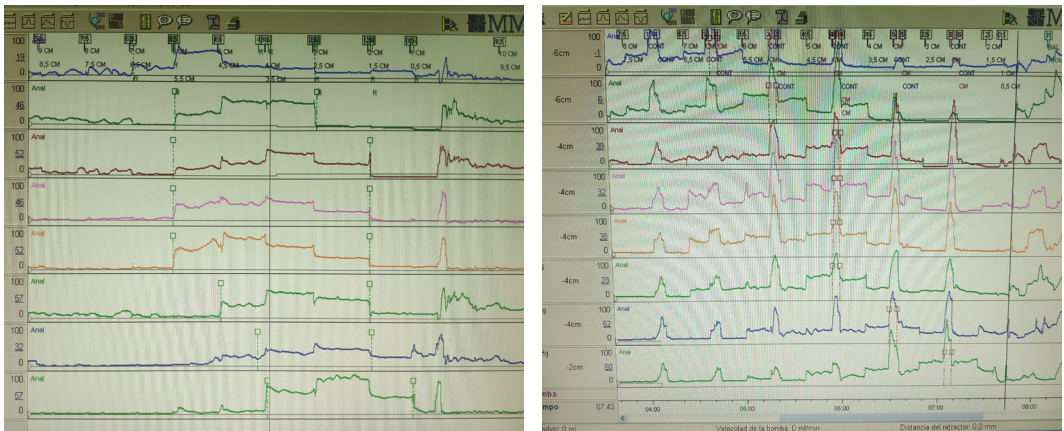
Anuscopia y ecografía endoanal del canal anal medio. Imágenes cedidas por la Dra. A. Ruiz de la Hermosa.

26. ¿Cómo se realiza la ecografía endoanal?

Se realiza en decúbito lateral izquierdo, en posición de Sims. Dado que la sonda tiene un tamaño similar a un dedo, la exploración es inocua y no requiere anestesia. Se realiza en forma ambulatoria, dura aproximadamente entre 15 o 20 minutos. No necesita ayunas y no es necesario preparación salvo que vayamos a realizar también una ecografía endorrectal en cuyo caso se recomiendan dos enemas previos a la preparación.

27. ¿En qué consiste la manometría anorrectal?

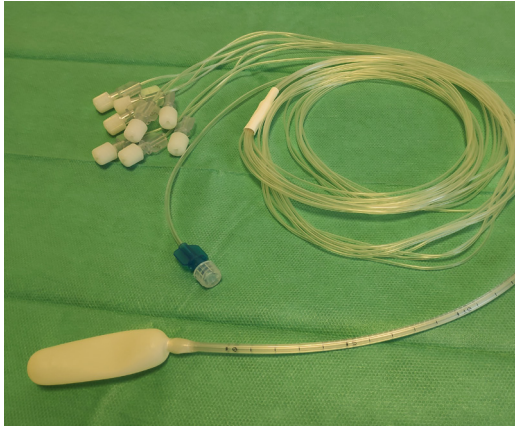
La manometría anorrectal es una técnica que permite, mediante el registro simultáneo de las presiones en el conducto anal y la ampolla rectal, evaluar los mecanismos fisiopatológicos de las principales patologías que afectan a la continencia y la defecación. Mediante esta técnica se registran parámetros como longitud del canal anal, presión máxima de reposo del conducto anal, presión máxima durante la contracción voluntaria, duración de esta presión máxima de contracción voluntaria, reflejo tusígeno, reflejo rectoanal inhibitorio, o sensación rectal, siendo todos ellos parámetros imprescindibles para el conocimiento de las alteraciones funcionales de pacientes con incontinencia. Se realiza tanto en condiciones de reposo como simulando diferentes situaciones fisiológicas (maniobra de defecación, esfuerzo de retención, tos...)



Trazado manométrico de presión de reposo de canal anal (izquierda) y trazado manométrico de presión de contracción máxima (derecha). Imágenes cedidas por la Dra. M. Barceló López.

28. ¿Cómo se realiza la manometría anorrectal?

Se realiza introduciendo por el ano una sonda muy fina y con balón en el extremo. La exploración es indolora, no requiere anestesia y al igual que la ecografía se realiza de forma ambulatoria y tiene una duración aproximada de 20 minutos. La realización de la manometría requiere un instrumental específico, como catéteres intraluminales, sistemas de registro de presiones, bombas de perfusión y programas de computación que permitan registrar, analizar, monitorizar y almacenar los datos de la exploración.



Sonda de manometría con balón en extremo distal. Imágenes cedidas por la Dra. M. Barceló López.



Detalle de sistema de perfusión hidroneumocapilar. Imágenes cedidas por la Dra. M. Barceló López.

29. ¿A qué pacientes deberíamos pedir una manometría anal?

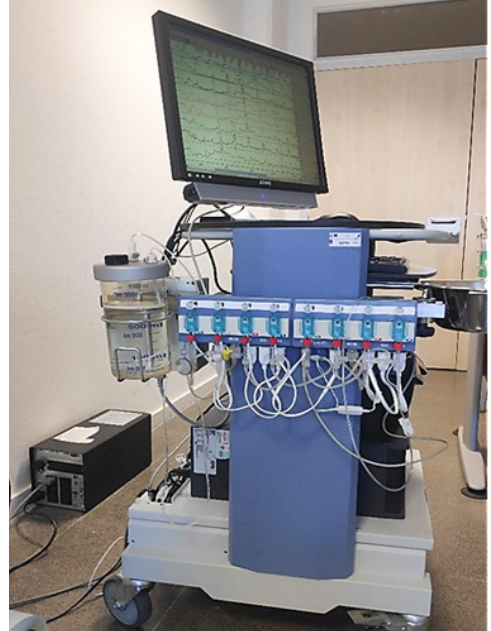
La manometría anorrectal es una técnica imprescindible para el diagnóstico fisiopatológico de la incontinencia fecal y por tanto debería pedirse a todos los pacientes con incontinencia fecal independientemente del grado. Las únicas contraindicaciones para su realización son la falta de colaboración del paciente y la existencia de defectos o enfermedades del ano-recto que impidan la colocación de un catéter.

30. ¿Qué es una ecografía transperineal?

Es una ecografía en la que se utiliza una sonda lineal o convexa, como las que se utilizan para las ecografías abdominales. La sonda se sitúa sobre la zona perineal y/o los labios mayores de la vagina. No precisa la introducción del transductor en ninguna cavidad del organismo, pero sí notará el frío del gel ecográfico y una discreta presión de la sonda en la zona del periné que se moverán en diferentes sentidos. Permite valorar tanto la estructura como la función del aparato esfinteriano del ano, así como el comportamiento de los demás órganos pélvicos como la vejiga, la uretra, la vagina, el útero y el cuello uterino, el intestino delgado y el recto, tanto en reposo, como durante la contracción voluntaria del esfínter anal y la maniobra de esfuerzo defecatorio. La información que nos proporciona esta técnica nos facilitará tomar la decisión terapéutica más apropiada para tratar la incontinencia fecal y/o urinaria en caso de presentarla. Es una buena alternativa a la ecografía endoanal cuando ésta no puede realizarse por dolor o estenosis anal y es también una alternativa a la defecografía convencional evitando así la radiación de esta última.

31. ¿Qué es una defecografía convencional?

Es una prueba que utiliza rayos X, en la que se sentará en un váter especial, radiolúcido, permitiendo valorar mediante radiografías el proceso completo de la defecación, en unas circunstancias prácticamente idénticas a las que se tienen de forma habitual. Se realizarán radiografías tanto en reposo como mientras realiza una serie de maniobras que incluyen: la contracción voluntaria del aparato esfinteriano y del suelo pélvico, la maniobra de Valsalva (imitar la maniobra defecatoria pero sin llegar a evacuar) y la defecación completa, que consigue realizarse en las mismas circunstancias que lo hace el paciente. Permite determinar cambios en la anatomía y la función del recto y del ano, así como valorar los movimientos del suelo pélvico



*Equipo de manometría convencional.
Imágenes cedidas por la Dra. M. Barceló López.*

durante la defecación. Para realizarla se toman 400ml de bario por vía oral 1,5 horas antes de la prueba y además se introduce en el recto, mediante una cánula con un balón, unos 300 ml de una papilla de consistencia similar a las heces y con un contraste que permite visualizarla en las radiografías. En ocasiones se realizará un sondaje vesical para repleccionar la vejiga con contraste yodado y se introducirá un gel de sulfato de bario en la vagina con posterior colocación de un tampón vaginal. Después se pasa al asiento que simula un váter para realizar el estudio.

32. ¿Es útil la resonancia magnética nuclear?

Sí, ya que nos sirve para realizar una defecografía por RMN. La defecoRMN es una RM de la región pélvica que permite evaluar la anatomía y función de las estructuras pélvicas en los 3 compartimientos: anterior, medio y posterior, tanto en reposo como realizando la contracción voluntaria del esfínter anal y el suelo pélvico, realizar pujos (maniobras de Valsalva) y por último realizando la evacuación del contenido rectal. Aporta mayor información que la defecografía convencional, ya que permite la visualización directa de todas las estructuras pélvicas, así como los movimientos que se producen durante las diferentes maniobras.

Para su realización es necesario introducir un contraste rectal que al final de la exploración el paciente tendrá que expulsar como si hiciera una deposición, para lo cual le proveerán de un pañal preparado. Esto puede limitar en parte la interpretación de la prueba, ya que difiere sustancialmente de la forma habitual de realizar la deposición.

33. ¿Se utilizan pruebas electrofisiológicas?

La electromiografía del nervio pudendo aporta información sobre la integridad neuromuscular tanto en reposo como en contracción y tras diversos estímulos. También puede estudiarse la sensibilidad del canal anal pero ambas técnicas no modifican la actitud terapéutica y por ello actualmente su uso es muy limitado.

Bibliografía

1. Bharucha AE. Update of tests of colon and rectal structure and function. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40(2):96-103. doi:10.1097/01.mcg.0000196190.42296.a9
2. Rao SSC, Azpiroz F, Diamant N, Enck P, Tougas G, Wald A. Minimum standards of anorectal manometry. *Neurogastroenterol Motil.* 2002;14(5):553-559. doi:10.1046/j.1365-2982.2002.00352.x
3. Nuernberg D, Saftoiu A, Barreiros AP, et al. EFSUMB Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound Part 3: Endorectal, Endoanal and Perineal Ultrasound. *Ultrasound Int Open.* 2019;5(1):E34-E51. doi:10.1055/a-0825-6708
4. Sociedad Española de Diagnóstico por Imagen del Abdomen (SEDIA). Guías y protocolos: Informe estructurado de suelo pélvico. Disponible en: <http://www.sedia.es/informe-estructurado-de-suelo-pelvico/>

Capítulo 5



Medidas higiénicas

Autoras:

Dña. Yovana Rodríguez Maldonado.

