



Epidemiologia das incontinências urinária e anal combinadas

Epidemiology of combined urinary and fecal incontinence

Epidemiología de las incontinencias urinaria y fecal combinadas

Claudia Regina de Souza Santos¹, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos²

RESUMO

A baixa investigação pelos profissionais de saúde quanto às perdas urinárias e anais, combinadas ou não, dificultam as ações voltadas para sua prevenção e originam problemas com repercussões física, psicológica e econômica. A escassez de publicações nacionais e a reduzida literatura internacional sobre a epidemiologia dessas incontinências combinadas, motivou a realização deste artigo de atualização.

Descritores: Incontinência urinária/epidemiologia; Incontinência fecal/epidemiologia

ABSTRACT

The shortage of studies on urinary and fecal incontinence makes difficult the implementation of preventive and therapeutic interventions to address the physical, psychological, and economic problems among patients with these conditions. The lack of national publications and paucity of international literature on the epidemiology of combined urinary and fecal incontinence led to the performance of this literature review.

Keywords: Urinary incontinence/epidemiology; Fecal incontinence/epidemiology

RESUMEN

Las pocas investigaciones realizadas por los profesionales de la salud en cuanto a las pérdidas urinarias y fecal, combinadas o no, dificultan las acciones volcadas a su prevención y originan problemas con repercusiones física, psicológica y económica. La escasez de publicaciones nacionales y la reducida literatura internacional sobre la epidemiología de esas incontinencias combinadas, motivó la realización de este artículo de actualización.

Descritores: Incontinencia urinaria/epidemiologia; Incontinencia fecal/epidemiologia

¹ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da USP; PGET pela UNITAU; Professora do Curso Técnico em Enfermagem do Instituto Educacional de Ensino de Pouso Alegre. Pouso Alegre (MG), Brasil.

² Livre-docente, Professora Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A presença de incontinências urinária (IU) e/ou anal (IA) representa um problema de saúde pública. Nos dias atuais, a baixa investigação dessas perdas, pelos profissionais de saúde, e a quantidade limitada de queixas pelos indivíduos acometidos, dificultam as ações voltadas para sua prevenção. Os estudos revelam prevalências de 4% a 35% para a IU⁽¹⁻²⁾ e de 2% a 33% para a IA⁽³⁻⁴⁾.

Ambas incontinências levam ao isolamento de amigos e familiares e conduzem a internações de idosos em casas de repouso⁽⁵⁾. Além disso, são inúmeros os trabalhos que confirmam o impacto das incontinências sobre a qualidade de vida, mostrando a problemática nas esferas física, psicológica e social^(4,6-7).

A escassez de publicações nacionais sobre as incontinências urinária e anal motivou a realização deste artigo com o objetivo de apresentar os aspectos epidemiológicos de ambas incontinências, quando se encontram combinadas.

EPIDEMIOLOGIA DAS INCONTINÊNCIAS URINÁRIA E ANAL COMBINADAS

O soalho pélvico é uma estrutura semelhante a uma rede ou trampolim, e se torna enfraquecido devido às aberturas laterais da uretra, vagina e ânus. Sob o efeito da idade, das cirurgias uroginecológicas e retais e das distensões esfinterianas, essas estruturas desenvolvem deficiências ao longo do tempo, não sendo incomum a associação das incontinências urinária e anal⁽⁸⁾.

A IU é definida como “qualquer queixa de perda involuntária de urina” e é classificada em incontinência de esforço, incontinência de urgência, incontinência mista, incontinência urinária total, enurese noturna, perda urinária pós-miccional e extra-uretral⁽⁹⁾.

Já a IA é a “perda de fezes e/ou flatos”⁽⁹⁾. Apesar de existirem diversas classificações, no Brasil, tem se utilizado aquela proposta por Jorge e Wexner⁽¹⁰⁾, segundo a qual a IA pode ser leve, intermediária e grave. O Índice de Incontinência Anal, como é conhecido, consiste em uma escala que inclui as características e frequência das perdas, o uso de protetores e o impacto na qualidade de vida, com escores que variam de zero (continência perfeita) a vinte (incontinência total). Dessa maneira, os três tipos mencionados correspondem a 0 a 7, 8 a 13 e 14 a 20, respectivamente.

Pesquisando sobre as relações entre lesão do esfíncter

anal e o aparecimento das incontinências anal e urinária, foram estudadas 124 mulheres primíparas no pós-parto cesárea, das quais 22,9% evoluíram para perdas urinárias e 7,6% para perdas fecais, seis meses após o parto⁽¹¹⁾.

Em outro estudo sobre as características sócio-demográficas, os hábitos de eliminação e o estilo de vida, foram enviados 2492 questionários para mulheres primíparas, seis meses após o parto, resultando nas prevalências de 20,6%, 29,6% e 10,4%, respectivamente para IA, IU e ambas combinadas⁽¹²⁾.