Dña. Rus Torrecilla Estesó.

34. ¿Cuáles son las medidas higiénicas a seguir por los pacientes con incontinencia anal?

Las medidas higiénicas en los pacientes con incontinencia anal se basan en tres aspectos fundamentales. Por un lado el cuidado y la protección de la piel perianal, por otro las rutinas y los hábitos defecatorios y finalmente la postura y los pujos defecatorios.

35. ¿Cómo podemos proteger la piel perianal?

La incontinencia fecal puede producir molestias perianales como irritación, dolor, escozor o prurito. Para aliviar dichas molestias anales es fundamental una correcta higiene de la zona.

Tras cada deposición y/o escape, debemos lavar el área del ano preferiblemente con agua, pudiendo añadir un jabón que sea pH neutro, bien con la ayuda de la alcachofa de la ducha o con una esponja suave tipo bebé o toalla de algodón. Debemos evitar el uso de toallitas húmedas con base alcohólica por riesgo de macerar o dañar la piel perianal. El secado se debe realizar dando pequeños toques, evitando frotar en la zona.

Además es necesario cambiar la ropa interior, compresa o pañal tras un escape lo antes posible para mantener la zona lo más limpia y seca posible. Por estos motivos al salir de casa se debe recomendar siempre llevar consigo un pequeño neceser con ropa interior, pañal/compresa y toallita comprimida o toalla de algodón para estar preparados ante un pequeño percance y así estar lo más tranquilos posible.

Además tanto la ropa interior como los pañales deben permitir la ventilación, ser transpirables y antihumedad. La clave para que la piel de la zona del pañal o absorbente se mantenga sana, y prevenir la aparición de lesiones por humedad, es que mantengan el microclima de la zona cubierta de manera similar a la de la piel sin cubrir.

36. ¿Es frecuente la aparición de dermatitis perianal asociada a incontinencia?

Sí, es muy frecuente ya que las heces tienen un pH ácido que en contacto con la piel producen una dermatitis irritativa (abrasión) e incluso en casos graves, dañar completamente la capa dérmica de la piel y producir una sobreinfección por estar en contacto las bacterias fecales. Se define la dermatitis asociada a incontinencia (DAI) como una respuesta reactiva de la piel a la exposición crónica de orina y materia fecal, que podría ser observada como inflamación y eritema, con o sin erosión o denudación, a nivel de la zona perineal o perigenital. La DAI es la dermatitis por humedad más frecuente estando su prevalencia entre el 5,6 % y el 50 %. Para evitar la irritación de la piel perianal, una vez limpia y seca la zona, se aplicará una pequeña cantidad de pomada/ spray a base de Zinc, cuyo efecto es aislar la zona de la humedad.

37. ¿Cuál es la importancia de tratar la dermatitis perianal de los pacientes con incontinencia?

Una vez producida la DAI, como consecuencia de la irritación de la piel perianal, se produce una inhibición de las terminaciones nerviosas perianales y por ello inhibición del reflejo rectoanal inhibitorio favoreciendo la apertura del canal y así mayor incontinencia.

38. ¿Cómo podemos tratar la dermatitis perianal en los pacientes con incontinencia?

La principal forma de evitar la dermatitis es la prevención y en segundo lugar un correcto asesoramiento por el profesional sanitario que le trata. Existen diferentes productos para tratar dicha lesión. Dependiendo de los principios activos o la concentración que presentan se considerarán especialidades farmacéuticas o productos cosméticos y por este motivo es importante elegir bien la crema barrera que vayamos a recomendar. Pueden emplearse aceites, emulsiones, pastas o pomadas.

Las pomadas más empleadas son las que generan una barrera protectora cutánea. Este tipo de pomadas son las que contienen óxido de zinc como principio activo ya que pertenece a los medicamentos llamados emolientes y protectores. El óxido de zinc es cicatrizante, mantiene la humedad de la piel y refresca ante la sensación de ardor.

Las que son semisólidas de consistencia blanda están compuestas por un elevado porcentaje de polvos absorbentes (40-50%) y esto confiere al preparado propiedades protectoras, por acción puramente mecánica, y actúan en forma de barrera física al impedir la acción del agente irritante. Este sería el caso de la **Conveen® Critic Barrier Coloplast®** (cuya concentración de Zinc es al 20%) indicada para irritaciones severas y **Conveen® Protac Coloplast®** (cuya concentración de Zinc es al 12%) para uso preventivo o irritaciones leves. En el caso de sobreinfección, es necesario tratarla con cremas con acción antimicrobiana y/o antimicótica.



Cremas barrera Conveen® Critic Barrier y Conveen® Protact. Imagen propiedad de Coloplast.

Las emulsiones promueven la cicatrización de la piel superficial dañada y sequedad de la zona, reforzando la barrera natural de la piel. Compuestas por ácidos grasos hiperoxigenados y aloe vera entre otros. Fácilmente aplicable por su sensación untuosa y su absorción rápida. Sería el caso de Linovera de Braun®.

Aceites de baño o cremas corporales no son aconsejados por su riesgo de maceración y poca utilidad para recuperar la piel.

39. ¿Qué rutinas o hábitos defecatorios debemos recomendar a los pacientes con incontinencia anal?

El objetivo de las rutinas defecatorias es que la deposición o el miedo a los escapes, no interfieran en nuestras actividades personales y sociales.

Debemos acostumbrar a nuestro intestino a defecar siempre a la misma hora. Preferiblemente por las mañanas ya que es el momento de mayor número de movimientos peristálticos. Puede ser también tras las comidas, 15-20 minutos después, aprovechando el reflejo gastrocólico. Si no se tienen ganas es recomendable permanecer sentados en el inodoro durante 10-15 minutos sin realizar pujos y lo más relajados posibles. Si no se consigue evacuar, lo recomendable es levantarse y esperar a que llegue el deseo defecatorio y para favorecerlo podemos dar un paseo o un masaje abdominal ya que ambos favorecen el peristaltismo. Es importante dedicar tiempo a la defecación para conseguir un vaciado lo más completo posible. Cuando la evacuación es incompleta, los restos que permanecen en el recto pueden ser los causantes de pequeños escapes. Tampoco debemos retrasar la defecación ya que esto favorece el endurecimiento de las heces e incluso la incontinencia fecal al tener un excesivo volumen fecal que no se sea capaz de retener.

40. ¿Puede ser útil la aplicación de un supositorio o un enema para evitar la incontinencia anal?

Sí, en ocasiones podemos recomendar el empleo de un supositorio de Glicerina o una lavativa pequeña de agua para facilitar el vaciado de la ampolla rectal y así evitar el soiling y con ello la dermatitis secundaria.

41. ¿Qué importancia tiene la postura de defecación?

El músculo puborrectal es uno de los responsables de la continencia. La forma en que este músculo contribuye a evitar que se produzcan escapes cuando no es el momento adecuado de defecar, y a que el recto se vacíe cuando es el momento oportuno, es modificando el llamado ángulo anorrectal. En reposo, la activación tónica (sostenida) del músculo puborrectal contribuye a mantener la tensión suficiente para que dicho ángulo sea de unos 90°. En el momento de la defecación, el músculo debe relajarse y permitir que el ángulo anorrectal aumente hasta unos 110° lo que facilita la evacuación de las heces. La posición de cuclillas facilitaría

este ángulo, mientras que estar sentados con muslos paralelos al suelo dificulta la apertura del mismo.

42. ¿Cuál sería la postura correcta?

Por tanto, la posición habitual que adoptamos al sentarnos en el WC dificulta este mecanismo. Teniendo en cuenta que la postura ideal sería en cuclillas, una forma de aproximarnos a ella sería colocando un pequeño taburete en el suelo bajo nuestros pies., de manera que las rodillas queden por encima de las caderas.



Postura correcta para la defecación. Imágenes cedidas por la Dña. Rus Torrecilla Estes.

43. ¿Cómo hacer pujos adecuados durante la defecación?

Los pujos en la defecación deben ir acompañados SIEMPRE de la exhalación del aire. La manera de exhalar el aire sería como si quisiéramos empañar un espejo con el aliento. Lo haríamos frunciendo los labios y haciendo que el sonido que sale por los labios sea una letra "F", utilizando una pajita o algún dispositivo específico (como por ejemplo el Winner Flow®).

Capítulo 6



Medidas dietéticas

Autora:

Dña. Carolina Sánchez Melián.

44. ¿Qué recomendaciones dietéticas podemos dar a los pacientes con incontinencia anal?

El objetivo de los cambios en la dieta es evitar los alimentos que puedan causar deposiciones sueltas. Es importante anotar el tipo de alimento ingerido y relacionarlo con los escapes del diario defecatorio. En general siempre se deben recomendar alimentos astringentes y alimentos que ayuden a aumentar el bolo fecal de forma que éste sea blando, pero compacto. De la misma forma se deben evitar alimentos con efectos laxantes, alimentos flatulentos y evitar irritantes o alimentos que estimulen la mucosa intestinal, como el café o las bebidas alcohólicas. Las comidas deben ser poco voluminosas y frecuentes con el fin de evitar un reflejo gastro-cólico muy acusado y por el mismo motivo debemos recomendar evitar los contrastes de temperatura de los alimentos. Además la ingesta de alimentos debe ser con la antelación suficiente a la práctica de ejercicio físico, al inicio de la jornada laboral o de salir a la calle.

45. ¿Es bueno recomendar la ingesta de fibra a los pacientes con incontinencia anal?

Sí, es bueno pero debe fomentarse la ingesta de fibra soluble. La fibra soluble absorbe el agua y forma una especie de gelatina viscosa que enlentece el tránsito intestinal. Esto ayuda a aumentar el bolo fecal, retrasa el tránsito intestinal y facilita la contención de las heces. La fibra insoluble también aporta volumen a las heces, pero en cambio ayuda a que los alimentos pasen más rápidamente a través del estómago y el intestino. Además la fibra soluble se fermenta en gran parte en el colon dando origen a ácidos grasos de cadena corta, entre los que se encuentra el butirato que es usado como fuente de energía por las bacterias del colon y por tanto tiene un efecto prebiótico en nuestro organismo. A diferencia de la fibra soluble, la insoluble casi no es fermentada por las bacterias de nuestro intestino.



46. ¿Qué alimentos deben evitarse en caso de deposiciones blandas?

Los alimentos que pueden necesitar evitar son: la cafeína, el alcohol, alimentos picantes, productos lácteos, edulcorantes artificiales, verduras de hoja verde, cereales integrales, alimentos con grasa, etc. En la tabla se muestra un resumen de los alimentos restringidos en caso de deposiciones blandas y de los alimentos permitidos.

	Alimentos Permitidos	Alimentos Restringidos
Lácteos	Leche desnatada sin lactosa. Yogures descremados: natural o de sabores. Queso blanco descremado, tipo Burgos. Requesón descremado.	Leche entera y semidesnatada. Yogures con cereales, semillas o frutas. Yogures enriquecidos: griego o petit suisse Lácteos ricos en grasa y azúcares: natillas, flanes, etc. Quesos grasos y fermentados. Natas.
Cereales	Refinados: arroz blanco, sémola, pasta blanca, pan blanco, pan blanco tostado, pan blanco del día anterior, cereales de desayuno, harina refinada, galletas tipo María, tapioca.	Cereales integrales, salvado, pan integral, pan recién hecho, pan con semillas, arroz integral, pasta integral, harina integral, galletas integrales, galletas rellenas de chocolate.
Bizcochos	Esponjoso tipo genovés o de soletilla.	Los grasos rellenos. Magdalenas, medias lunas...
Hortalizas y tubérculos	Bien cocinadas o enlatadas, sin semillas: patata hervida, zanahoria, puntas de espárragos, remolacha, calabaza, calabacín, tomate tamizado. Caldo vegetal colado, licuados de hortalizas y tubérculos.	Todas excepto las permitidas
Legumbres	Ninguna permitida.	Todas las legumbres.
Fruta fresca y confitada	Manzana cocida, rallada, plátano maduro, pera madura. Compotas. Membrillo. Zumo de limón.	Excepto las permitidas: frutas con piel, frutas cítricas.
Frutos secos	Ninguno permitido	Todos restringidos
Carnes y aves	Pollo. Pavo. Ternera blanca. Lomo magro de cerdo.	Cordero y cerdo grasos Caza y conejo Carne y grasa animal desecada (ej. Tipo panceta)
Vísceras y despojos	Ninguna	Todas
Fiambre y embutidos	Embutidos con poca grasa: pavo, jamón York magro. Preferible con % de carne elevado	Chorizo, salchichón, salami, mortadela, etc. Foie gras, patés

	Alimentos Permitidos	Alimentos Restringidos
Pescados	Pasados por agua. Escalfados. Poché. En tortilla francesa elaborada con poco aceite. Huevo cocido según tolerancia.	Frito. Tortilla de patata, revueltos con verduras.
Huevos	Huevo cocido según tolerancia	
Grasas	Aceite de oliva preferiblemente Aceite de semillas: girasol, maíz, soja Margarina, mantequilla.	Nata, crema de leche. Manteca y sebos.
Azúcares y derivados	Azúcar sin abusar Edulcorantes sin abusar Miel, dulce de membrillo	No abusar de mermeladas Chocolate y derivados Caramelos y otros dulces
Miscelánea	Agua. Bebidas vegetales. Caldos vegetales, caldos desgrasados. Infusiones suaves (té diluido y reposado, menta poleo, hierba luisa, tila...). Sal, vinagre. Condimentos suaves y aromáticos	Caldos concentrados Mostaza, pimienta, pimentón, guindilla, tabasco.... Café Alcohol

47. ¿Existe algún alimento o grupo de alimentos prohibidos?

No. No todos los alimentos provocan el mismo efecto en todos los pacientes por lo que en realidad no existe ningún alimento prohibido y cada paciente debe vigilar la tolerancia y el efecto que tienen los alimentos en la consistencia de sus deposiciones.

Bibliografía

- González-Consuegra RV, Mora-Carvajal LH, Celis-Moreno JS, Matiz-Vera GD. Incontinence-associated dermatitis: a problem without definition, systematic review. *Rev Fac Med.* 2015;63(2):199-208.
- Serra J, Mascort-Roca J, Marzo-Castillejo M, Aros SD, Santos JF, Rubio ERD, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del estreñimiento crónico en el paciente adulto. Parte 2: Diagnóstico y tratamiento. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40(4):303-16.
- JM TB, AL RM, Octavio A. Appropriateness of the use of incontinence absorbent products in hospitalized adults. *Enfermería Clin.* 2015;25(4):198-203.
- Tarbox RS, Williams WL, Friman PC. Extended diaper wearing: Effects on continence in and out of the diaper. *J Appl Behav Anal.* 2004;37(1):97-100.
- Wainstein GC, Quera PR, Isabel QGM. Incontinencia fecal en el adulto: un desafío permanente. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2013;24(2):249-61.
- Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Relation of bowel habits to fecal incontinence in women. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(6):1470.
- Bharucha AE, Seide BM, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Insights into normal and disordered bowel habits from bowel diaries. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(3):692.
- Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016;7(1):1227-31.
- Martínez AB, Pérez MM. Calidad de vida en los pacientes con incontinencia anal. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27(3):39-48.
- Association AP. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Bliss DZ, Savik K, Harms S, et al. Prevalence and correlates of perineal dermatitis in nursing home residents. *Nurs Res.* 2006;55(4):243-251. doi:10.1097/00006199-200607000-00004
- Gray M. Incontinence-Related Skin Damage: Essential Knowledge. *Index: Ostomy Wound Manage.* 2007;53(12):28-32.
- Nutrición y dietética clínica. 3 edition. Jordi Salas-Salvadó & Anna Bonada i Sanjaume & Roser Trallero Casañas & M. Engràcia Saló i Solà & Roser Burgos Peláez
- Krause. Mahan. Dietoterapia. 14 edition. Janice L Raymond & Kelly Morrow

Capítulo 7



Medidas farmacológicas

Autora:

Dra. María Luisa de Fuenmayor Valera.

48. ¿Cuáles son los tratamientos farmacológicos que podemos emplear en la incontinencia anal?

El tratamiento farmacológico de la incontinencia se basa en dos aspectos, por una parte aumentar la consistencia de las heces y por otra reducir la motilidad intestinal. Así, podemos emplear antidiarreicos, agentes formadores de bolo fecal, espasmolíticos y antiflatulentos.

49. ¿Qué medicamentos usamos cuando los pacientes tienen deposiciones excesivamente blandas?

Existen varios antidiarreicos que podemos usar. El medicamento más comúnmente usado cuando el paciente tiene heces blandas o diarreicas es la **Loperamida** (Fortasec[®], Slavacolina[®], Lopran[®]). Es un derivado de la butiramida que tiene acción agonista opioide impidiendo la liberación de acetilcolina y prostaglandinas en el plexo mientérico reduciendo el peristaltismo intestinal. Favorece la absorción de agua y electrolitos, disminuyendo la frecuencia y cantidad de las deposiciones, y aumentando su viscosidad por lo que mejora los síntomas de urgencia. Además incrementa la presión en reposo del esfínter anal disminuyendo la incontinencia pasiva y el soiling. Ha demostrado ser superior al placebo mejorando la incontinencia y la diarrea. Puede producir cefalea, calambres abdominales o dolor abdominal. La dosis puede variar de unos pacientes a otros, siendo en ocasiones necesario tomar hasta 12 mg (2-4 mg hasta cuatro veces al día) y en otros casos bastará con 4 mg al día, a días alternos o incluso con menor frecuencia. La dosis debe ajustarse para conseguir 1-2 deposiciones al día.

La **Codeína** (Algidol[®], Analgilasa[®], Codeisan[®]), tiene efectos parecidos a los de la Loperamida, pero con mayores efectos secundarios. Es un opiáceo que actúa como agonista de los receptores opiáceos mu, kappa y delta. Tiene acción analgésica y antitusígena. A nivel gastrointestinal tiene efecto antidiarreico ya que al igual que la loperamida reduce la liberación de acetilcolina y prostaglandinas en el plexo mientérico de Auerbach, inhibiendo el tránsito intestinal y aumentando por tanto la consistencia de las heces debido a la mayor reabsorción de agua. La dosis recomendada es de 30 mg cada 8 horas aunque en ficha técnica no está autorizada con este fin, sino solo como antitusivo.

Así mismo pueden emplearse agentes formadores del bolo fecal como el **Plantago ovata** (Plantaben[®]) o la **Metilcelulosa** (Muciplazma[®]). Otros antidiarreicos que podemos emplear serían la **Diosmectita** (Megasmect[®]) que tiene también propiedades antiinflamatorias. No se absorbe en el intestino por lo que no tiene efectos sistémicos. Puede tomarse 1 sobre 3 veces al día de 3-5 días en función de la evolución o puede tomarse durante periodos largos. Los sobres se diluyen en 25-50 ml de agua o leche.

La **amitriptilina** (Tryptizol®) a pesar de ser un antidepresivo tricíclico también tiene propiedades antiadiarreicas por su efecto anticolinérgico, aunque esta indicación no está descrita en la ficha técnica.

50. ¿Qué usamos cuando el paciente tiene incontinencia pasiva?

El tratamiento más adecuado sería también utilizar medicamentos **formadores de bolo fecal**, ya que cuanto más formadas son las heces mejor es la capacidad de contenerlas. La **amitriptilina** puede ser útil también para disminuir los episodios de incontinencia pasiva. Los **enemas** y **supositorios** de glicerina y bisacodilo son útiles en los pacientes con incontinencia pasiva y ensuciamiento secundario a una incompleta evacuación. Se emplean con el fin de provocar el vaciado completo de la ampolla rectal.

51. ¿Qué empleamos cuando el paciente tiene diarrea por rebosamiento?

La impactación fecal es probablemente el mayor factor favorecedor de incontinencia fecal, y es muy frecuente en el anciano (prevalencias de hasta el 42% en institucionalizados). En estos casos los **laxantes osmóticos** (Duphalac®) pueden ser de utilidad. En este caso son aconsejables igualmente los **enemas** y los **supositorios** de bisacodilo o glicerina.

52. ¿Qué podemos usar para la incontinencia a gases?