Na cidade de Newport, no Reino Unido, a associação de ambas incontinências estava presente em 8,4% das mulheres que faziam tratamento, em uma clínica de ginecologia. Além disso, essa prevalência aumentava com a idade das mulheres⁽¹³⁾.

Em idosos acima de 60 anos, os índices encontrados foram de 10,9% para IA, 30,1% para IU e 6,2% para a associação de ambas⁽¹⁴⁾.

Os poucos estudos existentes sobre a combinação das incontinências, urinária e anal, mostram a idade avançada, a obesidade, a menopausa e cirurgia pélvica⁽⁸⁾; o estado hormonal, o parto, a cirurgia prévia, a deficiência orgânica muscular, os danos físicos e medicamentos⁽¹⁵⁾ e os fatores obstétricos com utilização de fórceps⁽¹²⁾, como alguns dos fatores mais importantes que favorecem o seu desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura tem mostrado um número muito superior de publicações acerca da prevalência da IU quando comparada à da IA, isoladamente. Reconhecendo-se que muitos dos fatores causais e associados à gênese dessas incontinências são comuns a ambas, optou-se pelo desenvolvimento desta atualização bibliográfica sobre a epidemiologia de ambas formas quando aparecem combinadas. Embora poucos estudos tenham sido encontrados, verificou-se que as incontinências combinadas não se restringem às pessoas com idade avançada. Alguns estudos têm mostrado associações estatisticamente significativas com os fatores obstétricos e cirúrgicos, conforme descrito antes.

Espera-se que as informações aqui contidas possam contribuir para que não somente as perdas urinárias – agora mais conhecidas – sejam melhor investigadas em nosso meio, nas duas condições, tanto na prática clínica diária como na acadêmica, gerando conhecimentos importantes para sua prevenção e tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Beutel ME, Hessel A, Schwarz R, Brähler E. Prevalence of urinary incontinence in the German population. *Urologe A*. 2005; 44(3):232-8.
2. Meneses MAJ, Hashimoto SY, Santos VLCC, Martins AAR, Gonzaga Jr JL, Lombardi RS, Silva MA, Nunes DAB, Oliveira JZ. Prevalence of urinary incontinence in a sample population in the city of São Paulo. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. In press 2009.

3. 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*. 2006; 47(8):1341-9.
4. Damon H, Guye O, Seigneurin A, Long F, Sonko A, Faucheron JL, et al. Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*. 2006; 30(1): 37-43.
5. Miner PB Jr. Economic and personal impact of fecal and urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004; 126(1 Suppl):S8-13.
6. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int*. 2003;92(7):731-5.
7. Santos VLCC, Silva AM. Qualidade de vida de pessoas com incontinência anal. *Rev Bras Colo-Proctol*. 2002;22(2):98-108.
8. Smith DB. Female pelvic floor health: a developmental review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004;31(3):130-7.
9. Abrams P, Andersson KE, Brubaker L, Cardozo L, Cottenden A, Denis L, Donovan J, Fonda D, Fry C, Griffiths D, Hanno P, Herschorn S, Homma Y, Hu T, Hunskaar S, van Kerrebroeck P, Khoury S, Madoff R, Morrison J, Mostwin J, Newman D, Nijman R, Norton C, Payne C, Richard F, Smith A, Staskin D, Thuroff J, Tubaro A, Vodusek DB, Wall L, Wein A, Wilson D, Wyndaele JJ and Members of the Committees. 2005 ICI Book. 3rd International Consultation on Incontinence – recommendations Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse and Faecal Incontinence. 2005; 26-29.
10. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
11. Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, FitzGerald MP, Whitehead W, Fine P, Nygaard I, Handa VL, Visco AG, Weber AM, Brown MB; Pelvic Floor Disorders Network. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):863-72.
12. Hatem M, Pasquier JC, Fraser W, Lepire E. Factors associated with postpartum urinary/anal incontinence in primiparous women in Quebec. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29(3):232-9.
13. Griffiths AN, Makam A, Edwards GJ. Should we actively screen for urinary and anal incontinence in the general gynaecology outpatients setting? A prospective observational study. *J Obstet Gynaecol*. 2006; 26(5):442-4.
14. Lopes MC, Teixeira MG, Jacob Filho W, Carvalho Filho ET, Habr-Gama A, Pinotti HW. Prevalência da incontinência anal no idoso: estudo epidemiológico com base na população atendida no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em regime ambulatorial. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo*. 1997;52(1):1-12.
15. Corcos J, Davis SMB, Drew S, West L. Incontinencia fecal y urinaria. El uso de la biorretroalimentación electromiográfica en el entrenamiento de la musculatura de la base pelviana [Internet]. sd. [cited 2007 Nov 1]. Available from: <http://www.bfe.org/protocol/pro04spa.htm>