Los medicamentos antiflatulentos como la **simeticona** (Areored®, Imonogas®) o **lactasa**, permiten evitar los escapes de gases al disminuir la formación de los mismos. No son recomendables las combinaciones de simeticona con procinéticos ya que aumentarían el tránsito intestinal, pero sí pueden resultar de utilidad las combinaciones de simeticona y loperamida. También el **carbón activado** (Ultra Adsorb®) puede ser útil, ya que actúa como antidiarreico inactivando toxinas y microorganismos en el tracto digestivo mediante un proceso físico de adsorción y además como antiflatulento, ya que actúa adsorbiendo partículas de gas y sustancias debidas a las fermentaciones que causan distensión abdominal y flatulencia.

53. ¿Qué podemos emplear para pacientes con SII-D?

La **loperamida** es el fármaco más utilizado para el SII con predominio de diarrea. Mejora significativamente la frecuencia de las deposiciones, la consistencia de las heces y la urgencia defecatoria pero se relaciona con un aumento del dolor abdominal nocturno. Los **antiespasmódicos** se indican con la intención de mejorar síntomas como dolor abdominal, distensión y urgencia evacuatoria.

Existen antiespasmódicos que actúan sobre la relajación del músculo liso intestinal y otros que tienen propiedades anticolinérgicas o antimuscarínicas. Algunos antiespasmódicos empleados serían la **Mebeverina** (Duspatalin®), el **bromuro de otilonio** (Spasmoctyl®), o el **bromuro de pinaverio** (Eldicet®).

Los **secuestradores de sales biliares** (colestiramina, colestipol) se usan en el tratamiento de SII con diarrea sobre la base de la hipótesis fisiopatológica de que hasta el 50% de estos pacientes tienen malabsorción de ácidos biliares.

Además en el SII se están empleando distintas estrategias para la estabilización y modulación de la microbiota intestinal dirigidas a corregir la disbiosis intestinal. Estas estrategias incluyen dieta, prebióticos, probióticos y antibióticos como la Rifaximina (Spiraxin®).

El **Xiloglucano** (Gelsectan®) ayuda a reestablecer la función intestinal en pacientes con diarrea crónica o recidivante y disbacteriosis. Presenta un mecanismo de acción dual ya que protege y restablece la funcionalidad de la barrera mucosa y mejora la composición de la microbiota incrementando la cantidad de bifidobacterias y reduciendo de esta forma la frecuencia de las heces, el dolor abdominal y la flatulencia, por tanto de utilidad en los pacientes con SII-D que presenten fundamentalmente urgencia defecatoria.

54. ¿Qué usamos para pacientes con diverticulosis y en el síndrome de resección anterior baja (LARS)?

Para el manejo de la diarrea y la distensión abdominal, pueden ser útiles los fármacos antidiarreicos como la **Loperamida** o los antibióticos no absorbibles como la **Neomicina** o la **Rifaximina** (estos últimos si se demuestra la presencia de un sobrecrecimiento bacteriano con el test de la lactulosa). Los quelantes de ácidos biliares han mostrado efectos preliminares interesantes, pero necesitan más estudios en el caso del tratamiento del síndrome de resección anterior baja. Otros fármacos que han demostrado ciertos beneficios para la incontinencia o la urgencia defecatoria postprandial son los antagonistas serotoninérgicos. El **Ramosetron**, potente y selectivo antagonista del receptor de serotonina 5-HT₃, ha sido estudiado en el LARS y el síndrome de intestino irritable asociado a diarrea con mejoría de la incontinencia, la urgencia y el número de deposiciones debido a un enlentecimiento del tránsito intestinal. No obstante, son necesarios más estudios y no está disponible en nuestro país.

55. ¿Qué usamos cuando hay alteración de la absorción de sales biliares?

La **colestiramina**, absorbe las sales biliares, disminuyendo los episodios de diarrea en los casos de malabsorción de sales biliares. Puede ser útil en los casos de incontinencia cuando existe antecedente de colecistectomía, bypass gástrico, enteritis rápidas, resecciones intestinales y otras situaciones que supongan malabsorción de sales biliares. También en algunos casos de colitis colagenosa y en diarrea asociadas a antibióticos. La dosis es inicialmente de, 8-24 g en una o varias tomas; dosis máxima 32 g/día en 4 tomas. Tanto la eficacia como sus efectos secundarios dependen de la dosis.

Bibliografía

1. Omar MI, Alexander CE. Drug treatment for faecal incontinence in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD002116. DOI: 10.1002/14651858.CD002116.pub2.
2. Guías clínicas de la Asociación española de cirujanos Editorial Aran 978-84-92977-34-5.
3. Satish SC. Diagnosis and management of fecal incontinence. Am J of Gastroenterology. 2004;99;88:1585-1604.
4. Bustos-Fernández LM, Hanna-Jairala I. Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(4):381-393
5. Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwald E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: a review. Dis Colon Rectum. 2007;50(5):641-649. doi:10.1007/s10350-006-0778-9

Capítulo 8



Tratamiento rehabilitador

Autoras:

Dra. Laura Morales Ruiz.

Dña. Rus Torrecilla Estesó.

56. ¿Cuál es el papel del médico rehabilitador en los casos de incontinencia anal?

El médico rehabilitador forma parte del equipo multidisciplinar que, junto a coloproctólogos, médicos digestivos y fisioterapeutas, ayudará al paciente a mejorar o restaurar su continencia.

Los médicos rehabilitadores tenemos una visión única del paciente, pues en nuestra valoración integramos conocimientos sobre el sistema músculo-esquelético y el sistema nervioso, con la fisiología, la función y el dolor. Lo que ofrece al paciente una perspectiva global de su problema de continencia (a menudo asociado a otros problemas de suelo pélvico), que es esencial para su abordaje exitoso.

57. ¿Qué debe incluir la exploración en la consulta de rehabilitación?

Una exploración física sistematizada y cuando sea posible, una valoración ecográfica. En cuanto a la exploración física es importante realizar una valoración de la estática postural y de la alineación y movilidad del raquis (columna vertebral); comprobar que no existen limitaciones funcionales en miembros superiores o inferiores. Es esencial realizar una exploración neurológica básica pues procesos que afectan al sistema nervioso podrían manifestarse con incontinencia; una exploración abdominal que incluya la valoración del tono del diafragma y de la musculatura del abdomen; se debe analizar así mismo el patrón respiratorio y la gestión de las presiones durante los esfuerzos. Por último, se realiza una exploración completa del suelo pélvico, con inspección (por fuera) y valoración manual intracavitaria: tacto vaginal en caso de las mujeres; intrarrectal (tacto rectal) en ambos sexos; es importante determinar si existe alteración de la sensibilidad o de los reflejos de la región perineal. La exploración ecográfica en la consulta de rehabilitación nos permite valorar en tiempo real la estructura y la función de la musculatura abdominal y del suelo pélvico.

58. ¿Necesitará el paciente hacer rehabilitación “toda la vida”?

Con la reeducación de suelo pélvico se pretende restaurar la continencia o, cuando esto no es posible, minimizar las pérdidas. Para ello, inicialmente suele ser necesario un trabajo de reeducación intensivo, con realización activa de ejercicios por parte del paciente, y pautas que debe incorporar al día a día. Una vez conseguida la mejoría, es importante que el/la paciente continúe realizando en su domicilio los ejercicios que ha aprendido pues cuanto más regular y prolongada en el tiempo sea su realización, mejor será el resultado. Y, sobre todo, se conseguirá una mayor incorporación de estos cambios en la vida cotidiana del paciente.

59. ¿Es posible hacer rehabilitación en el domicilio del paciente?

Sí, es posible hacer la rehabilitación en el domicilio del paciente una vez que éste haya sido instruido en la correcta realización de los ejercicios o en la aplicación de distintas técnicas que pueden ser útiles.

60. ¿Cuáles son las distintas opciones de tratamiento rehabilitador?

Se ha demostrado que un programa rehabilitador que combine diferentes modalidades de tratamiento es más eficaz que la prescripción aislada de ejercicios. Este tratamiento multimodal, que se individualizará según las necesidades del paciente, incluye: modificaciones en el estilo de vida; mejora de la conciencia corporal; reeducación de la postura y la respiración; ejercicios de la musculatura del suelo pélvico (de activación o de relajación) y de la región abdominal; y técnicas de reeducación sensitiva.

61. ¿Cuál es el programa ideal de rehabilitación para un paciente con incontinencia fecal?

Se han demostrado mejores resultados con un tratamiento combinado de rehabilitación, pero no existe ningún programa considerado "ideal". El plan de rehabilitación debe ser individualizado para cada paciente en función del tipo de incontinencia que padezca y de otras muchas variables (medios técnicos disponibles, experiencia del terapeuta, capacidad de participación del paciente, etc.). Es muy importante que el médico rehabilitador pacte con el paciente al inicio del tratamiento unos objetivos realistas que serán consensuados con el resto del equipo. Durante las sesiones de tratamiento se irán adaptando las distintas modalidades terapéuticas según se requiera en cada caso.

62. ¿Cuál es el papel del fisioterapeuta en la incontinencia fecal?

La fisioterapia permite mejorar el conocimiento del paciente sobre su proceso y le ayuda por medio de la mejora de las cualidades musculares y del control motor de la misma, a encontrar estrategias y a adoptar hábitos que minimicen su problema, entendiendo al sujeto como un agente activo de su recuperación.

63. ¿Son útiles los ejercicios de Kegel para la incontinencia fecal?

Los ejercicios de Kegel (contracciones de la musculatura del suelo pélvico) pueden ser útiles en algunos pacientes con incontinencia fecal pues ayudan a fortalecer el esfínter anal externo y el músculo puborrectal, que son parte de los mecanismos de control de la continencia anal. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones será necesario acompañarlos de otras modalidades de tratamiento ya que además de los dos músculos mencionados, en la continencia fecal intervienen otros mecanismos como son la sensibilidad anal, la adecuada angulación del recto durante la fase de continencia, la distensibilidad y complianza del recto, el hábito intestinal, la consistencia de las heces, etc. Por tanto, los ejercicios de Kegel actuarían únicamente sobre una parte de los mecanismos de control. Para actuar sobre los demás son necesarias otras modalidades de tratamiento.

64. ¿Fortalecer el suelo pélvico mejorará siempre la incontinencia fecal?

No, ya que como hemos explicado, en ocasiones la causa de la incontinencia no es la debilidad de la musculatura voluntaria implicada en la continencia (el esfínter anal externo y el músculo puborrectal). A veces las pérdidas se deben a causas en

las que mejorar la fuerza no conseguirá disminuir los escapes, como por ejemplo las incontinencias por rebosamiento, los casos de lesión severa del esfínter anal o los casos de diarrea por patología digestiva. En todas estas situaciones es muy importante realizar una historia clínica completa, una minuciosa exploración física y solicitar/realizar las pruebas complementarias pertinentes que permitan hacer un diagnóstico correcto. En función de éste, se indicará el tratamiento adecuado.

65. ¿Cómo se realizan los ejercicios de Kegel correctamente en casos de incontinencia fecal?

En primer lugar, deben ser enseñados correctamente y supervisados por un profesional cualificado. La contracción de la musculatura del suelo pélvico, aunque a priori puede parecer algo muy fácil, requiere atención y práctica, además de un buen control del propio cuerpo, para poder ejecutar los músculos perineales y no otros. También es necesario mantener una postura y respiración correctas durante su recuperación.

66. ¿Son útiles los hipopresivos en la incontinencia fecal?

Sí. Son ejercicios que fortalecen el suelo pélvico a través de la activación de la musculatura profunda del abdomen. El objetivo de los hipopresivos es el aumento del tono abdominal, del suelo pélvico y normalizar las tensiones. Sus beneficios son: mejora de la postura, mejora de la faja abdominal, normalización de tensiones musculares, disminución de la presión intraabdominal, aumento del tono de los músculos del suelo pélvico, mejora de la vascularización de los miembros inferiores y suelo pélvico, aumento del metabolismo y aumento de las sensaciones y funciones sexuales. No provoca lesiones ni agujetas.



Abdominales hipopresivos. Imagen original cedida por la Dña. Rus Torrecilla Estesó.

67. ¿En qué consiste el biofeedback anal?

Es un método de aprendizaje o tratamiento que consiste en la obtención de información sobre constantes biológicas de un individuo que son retroalimentadas al mismo, permitiendo la toma de conciencia de situaciones que son susceptibles de ser modificadas. Al mantener una actividad fisiológica al paciente se puede explicar y enseñar el funcionamiento de la zona, donde se encuentra su problema o defecto y se puede intentar corregir con ejercicios. Es un tratamiento eficaz, seguro y exento de complicaciones para la incontinencia fecal. No invalida ni entorpece otras opciones de tratamiento. Puede utilizarse a nivel motor, sensitivo o de coordinación.



Equipo de Biofeedback. Imagen original cedida por Dña. Rus Torrecilla Estesó.

Con el biofeedback se consigue incremento de la continencia en un 70-80% de los pacientes. Los estudios demuestran una mejoría significativa para el control de heces sólidas que se mantiene a los 5 años de seguimiento, utilizando biofeedback motor, sensitivo y de coordinación durante 5 sesiones de 45 minutos, además de la recomendación de realizar los ejercicios aprendidos en casa durante 10 minutos, dos veces al día.

Existen distintas modalidades de biofeedback según la técnica empleada.

- **Electromiográfico:** utilizando electrodos (de superficie o intracavitarios), se pueden registrar corrientes eléctricas que traducen la contracción/relajación de un músculo determinado.
- **Manométrico:** mediante una sonda con sensores se registran las presiones dentro de la vagina o el ano. Los registros obtenidos con estos equipos permiten comparar la función del suelo pélvico medida en la primera consulta con los posteriores registros recogidos en las revisiones.
- **Sensitivo:** con la misma sonda de la manometría pero empleando un balón que se puede inflar/desinflar se entrena para mejorar la sensibilidad y la percepción.
- **Ecográfico:** La ecografía es una prueba de imagen inocua (no emite radiación perjudicial para el paciente) que permite ver, en tiempo real (mientras la estamos realizando) las estructuras anatómicas que nos interesen. Además de permitirnos realizar un diagnóstico, nos permite valorar las estructuras de forma dinámica, en movimiento. De manera que podemos ver, por ejemplo, si un músculo se contrae de forma adecuada, o lo hace de forma coordinada con otro movimiento. Además, esta misma información la puede ver el paciente. Una vez que le enseñamos a entender e interpretar la imagen que aparece en la pantalla, podemos utilizarla para que el paciente aprenda a hacer los ejercicios y le sirva de guía durante la sesión.



Equipo de ecografía.
Imagen original cedida por Dña. Rus Torrecilla Estes

68. ¿Es útil la electroestimulación transanal o transvaginal?

Sí, siempre que exista déficit muscular en el suelo pélvico o falta de propiocepción (conciencia de nuestro cuerpo) en el mismo. El objetivo es inducir una contracción de la musculatura del suelo pélvico por estimulación directa y/o indirecta a través de la vía nerviosa periférica. Esta técnica podría mejorar la función muscular induciendo una contracción voluntaria y ayudar al paciente a percibir dicha contracción. Puede realizarse a través de sonda o electrodos adhesivos.



*Sondas para electroestimulación transanal y transvaginal y sonda balón.
Imagen original cedida por Dña. Rus Torrecilla Estesó.*

Bibliografía

1. Prather H, Spitznagle TM, Dugan SA. Recognizing and treating pelvic pain and pelvic floor dysfunction. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2007 Aug;18(3):477-96. ix. doi: 10.1016/j.pmr.2007.06.004. PMID: 17678763.
2. Wang JY, Abbas MA. Current management of fecal incontinence. *Perm J.* 2013 Summer;17(3):65-73. doi: 10.7812/TPP/12-064. PMID: 24355892; PMCID: PMC3783075.
3. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, Zutshi M. ACG Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders. *Am J Gastroenterol.* 2021 Oct 1;116(10):1987-2008. doi: 10.14309/ajg.000000000001507. PMID: 34618700.

Capítulo 9



Dispositivos para control de la incontinencia

Autoras:

Dña. Angels Roca Font.

Dña. Maite Carreras Alberti.

Obturadores anales

69. ¿En qué consisten los obturadores o tapones anales?

El obturador anal comercializado en España es el Coloplast Peristeen Obturador Anal®. Se trata de un dispositivo similar a un supositorio que en realidad es una espuma de poliuretano que se expande en el interior del recto. Para facilitar su introducción está cubierto de una película de alcohol de polivinilo que lo comprime y que se disuelve con el calor y con la humedad corporal permitiendo así que se expanda. El obturador no permite la salida de las heces pero sí la salida de los gases. Está unido a una gasa de poliéster que permite retirar el tapón cómodamente. Duran 12 horas seguidas, evita el mal olor de las heces, no se notan y mantienen limpias las zonas perianal y genital. Están disponibles en dos tamaños diferentes.



Obturadores anales de Peristeen de Coloplast. Imagen propiedad de Coloplast.

70. ¿Son sencillos de utilizar?

Sí, son tan sencillos de utilizar como un supositorio. Basta con extender una capa de gel lubricante sobre la punta del obturador e introducirlo con suavidad en el ano. Hay que comprobar que el obturador está en el interior del recto, justo por encima del esfínter anal, asegurándose de que la gasa quede visible en el exterior. Una vez introducido en la posición correcta se expandirá a su tamaño real y para retirarlo es suficiente con tirar con cuidado del cordón.

71. ¿Quién puede usarlos?

Puede usarlos casi cualquier persona con incontinencia anal. Si bien es cierto que algunos pacientes con un tono basal esfinteriano excesivamente bajo pueden sufrir la salida espontánea del mismo junto con el escape de heces. Por otro lado en pacientes con patología anorrectal añadida pueden presentar dolor o dificultades al introducirlos. En el caso de pacientes con anastomosis bajas o ultrabajas tras cirugía

colorrectal hay que valorar de forma individualizada si es factible o no su uso. Los datos disponibles indican que los tapones anales pueden ser difíciles de tolerar. Sin embargo, si se toleran pueden ser útiles para prevenir la incontinencia. Podrían ser útiles en un grupo seleccionado de pacientes como sustituto de otras formas de tratamiento, o como una opción de tratamiento complementario.

Pañales

72. ¿A quién debemos recomendar los pañales?

A todo paciente que desee usarlos. Hay pacientes con una incontinencia franca que no quieren usarlos por el estigma personal que les supone y otros con pequeñas pérdidas se encuentran más protegidos y seguros llevando un pañal. Hay que valorar lo que el paciente necesita y desea.



73. ¿Qué tipos de pañales existen?

Existen muchos tipos de pañales. En la actualidad los pañales son bastante discretos gracias a su diseño y aunque tienen un espesor menor, son igual de absorbentes lo que hace que pasen desapercibidos. Es necesario explicarles que nadie se va a enterar de que llevan pañales y así hacerles perder el miedo a probarlos. Los anatómicos son

de talla única y son similares a una compresa grande, recomendados para personas con movilidad normal.



Pañales ABS Anatómicos® y ABS Elásticos®. Imágenes cedidas por Bimédica

Los elásticos también son de talla única y son parecidos a los de los bebés con unas cintas laterales ajustables y adhesivas, recomendados para pacientes con movilidad reducida. Los pañales enteros son similares a la ropa interior llamándose también braga pañal y son muy útiles para personas activas. Permiten ponerlos y quitarlos igual que una braga o un calzoncillo pero con la ventaja de poder quitarlos rasgando las costuras laterales en caso de necesidad. Los ABS Pants® están disponibles en la modalidad Nude, de color muy discreto y más bajos de cintura.



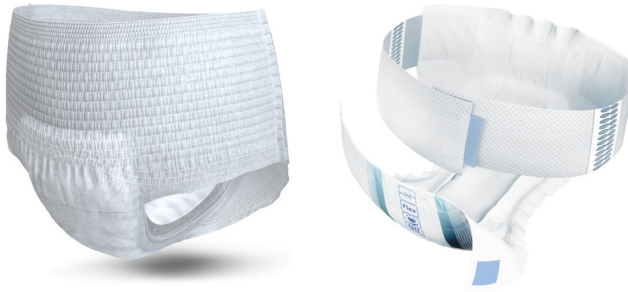
Pañales ABS Pants® y ABS Pants Nude®. Imágenes cedidas por Bimédica.

Existen muchas marcas en el mercado y muchas de ellas están financiadas. También los Orlys Proskin Pants están disponibles y financiados y además son la primera gama de productos absorbentes y de cuidados de la piel aprobada por Skin Health Alliance (SHA), una organización internacional líder en la salud de la piel. Son totalmente transpirables, ya que están compuestos con materiales similares al textil.

Su núcleo absorbente, es más fino y discreto, siendo el único del mercado que tiene

un retorno de la humedad cercano a cero (evita que la humedad esté en contacto con la piel y por ello la aparición de rojeces, hinchazón, picores y otras afecciones derivadas de la DAI).

Además incorporan la novedad de los pañales con cinturón a la cadera que facilitan el cambio tanto por el paciente como por el cuidador y además son muy discretos al no llevar material en los laterales.



Pañales Orly's®. Imágenes cedidas por Tena.

74. ¿Por qué es importante conocer los distintos tipos de pañales?

Conociendo los distintos tipos de pañales podremos ofrecer a nuestros pacientes el que más se adapta a sus necesidades. En ocasiones puede ser útil combinar varios tipos. Por ejemplo un paciente puede llevar un pañal tipo braga y en caso de necesitar cambiarlo simplemente lo rasga en los laterales evitando quitarse los pantalones y luego se pone uno anatómico también sin necesidad de quitarse los pantalones.

Capítulo 10



Tratamientos especializados

Autoras:

Dra. Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo.

Dña. Yovana Rodríguez Maldonado.

Neuromodulación del tibial posterior

75. ¿En qué consisten la neuromodulación del nervio tibial?

La neuromodulación del tibial posterior es una técnica mínimamente invasiva descrita en el 2003 por Shafik. Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica bifásica de manera percutánea o transcutánea en el nervio tibial posterior a 3-5 cm, aproximadamente, por encima del maleolo interno del tobillo y el otro electrodo superficial en el recorrido del nervio (planta del pie). Los impulsos viajan desde nervio tibial posterior al plexo sacro, responsable de la función y sensibilidad de órganos pélvicos como el recto. La técnica es sencilla y altamente reproducible, aplicándose la neuromodulación en 12 sesiones de 30 minutos semanales o bisemanales.



*Urgent PC® para neuromodulación del nervio tibial posterior.
Imagen original cedida por la Dra. A. Ruiz de la Hermosa.*

76. ¿Cuándo está indicada?

Está indicada entre otras patologías en incontinencia fecal, sobre todo en casos de urgencia defecatoria, consiguiendo tras la aplicación de 12 sesiones a razón de 1 o 2

por semana durante 30 minutos aproximadamente reducir los episodios semanales de incontinencia y aumentar el tiempo de aplazamiento de la defecación, además de obtener mejoras en las escalas de severidad y calidad de vida. Mejoría en el 52% de los pacientes con 12 sesiones. En los casos de incontinencia pasiva los beneficios obtenidos son menores. Inicialmente se empleó solo en casos con integridad esfinteriana pero posteriormente se ha demostrado su utilidad también en casos de defectos esfinterianos.

77. ¿Son buenos los resultados de la neuromodulación del tibial posterior?

Los resultados de series cortas y con seguimiento a corto plazo muestran buenos resultados en aproximadamente dos tercios de los pacientes. En estudios a más largo plazo la mejoría es del 50%. Tiene la desventaja de que requiere un mantenimiento de la terapia durante un tiempo todavía no definido y potencialmente de por vida, ya que se ha visto que tras 6 meses del tratamiento se produce deterioro de la continencia. La ventaja es que permite realizar sesiones de recuerdo que incluso pueden ser realizadas en el domicilio por el propio paciente. En centros donde no se pueda aplicar la neuromodulación sacra o pacientes con contraindicación para ello, se puede utilizar como una opción. Los pacientes que no responden a la neuromodulación del tibial podrían responder a una neuromodulación sacra.

Irrigación transanal

78. ¿En qué consiste la irrigación transanal?

Es la instilación de agua en la parte inferior del colon mediante una sonda rectal, que desencadenará contracciones intestinales provocando el vaciado completo del contenido del colon distal y recto. Dicha irrigación se realizará cada 24, 48 o 72 h en función de las características clínicas del paciente. Es una técnica que necesita un periodo de adaptación, obteniendo resultados generalmente a partir del mes de empezar la técnica. Necesita un asesoramiento personalizado e individualizado de un profesional sanitario experto en la técnica de irrigación. Una vez iniciada la irrigación, se le hará un seguimiento estrecho al paciente de forma presencial o telefónica para ir modificando las pautas de volumen, inflado de balón si lo precisa, detección de complicaciones y resolución de dudas del paciente.

79. ¿Existen dispositivos especiales para la irrigación transanal?

Actualmente, existen en el mercado dos tipos de dispositivos, manual y electrónico. En ambos casos, los componentes del dispositivo son un contenedor de agua con capacidad de 1 litro, sistema de control que permite el inflado de balón y la introducción del agua, tubuladuras de diferente color que van conectadas a la sonda rectal y las sondas rectales prelubricadas con o sin balón en función de la patología que presente el paciente. El dispositivo electrónico permite programar con exactitud el volumen, inflado de balón y ritmo de instilación de agua. El sistema de irrigación transanal actualmente no está financiado en todas las comunidades.

El sistema de irrigación Peristeen Plus® consiste en un sistema manual de instilación de agua e inflado de balón que se realiza mediante insuflación a través de un sistema de bombeo tipo “pera”.



Sistema de irrigación Peristeen Plus®. Imagen propiedad de Coloplast.

80. ¿Qué paciente es candidato a la irrigación?

Este tratamiento está dirigido a pacientes con incontinencia fecal y/o estreñimiento. Se puede usar tanto en adultos como en los niños mayores de 3 años. Los pacientes candidatos son aquellos en que las medidas nutricionales y los tratamientos conservadores no han funcionado. Es imprescindible que el paciente se encuentre motivado para la educación de la técnica. En la mayoría de los casos, son pacientes que vienen muy desmotivados por el fracaso de tratamientos anteriores no exitosos. Tienen la esperanza y deseo de que con este tratamiento su calidad de vida mejore. Se debe tener paciencia en la consecución de objetivos. Los logros se van viendo poco a poco en función de la destreza del paciente. La técnica se afianza generalmente a partir de las 8 semanas del inicio de la misma. El paciente debe ser muy disciplinado ya que uno de los factores para el éxito de la técnica es la realización de la misma siempre a la misma hora del día. Debe seguir las indicaciones dadas por el especialista, el cual irá modificando las pautas en función de los logros o problemas que se le presentan al paciente.

81. ¿Qué beneficios aporta la irrigación?

El principal beneficio es que el paciente elige el momento y el lugar para evacuar. Los beneficios de la irrigación aparecen en cuanto el paciente se familiariza con la técnica. Se trata de una técnica sencilla, no necesita una formación

académica para su realización. Se realiza sentado en el inodoro y consigue una evacuación completa del colon distal y recto pudiendo llegar a tener una continencia de 24-72 h. Permite el abandono de uso de laxantes y/o accesorios como pañales o compresas. Una vez instaurada plenamente la irrigación, se van dando indicaciones en el abandono de tratamientos farmacológicos que usaba el paciente previamente a la irrigación. Una vez que el paciente ha retomado su autoestima y el miedo a problemas defecatorios, dejará de usar accesorios para la continencia como son los pañales o las compresas. A medida que el paciente controla las defecaciones, se van dando pautas en la introducción de nuevos alimentos y además permite retomar su vida social.



Metodología de la irrigación con Peristeen Plus®. Imagen propiedad de Coloplast.

Bibliografía

1. Woodward S. Treating chronic constipation and faecal incontinence using transanal irrigation. *British Journal of Nursing*. 2017;26(22):1220-2.
2. Emmanuel A V, Krogh K, Bazzocchi G, Leroi AM, Bremers A, Leder D, et al. Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. Vol. 51, *Spinal Cord*. 2013. p. 732-8.
3. Dale M, Morgan H, Carter K, White J, Carolan-Rees G, Carolan-Rees G. Peristeen Transanal Irrigation System to Manage Bowel Dysfunction: A NICE Medical Technology Guidance. 2019 [cited 2021 Mar 28];17:25-34
4. Hristensen P, Krogh K, Perrouin-Verbe B, Leder D, Bazzocchi G, Petersen Jakobsen B, et al. Global audit on bowel perforations related to transanal irrigation. *Tech Coloproctol* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2021 Mar 28];20(2):109-15.
5. Rosen HR, Boedecker C, Fürst A, Krämer G, Hebenstreit J, Kneist W. "Prophylactic" transanal irrigation (TAI) to prevent symptoms of low anterior resection syndrome (LARS) after rectal resection: results at 12-month follow-up of a controlled randomized multicenter trial. *Techniques in Coloproctology*. 2020;24(12):1247-53.
6. Enriquez-Navascues JM, Labaka-Arteaga I, Aguirre-Allende I, Artola-Etxeberria M, Saralegui-Ansorena Y, Elorza-Echaniz G, et al. A randomized trial comparing transanal irrigation and percutaneous tibial nerve stimulation in the management of low anterior resection syndrome. *Colorectal Disease*. 2020;22(3):303-9.
7. Christensen P, Krogh K. Transanal irrigation for disordered defecation: a systematic review. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2010;45(5):517-27.

Capítulo 11



Tratamientos quirúrgicos

Autoras:

Dra. Alicia Ruiz de la Hermosa García-Pardo.

Dra. Elena Bermejo Marcos.

Dra. Arantxa Muñoz Duyós.

82. ¿Cuáles son los tratamientos quirúrgicos reales actuales?

Aunque existen otras alternativas quirúrgicas como la graciloplastia dinámica o el esfínter artificial la realidad es que la esfinteroplastia, la neuromodulación de raíces sacras o los implantes son las técnicas fundamentales.

Esfinteroplastia

83. ¿En qué consiste la esfinteroplastia?

Consiste en la reparación de los defectos del esfínter anal externo aislado o bien asociado a lesión del esfínter anal interno. Para poder realizar dicha reparación los grados de la lesión no deben ser mayores de 150-180°. La técnica quirúrgica implica la realización de una amplia incisión de 120-180° sobre el cuadrante donde exista la lesión, realizándose posteriormente la disección en profundidad de 3-5 cm para poder disecar bien los cabos musculares. La reparación puede realizarse mediante sutura simple o bien con solapamiento de ambos cabos y sin resección del tejido cicatricial. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son la infección de herida quirúrgica y su dehiscencia que se da en un 10% de los casos.

84. ¿Cuáles son los resultados de la esfinteroplastia?

Los resultados de la esfinteroplastia comunicados en series antiguas con un seguimiento corto reflejan una continencia excelente o buena en el 52 al 83% de los pacientes. Sin embargo, posteriormente surgieron estudios a largo plazo que muestran peores resultados ya que se evidenció un deterioro de la continencia con el paso de los años. A los 5 años el 50% han perdido efectividad. Esto se debe en parte a la aparición con los años de otros factores contribuyentes al empeoramiento de la continencia y por ello una esfinteroplastia es muy posible que no sea suficiente, e incluso innecesaria. Sin embargo, una situación completamente distinta es la paciente con una lesión obstétrica reciente y sintomática, en cuyo caso la esfinteroplastia sería la primera opción terapéutica.

Neuromodulación de raíces sacras

85. ¿En qué consiste la neuromodulación de raíces sacras?

Consiste en la aplicación de energía eléctrica a una de las raíces sacras S3 o S4 a través de un electrodo que se conecta a un generador de impulsos, colocado a nivel subcutáneo en la zona superior del glúteo. Con este tratamiento se pretende regular los reflejos defecatorios y mejorar la continencia. El tratamiento se realiza en dos fases: en una primera fase el paciente lleva el electrodo implantado pero conectado a un generador de impulsos externo y provisional, y así se puede evaluar la eficacia clínica de la neuromodulación durante un periodo de unas 3 semanas. En caso de que el paciente haya respondido al tratamiento es candidato a el implante del generador de impulsos definitivo. Los dos procedimientos quirúrgicos se realizan en quirófano, bajo anestesia local y sedación y en régimen

de cirugía mayor ambulatoria. Es un tratamiento mínimamente invasivo y con escasas complicaciones potenciales. Una vez implantados los pacientes pueden hacer vida completamente normal y deben mantener un seguimiento clínico como mínimo anual. El control de los parámetros de estimulación lo realizan los profesionales sanitarios mediante telemetría. Los pacientes implantados disponen de un mando con el que pueden modificar la intensidad de la estimulación, o incluso apagarlo en caso necesario, pero en general la estimulación es continua, y los pacientes no necesitan utilizar el mando.

El generador tiene una longevidad de entre 5 y 8 años y el recambio supone una pequeña intervención bajo anestesia local y sedación. Actualmente además se dispone de generadores recargables con una longevidad de entre 15 y 20 años y que deben recargarse una vez por semana durante 30 minutos.



Introducción del electrodo Tined Lead de Neuromodulación. Imágenes cedidas por la Dra. A. Muñoz-Duyos.

86. ¿En qué casos está indicada la neuromodulación de raíces sacras?

Los pacientes que se pueden beneficiar de este tratamiento son todos aquellos con incontinencia fecal moderada o grave que no hayan respondido al tratamiento

mediante fármacos que corrijan la consistencia de las heces y regulen las deposiciones, así como ejercicios de rehabilitación y/o biofeedback. Dentro de los grupos etiológicos de la incontinencia se puede ofrecer como primera línea de tratamiento quirúrgico a todos excepto los pacientes con lesión de esfínter anal externo en los que el tratamiento sería realizar una reparación quirúrgica del esfínter. Así pues debemos pensar en este tratamiento en la incontinencia multifactorial, sin lesión de esfínter, en los pacientes con síndrome de resección anterior baja de recto tras tratamiento de un cáncer de recto, incontinencia fecal después de recibir radioterapia pélvica, o los pacientes con incontinencia fecal congénita o neurológica. Por otro lado aquellos pacientes que queden con cierta incontinencia después de operarse de una esfinteroplastia también pueden beneficiarse de la neuromodulación sacra. La corrección de incontinencias menores como el ensuciamiento o la incontinencia a gases aislada suelen tratarse mejor con otras alternativas terapéuticas.

87. Qué resultados tiene la neuromodulación de raíces sacras?

Los resultados de la neuromodulación sacra en la incontinencia fecal están ampliamente reportados en la literatura desde hace más de 20 años. Los resultados a más de 5 años de seguimiento avalan la utilización de este tratamiento en todas las unidades que traten pacientes con incontinencia fecal. La eficacia global se mantiene en un 70% de los pacientes una vez implantados, considerándose eficacia la reducción de más del 50% de los episodios de incontinencia, pero además está demostrado que la reducción mediana de los escapes está alrededor del 80%, siendo la tasa de remisión completa del 50% (pacientes que quedan completamente curados).

Gran parte de los estudios incluyen pacientes con varios tipos de incontinencia fecal mezclados. Sin embargo, algunos estudios centrados en los subtipos etiológicos neurológico, congénito o el subgrupo de pacientes afectados del síndrome de resección anterior baja de recto han demostrado eficacia en más del 50% de los pacientes. Por otra parte, la gran ventaja de este tratamiento radica en su carácter mínimamente invasivo y la posibilidad de aplicarlo en dos fases. La fase de prueba es barata, inocua y altamente predictiva de eficacia, facilitándose así su aplicación a modo de test en cada vez un mayor número de pacientes.

La morbilidad que implica este tratamiento pasa por una tasa de infección del dispositivo que varía según las series de entre el 5 y el 10%, pudiéndose reducir claramente esta tasa si la técnica se realiza de forma depurada y se utiliza una cobertura antibiótica de amplio espectro durante la inducción anestésica; así como complicaciones menores durante el seguimiento como dolor en la zona del generador o la zona de cobertura de la estimulación que se suele controlar con cambio en los parámetros de estimulación o analgesia menor, como complicaciones más frecuentes.

Gatekeeper

88. ¿En qué consiste el Gatekeeper/Sphinkeeper?

El procedimiento de Gatekeeper consiste en el implante de 6 prótesis autoexpandibles (10 en el caso de Sphinkeeper) que se colocan en el espacio interesfinteriano y que no sólo tienen efecto de relleno de este espacio, sino que además colaboran en la firmeza y en la contractilidad de las fibras musculares del complejo esfinteriano. Estas prótesis son cilindros sólidos de Hyexpan (poliacrilonitrilo), material hidrófilo que aumenta su volumen hasta un 720% al entrar en contacto con los líquidos corporales, característica ésta gracias a la cual pueden ejercer su función. Se trata de un material biocompatible, hipoalergénico, no inmunogénico y no cancerígeno, y tiene otra característica fundamental que es la memoria de forma, de manera que se deforma para permitir la deposición pero después vuelve a su forma original. El procedimiento puede llevarse a cabo con anestesia local o raquídea y de manera ambulatoria, por lo que el paciente puede ser dado de alta en el mismo día del implante con el único requisito de mantenerse en reposo durante las primeras 48h hasta para que quede garantizada la expansión completa de las prótesis.

89. ¿En qué casos está indicado Gatekeeper/Sphinkeeper?

Esta técnica está indicada en pacientes con incontinencia anal en los que haya fracasado el tratamiento conservador con modificaciones dietéticas y rehabilitación del esfínter anal y presenten incontinencia moderada (Gatekeeper) o grave (Sphinkeeper) con lesión del esfínter anal interno, del esfínter anal externo o de ambos (siempre que no sea mayor de 120 grados). También está indicada en pacientes con incontinencia pasiva o con soiling sin defecto anatómico del esfínter, ya que la función que ejercen estas prótesis hace que disminuyan también este tipo de escapes. Tal y como se ha señalado anteriormente, esta técnica no estaría indicada en pacientes con lesiones esfinterianas amplias (mayores de 120 grados), pacientes con prolapso rectal tanto si presentan o no defecación obstructiva, cuadros de diarrea crónica o enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de recto... Es decir, en todos aquellos cuadros que los que se vea comprometida la anatomía del canal anal o las características de las heces.

90. ¿Cuáles son los resultados de Gatekeeper/Sphinkeeper?

En los estudios realizados para analizar la eficacia de esta técnica se ha encontrado una disminución estadísticamente significativa en el número de episodios de soiling y de escapes tanto de heces como de gases, si bien aún el número de pacientes incluido en las series analizadas es pequeño. Se ha demostrado también mejoría significativa postimplante en todos los parámetros que mide la encuesta de calidad de vida de incontinencia (estilo de vida, comportamiento, depresión y autopercepción así como vergüenza).

En las series analizadas no se han encontrado complicaciones postoperatorias. Se trata de un procedimiento prácticamente indoloro, sin complicaciones reseñables en cuanto a infección local o a distancia ni en cuanto a otras complicaciones graves, lo cual le hace atractivo para pacientes con comorbilidades que determinan alto riesgo quirúrgico.

Colostomía

91. ¿En qué casos se necesita hacer una colostomía en un paciente con incontinencia anal?

En incontinencia anal la confección de una colostomía es la última alternativa terapéutica cuando el resto de opciones de tratamiento avanzado fallan o cuando no han permitido al paciente alcanzar la suficiente mejoría en su calidad de vida. Aunque la ostomía se asocia con una importante disfunción social y física, en los pacientes con incontinencia anal grave puede resultar incluso una salvación que les permita volver a su vida social y laboral con control sobre su higiene y su hábito defecatorio. Existen estudios donde se ha analizado la satisfacción de estos pacientes, los cuales puntuaron con una media de 8 su calidad de vida en una escala del 0 al 10, y con 9 su satisfacción con el estoma. Además, dada la mejoría obtenida, más del 85% afirmó que volvería a elegir la ostomía como tratamiento definitivo.

Bibliografía

1. Altomare DF, Giuratrabocchetta S, Knowles CH, Muñoz Duyos A, Robert-Yap J, Matzel KE; European SNS Outcome Study Group. Long-term outcomes of sacral nerve stimulation for faecal incontinence. *Br J Surg*. 2015 Mar;102(4):407-15. doi:10.1002/bjs.9740. Epub 2015 Feb 2. PubMed PMID:25644687.
2. Carrington EV, Evers J, Grossi U, Dinning PG, Scott SM, O'Connell PR, Jones JF, Knowles CH. A systematic review of sacral nerve stimulation mechanisms in the treatment of fecal incontinence and constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2014 Sep;26(9):1222-37. doi: 10.1111/nmo.12388. PMID: 25167953.
3. Maeda Y, Matzel K, Lundby L, Buntzen S, Laurberg S. Postoperative issues of sacral nerve stimulation for fecal incontinence and constipation: a systematic literature review and treatment guideline. *Dis Colon Rectum*. 2011 Nov;54(11):1443-60. doi: 10.1097/DCR.0b013e318227f65d. PMID: 21979192.
4. Matzel KE, Chartier-Kastler E, Knowles CH, Lehur PA, Muñoz-Duyos A, Ratto C, Rydningen MB, Sørensen M, van Kerrebroeck P, de Wachter S. Sacral Neuromodulation: Standardized Electrode Placement Technique. *Neuromodulation*. 2017 Dec;20(8):816-824. doi: 10.1111/ner.12695. Epub 2017 Oct 4. PMID: 28975677.
5. Ratto C, Parello A, Donisi L, Litta F, De Simone V, Spazzafumo L et al. Novel bulking agent for faecal incontinence. *Br J Surg* 2011; 98: 1644–1652.
6. Ratto C, Donisi L, Litta F, Campenni P, Parello A. Implantation of SphinkKeeper™: a new artificial anal sphincter. *Tech Coloproctol* 2016; 20: 59–66.
7. Litta F, Parello A, De Simone V, Campenni P, Orefice R, Marra A A, Goglia M, Moroni R, Ratto C. Efficacy of SphinkKeeper™ implant in treating faecal incontinence. *Br J Surg* 2020 Apr;107(5):484-488.
8. Trenti L, Biondo S, Noguerales F, Nomdedeu J, Coret A, Scherer R et al. Outcomes of Gatekeeper™ prosthesis implantation for the treatment of fecal incontinence: a multicenter observational study. *Tech Coloproctol* 2017; 21: 963–970.
9. Litta F, Parello A, De Simone V, Campenni P, Orefice R, Marra A A, Goglia M, Moroni R, Ratto C. Efficacy of SphinkKeeper™ implant in treating faecal incontinence. *Br J Surg* 2020 Apr;107(5):484-488.
10. Norton C, Burch J, Kamm MA. Patients' views of a colostomy for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005;48(5):1062-9
11. Wexner S, Bleier J. Current surgical strategies to treat fecal incontinence, *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology* 2015; 9:12, 1577-1589,

Capítulo 12



Importancia de la atención primaria en la incontinencia anal

Autores:

Dr. Alberto Manzanares Briega.

Dña. Beatriz López Cano.

Dña. Rebeca Pérez-Bolívar Morcuende.

92. ¿Cuál es la principal medida que podemos realizar desde Atención Primaria?

El objetivo en Atención Primaria debe ser la detección de los casos que nunca han sido tratados. Se deben valorar las posibles causas e intentar eliminarlas siempre que sea posible. Una situación frecuente es la urgencia defecatoria de algunos pacientes asociada a metformina, ya que produce una disminución de la consistencia de las heces y reduce la capacidad de contracción del EAI por lo que debe intentar ser sustituido por otro antidiabético oral.

93. ¿Cuál es el papel de la enfermería en Atención Primaria?

La enfermería de Atención Primaria realiza con cada paciente un proceso enfermero, es decir, un proceso de detección y resolución de problemas que engloba valoración, diagnóstico, planificación, implementación o ejecución y evaluación.

En la primera de estas fases, valoración, se va a realizar una recogida de datos a través de la entrevista con el paciente y la exploración física. Para ello utilizamos la **valoración integral por patrones funcionales de Marjory Gordon**, la cual nos dará una visión holística del paciente para abordar aquellos patrones que sean disfuncionales o con riesgo de alteración. El tercer patrón, el **patrón de eliminación**, nos dará la clave para detectar la IA, y a lo largo del resto de patrones veremos cómo afecta esta alteración en cada una de las esferas de la persona. Por tanto podemos decir que la enfermería de Atención Primaria es clave en la detección de la incontinencia anal.

Un aspecto fundamental es la identificación de la dermatitis asociada a incontinencia (DAI) ya que a veces es la forma de identificar a los pacientes con incontinencia que no han reconocido tenerla. La DAI se presenta inicialmente como un eritema que puede ser de color entre rosa y rojo. La distribución es variable y puede extenderse mucho más allá del periné, en función de la extensión del contacto de la piel con las heces.



Dermatitis asociada a incontinencia. Imagen cedida por la Dra. A. Ruiz de la Hermosa

94. ¿Cuál es el papel de la matrona en Atención Primaria?

La matrona o enfermera especialista en obstétrica y ginecología, es la encargada entre otras de la prevención y detección posibles disfunciones del Suelo Pélvico (DSP) entre las que se encuentra la IA. La matrona durante el curso del embarazo detectará a aquellas mujeres con factores de riesgo (número de partos, incremento del IMC, incontinencia previa, profesión) y con posibles síntomas. Ya durante la gestación, el aumento de estrógenos, progesterona y relaxina favorecen la laxitud muscular, que va a relajar la musculatura y producir una disminución del tono de la vejiga y del esfínter uretral, que junto a un aumento de la presión intrapélvica, aumentan la incidencia de incontinencia urinaria y anal en el último trimestre del embarazo y posteriormente la prevalencia en el postparto. Por ello la matrona realizará con cada embarazada tanto en la consulta como en las clases de preparación al nacimiento, una exploración del suelo pélvico, autoconocimiento del mismo y enseñará a las mujeres corrección postural, ejercicios de Kegel y abdominales hipopresivos para mantener una correcta función de dicha musculatura.

Es frecuente que los partos complicados realicen seguimiento en una unidad de suelo pélvico, sin embargo el parto fácil y sencillo al que no se realiza seguimiento puede ser el que a largo plazo tenga problemas y es en estos casos en los que es fundamental el papel de la matrona de Atención Primaria ya que al realizar una identificación temprana los resultados son mejores. Para ello en el puerperio, tras el nacimiento se reevalúa a la madre a los 7 días, 6 semanas y 3 meses tras el parto. Además es fundamental que motive a las púerperas para que continúen con los hábitos adquiridos en su vida posterior. La matrona debe ser capaz de detectar los casos complejos y que precisan valoración en un centro con unidad de suelo pélvico.

95. ¿Es necesario solicitar alguna prueba desde Atención Primaria?

No hay ninguna prueba obligatoria, sin embargo es conveniente un estudio analítico básico con hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), electrolitos séricos, incluyendo calcio y fósforo, función renal, función hepática, actividad de protrombina, proteínas totales, albúmina, colesterol y función tiroidea. También es conveniente un coprocultivo.

Es habitual que los pacientes con incontinencia fecal presenten infecciones de orina de repetición. Puede ser útil en estos casos realizar un análisis de orina y un urocultivo e indagar sobre la posible incontinencia como causa de las infecciones, ya que muchos pacientes no cuentan este motivo.

Otra de las pruebas complementarias que se podrían solicitar desde atención primaria sería la colonoscopia. Es necesaria ante la sospecha de patología en el colon que justifique la incontinencia, como una colitis rádica, colitis microscópica (colágena o linfocítica), algunos tumores vellosos secretores que producen diarrea o simplemente para descartar organicidad. También puede ser necesaria la radiografía abdominal para descartar impactación fecal.

96. ¿Qué opciones de tratamiento conservador podemos ofrecer desde Atención Primaria?

La primera medida a recomendar son las medidas higiénico-dietéticas, así como corregir el estreñimiento y la diarrea. El objetivo será conseguir unas deposiciones blandas, pero compactas, tipo 4 según la escala de Bristol. Si este objetivo no se consigue con la dieta pueden emplearse medicamentos. Se abordará el plano psicosocial de la persona, ya que éste influirá de forma importante en el bienestar de nuestro paciente, y por tanto en la consecución de objetivos. De forma paralela se proporcionará información acerca de los recursos existentes, los dispositivos de contención (pañales, obturadores...) y se fomentará el cuidado de la piel.

97. ¿Podemos recomendar algún medicamento desde Atención Primaria?

Se puede emplear cualquiera de los medicamentos útiles para la incontinencia anal siempre que estemos habituados a usarlos y se hayan descartado contraindicaciones. Es frecuente emplear plantago ovata y loperamida pero existen muchos otros según el tipo y la causa de la incontinencia. Es necesario además concienciar a los pacientes que para su curación o mejoría puede ser necesario tomar ciertos medicamentos de forma crónica de igual manera que realizan con otras patologías.

98. ¿En qué momento derivar a atención especializada?

Cuando se han intentado las medidas higiénico-dietéticas y los medicamentos a los que estemos habituados a manejar para conseguir un Bristol adecuado y no existe mejoría, se deben remitir al especialista. Cuando el paciente tiene un Bristol adecuado o presenta incluso escape de heces sólidas se debe derivar al paciente directamente para valoración al especialista.

99. ¿Cuál es el especialista que se encarga de esta patología?

Existen diversas especialidades que se dedican al estudio de suelo pélvico y lo deseable es un equipo multidisciplinar que englobe ginecólogos, urólogos, cirujanos generales (coloproctólogos), rehabilitadores y fisioterapeutas. No todos los centros disponen de estos equipos o de personal capacitado para realizar la valoración completa y el tratamiento que estos pacientes requieren, por lo que a veces el paciente da muchas vueltas y consulta con muchos especialistas antes de dar con el especialista idóneo.

100. ¿Qué hago si no sé dónde enviar al paciente?

La asociación de incontinencia anal ASIA se trata de una asociación sin ánimo de lucro que trata de dar visibilidad a esta patología y quiere dar a conocer cómo se puede mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren este problema. Está en contacto con muchos especialistas, sociedades científicas y pacientes por lo que puede dar soporte y orientar tanto a pacientes como a profesionales sobre dónde acudir o dónde derivarlos.



Imagen tomada de la web www.asiasuport.org con el permiso de la asociación.

Bibliografía

1. Gordon, M. Diagnostico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª edición. Madrid: Mosby. 1996.
2. Benedí Bernad M, González Cintora M, Moreno Sánchez V, Serrano Ibáñez C, Tébar Tomás D. Ocronos. 2021. Vol. IV. Nº 4–Abril.
3. AAVV. Manual CTO de enfermería. Madrid: CTO Medicina. 2000: 124.
4. Pather P, Hines S, Kynoch K, Coyer F. Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(5):1473-1496. doi:10.11124/JBISIR-2016-003015
5. Ribas Y, Coll M, Espina A, et al. Initiative to improve detection of faecal incontinence in primary care: The GIFT Project. Fam Pract. 2017;34(2):175-179.
6. Kunduru L, Kim SM, Heymen S, Whitehead WE. Factors that affect consultation and screening for fecal incontinence. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015;13(4):709-716.
7. Helewa RM, Moloo H, Williams L, Foss KM, Baksh-Thomas W, Raiche I. Perspectives From Patients and Care Providers on the Management of Fecal Incontinence: A Needs Assessment. Dis Colon Rectum. 2017;60(4):408-415.
8. Gray M. Incontinence-Related Skin Damage: Essential Knowledge. Index: Ostomy Wound Manage. 2007;53(12):28-32.

Avalado por:



AECP
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
COLOPROCTOLOGÍA

Patrocinado por:

